



Zwischen Zuwendung und Handgreiflichkeit

**ein alltägliches Spannungsfeld in
Krankenhäusern und Altenheimen**

**Diözesantagung
Sozialdienst katholischer Frauen e. V.
05. November 2004**

**Christel Müller
Krankenhaus-Oberin
St. Josef-Krankenhaus Neunkirchen**

Inhalt

- 0** **Vorwort**

- 1.** **Rahmenbedingungen**
 - 1.1 Krankenhaus
 - 1.2 Altenheim
 - 1.3 Häusliche Versorgung

- 2.** **Erscheinungsformen der Gewalt**
 - 2.1 Gewalt gegenüber Patienten – Bewohnern – Anvertrauten
 - 2.1.1 Formen von Misshandlung
 - 2.1.2 Fallbeispiele aus dem Alltag
 - 2.2 Gewalt gegenüber Mitarbeitern
 - 2.2.1 verbale Auseinandersetzungen
 - 2.2.2 Schlagen – Kratzen – Beißen
 - 2.2.3 Sexuelle Übergriffe
 - 2.2.4 Überforderung - Mobbing

- 3.** **Wege aus der Gewalt**
 - 3.1 gesellschaftliche Aspekte
 - 3.2 berufliche Aspekte

- 4.** **Literaturnachweis**

0. Vorwort

Wenn wir das Wort „Gewalt“ hören, verbinden wir meistens zunächst sehr dramatische Ereignisse damit, z. B. Krieg, Terroranschläge, Vergewaltigung. Erst bei näherem und sehr aufmerksamen Hinschauen erleben wir, dass Gewalt in der unterschiedlichsten Ausprägung jeden Tag in unserem unmittelbarem Umfeld stattfindet. Nicht selten müssen wir dann erkennen, dass wir Gewalt nicht nur beobachten, sondern auch an ihr beteiligt sind. Aus der soziologischen Betrachtungsweise heraus stellt Gewalt eine Ausübung von Macht durch Anwendung von Zwangsmitteln dar. Gewaltverhältnisse tragen stets einseitigen Charakter, sie mögen zwar gesellschaftlich gebilligt sein, beruhen jedoch nicht auf der Anerkennung der Herrschaft oder Autorität auf Seiten des unmittelbar der Gewalt Unterworfenen. Des Weiteren kann man Gewalt aus wissenschaftlicher, psychologischer und juristischer Sicht definieren ¹⁾. Bei dieser Vielfalt der möglichen Betrachtungsaspekte ist es zur Herstellung der Praxisrelevanz unbedingt notwendig, im eigenen Handlungsfeld vorkommende Dimensionen von Gewalt zu beschreiben und sich mit deren Ursachen und einer sinnvollen Prävention auseinanderzusetzen.

Insbesondere in den Einrichtungen des Gesundheitswesens kommt den Themen Gewalt und Machtausübung eine besondere Bedeutung zu. Dies liegt zum einen darin begründet, dass dort, wo Menschen in außergewöhnlichen Lebenssituationen auf andere angewiesen sind und eine extreme körperliche Nähe gegeben ist, die Überschreitung gewisser Grenzen eher möglich ist als in anderen Berufen. Zum anderen ist jedoch die Beschäftigung mit diesen Problemstellungen nicht selten ein Tabu, da man Krankenhäuser und Altenheime von Natur aus ansieht als Orte an denen Betroffene Heilung oder zumindest Linderung ihrer Leiden, Betreuung und Geborgenheit erfahren. Dabei ist es sicher nicht nur wichtig, die äußerlich sichtbaren Formen der Gewalt, z. B. Vernachlässigungen und Misshandlungen in unterschiedlicher Ausprägung zu betrachten. Es erscheint des Weiteren unbedingt erforderlich, das alltägliche Spannungsfeld in Pflege- und Betreuungssituationen zu analysieren auf Handlungen und Verrichtungen, die im Kontext von Heilung, Fürsorge und Betreuung mehr oder weniger gewaltsam von den Handelnden durchgeführt und von den empfangenen Personen empfunden werden.

Außerdem besteht in diesem System des Gesundheitswesens nicht nur eine Beziehung zwischen Mitarbeitern und Patienten/Bewohnern, in der sich durchaus die Pole dahingehend verändern können, dass MitarbeiterInnen während der Ausübung ihrer Tätigkeit Gewalt durch Patienten/Bewohner oder deren Angehörige angetan wird. Und es muss darum gehen, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen, Politik und Gesellschaft gemeinsam erkennen, dass die sich verschärfenden äußeren Rahmenbedingungen zu einer Besorgnis erregenden Erhöhung der Gewaltbereitschaft beitragen.

Ich möchte Ihnen in meinem Vortrag nach einem kurzen Überblick über die Rahmenbedingungen mit Hilfe einiger Fallbeispiele über sehr unterschiedliche und doch so alltägliche Erscheinungsformen der Gewalt berichten. Danach möchte ich Ihnen einige Überlegungen zur Gewaltprävention vortragen und abschließend zu der Verantwortung Stellung nehmen, die wir meiner Ansicht nach als Christen tragen, wenn wir im beruflichen oder privaten Kontext mit „Gewalt“ konfrontiert werden.

¹⁾ Gewalt in der Pflege, R. D. Hirsch, Bonn, Mai 2000

1. Rahmenbedingungen

1.1 Krankenhaus

- Neue Entgeltformen = DRG-System

Gesetzlich verbindlich wurden zum Januar 2004 zur Vergütung von Krankenhausleistungen neue Entgeltformen = DRG-System eingeführt. Damit ist nun unzweifelhaft der Wechsel zwischen einem Kostendeckungsprinzip hin zu einer leistungsgerechten Vergütung vollzogen. Diese Leistungen werden in einer sehr komplexen Systematik erfasst. Dies ist nur noch mit Hilfe einer umfangreichen EDV-Hard- und Softwareausstattung möglich und beinhaltet einen sehr hohen administrativen Aufwand, der zu großen Teilen auch von Ärzten und Pflegenden geleistet werden muss.

Aufgrund der großen Anzahl von Daten erhalten die Krankenkassen = Kostenträger einen sehr tief greifenden Überblick über das Leistungsangebot und die Qualitätsstruktur. Das Krankenhaus wird in diesem Zusammenhang mehr und mehr zu einer gläsernen Institution, in der zum einen eine tägliche Evaluation der Aufbau-, Ablauf- und Ergebnisqualität zu erfolgen hat. Zum anderen sind Krankenhäuser auch heute noch Orte, wo Menschen sich in außergewöhnlichen oder lebensbedrohlichen Situationen befinden und Orte, wo viele Menschen ihr Leben beschließen.

Zwischen diesen Polen stehen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflicht, medizinisch-pflegerische Betreuung auf hohem Qualitätsniveau, ganzheitlich und bei einem christlichen Träger unabdingbar, auf der Basis des christlichen Menschenbildes und nach Maßgabe entsprechender Leitbilder zu erbringen.

- Schließung von Krankenhäusern und Verlust von Arbeitsplätzen

Zeitgleich sind Politik und Kostenträger auf Grund der leeren Kassen gezwungen, immer weitere Einschnitte bei der Finanzierung von Gesundheits- und Sozialleistungen vorzunehmen. Dies zeigt sich ganz deutlich in den letzten Jahren in Deutschland durch den Abbau von Krankenhausbetten, durch die Schließung von Fachabteilungen, ja sogar durch die Schließung ganzer Krankenhäuser. Diese Maßnahmen mögen wirtschaftlich gerechtfertigt sein und nach Meinung von Gesundheitsexperten auch im Vergleich zu anderen Ländern, medizinisch vertretbar sein. Sie bedeuten aber letztendlich auch immer den Verlust von vielen Arbeitsplätzen und somit eine weitere Verschärfung der Problematik im Sozialsystem unseres Landes.

- Umsetzung gesetzlicher Vorgaben

Trotz der bekannten prekären wirtschaftlichen Situation werden Krankenhausträger mit einer immer größeren Flut von gesetzlichen Vorgaben konfrontiert, deren Umsetzung in der Regel viel Geld kostet und in keiner Weise refinanziert wird. Hier seien als Beispiele genannt EuGH-Urteil, Hygiene- und Bauvorschriften, Medizinproduktegesetz, Beauftragtenwesen, Risikovorsorge.

Insbesondere ist des Weiteren zu nennen die Lohnkostensteigerung, die aus der tariflichen Bindung resultiert. Hier steht z. B. für unseren konfessionellen Träger mit Bindung an die Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes eine Tarifierhöhung von 3 – 4 % einer von den Kostenträgern im Budget des Jahres 2005 genehmigten Steigerung der Personalkosten von 0,38 % gegenüber.

- Implementierung eines QM-Systems
Nach § 137 SGB V sind die Krankenhäuser verpflichtet, den Nachweis über die Implementierung eines internen Qualitätsmanagementsystems zu erbringen und erstmalig im Jahr 2005 rückwirkend für das Jahr 2004 einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Darauf aufbauend, jedoch nicht zwingend erforderlich, kann sich eine Fremdbewertung = Zertifizierung durch ein akkreditiertes Institut anschließen. Im konfessionellen Bereich wird zurzeit in der Regel das Verfahren nach ProCum Cert angewendet. Die Implementierung eines QM-Systems bringt neben einem sicher sehr hohen administrativen Aufwand auch die Chance mit sich, in einem ganzheitlich angelegten kontinuierlichen Verbesserungsprozess, Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe zu betrachten und zu verändern. Hier besteht u. a. die Möglichkeit, Maßnahmen für Patienten und Mitarbeiter zu definieren, die in engem Zusammenhang mit einer Gewaltprävention zu sehen sind.

1.2 Altenheim

- Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes
Mit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes zum 01.10.1995 wurde in Deutschland erstmals ein Versicherungsschutz für nahezu die gesamte Bevölkerung eingeführt. Dies war ein wichtiger Schritt, der die Absicherung, der im Rahmen einer auftretenden „Pflegebedürftigkeit“ notwendigen Leistungen finanziell absichert. Wenn man jedoch in die Gesetzestexte des SGB XI hineinschaut, in denen in §§ 14 u. 15 der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Stufen der Pflegebedürftigkeit definiert sind, so kann man sich annähernd vorstellen, dass die Geltendmachung eines finanziellen Anspruchs einem sehr komplizierten Verfahren unterliegt und durchaus auch die Form der Begutachtung bei den Betroffenen viele Emotionen auslöst. Diejenigen, die im Alltagsgeschäft diese Pflegeleistungen dann sicherzustellen haben, beschreiben glaubwürdig, dass in vielen Fällen die gezahlten Beträge nicht zur Deckung der Kosten ausreichen, die bei einer qualifizierten Erbringung der entsprechenden Leistungen anfallen.
- Umsetzung der Heimmindestpersonalverordnung
Die Verantwortlichen der Altenheime sind bei der Besetzung ihres Stellenplans verpflichtet, die Heimmindestpersonalverordnung anzuwenden. Diese sieht vor, dass mindestens 50 % der in der Pflege und Betreuung der alten Menschen tätigen MitarbeiterInnen qualifiziert ausgebildet im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege bzw. der Altenpflege sind. Die Zahl mutet auf den ersten Blick sehr hoch an, ist aber bei näherem Hinschauen eher als eine untere Grenze anzusehen. In Altenheimen geht es zunehmend mehr darum, eine qualifizierte Krankenpflege kombiniert mit den Aspekten einer psychosozialen Betreuung zu gewährleisten, da sich kaum noch mobile ältere Menschen zu einem Umzug in Altenheim entschließen. Wir finden vielmehr Bewohnerinnen und Bewohner vor, die schwer- und schwerstpflegebedürftig sind und von daher nicht nur die Atmosphäre eines schönen Heimes, sondern vor allen Dingen eine qualifizierte pflegerische und zumeist auch gute medizinische Betreuung brauchen.
- Tätigkeit von MDK und Heimaufsicht
Durch die Tätigkeit von MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) und Heimaufsicht ist in den Altenheimen eine Form von Kontrollmechanismus eingerichtet, der sowohl im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit als

auch auf Anfrage von Bewohnerinnen und Bewohnern oder auch deren Angehörigen tätig wird.

- Implementierung eines QM-Systems
Ähnlich wie im Krankenhaus stehen auch die Altenhilfeeinrichtungen vor der Herausforderung, ein systematisches QM-System zu implementieren. Aufwand und Chancen sind hier grundsätzlich zu vergleichen mit den für das Krankenhaus gemachten Aussagen.

1.3 Häusliche Versorgung

- Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes
Hier trägt das Pflegeversicherungsgesetz – wie vorher beschrieben – zur finanziellen Grundabsicherung von Pflegeleistungen bei. Aber auch hier gilt die Anmerkung, die sowohl Mitarbeiter als auch Träger, die in der häuslichen/ambulanten Versorgung tätig sind beschreiben, dass z. B. die Minuten, die für eine Körperpflege zur Verfügung stehen (und auch nur diese Minuten werden bezahlt) fast nie ausreichen. Von daher wird bei den Empfängern der Leistungen Unzufriedenheit hervorrufen, genauso wie bei den Leistungserbringern.
- Vielfalt der Anbieter
Bei der Vielfalt der Anbieter von häuslicher Pflege und Betreuungsleistungen fällt es sicher nicht leicht, immer den Richtigen zu finden.
- Defizite im Bereich der Vernetzung
Es gilt der Grundsatz, der sowohl auf gesundheitspolitischer Ebene als auch von den Krankenkassen propagiert wird, dass häusliche/ambulante Versorgung stets den Vorrang haben soll vor einer stationären Unterbringung. Dies ist sicher im Sinne der Betroffenen verständlich und richtig. Auch jeder von uns möchte so lange als möglich in seiner ihm vertrauten häuslichen Umgebung bleiben. Wenn man jedoch in unserem Gesundheitssystem arbeitet, muss man an vielen Stellen erkennen, dass es trotz mannigfaltiger Bemühungen immer noch hohe Defizite im Bereich der Vernetzung zwischen stationärem und ambulanten Bereich gibt. D. h. eine ausgefeilte Struktur, die eine problemlose Pflegeüberleitung ermöglicht, ist leider nicht überall gegeben oder wenn, dann häufig nur in Ansätzen. Ein weiterer Knackpunkt ist sicher auch, das immer noch etwas holprige Zusammenspiel zwischen Hausärzten, ambulanten Pflegediensten, Altenheimen und Krankenhäusern.
- Demographische Entwicklung
In diesem Zusammenhang sollte auf jeden Fall auch auf die uns allen bekannte demographische Entwicklung in unserem Land hingewiesen werden, die eindeutig einen Kontrapunkt zu den vorher genannten Willensbekundungen von Gesundheitspolitik und Kostenträgern bildet.

2. Erscheinungsformen der Gewalt

2.1 Gewalt gegenüber Patienten – Bewohnern – Anvertraute

Leider sind auch Institutionen wie Krankenhäuser und Altenheime nicht nur Orte, an denen die Betroffenen Fürsorge, Betreuung und Heilung erfahren. Auf Grund sehr unterschiedlicher Umstände und Zusammenhänge spielt „Gewalt“ in verschiedenen Dimensionen eine Rolle. Sicher muss bei der Betrachtung des Themas Gewalt in Krankenhäusern und Altenheimen auch davon gesprochen werden, dass Menschen dort einander in außergewöhnlichen und dramatischen, sogar lebensbedrohlichen Situationen begegnen. Es ist deshalb immer damit zu rechnen, dass psychischer Druck und Angst vor einer zu erwartenden Diagnose, einem Eingriff oder die Angst vor dem Tod, bei Patienten, Bewohnern oder Angehörigen depressive oder auch aggressive Stimmungen hervorrufen können. Demgegenüber stehen Pflegende und Ärzte mit all ihrer Professionalität, aber auch mit ihrer eigenen Verunsicherung und ihrem Mitgefühl. Zudem ist es nicht selten notwendig, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Fürsorge oder zum Schutz der ihnen anvertrauten Menschen oder zu ihrem eigenen Schutz Maßnahmen zu ergreifen haben, die durchaus den Einsatz von bestimmten Zwangsmitteln beinhalten.

In diesem sensiblen Umfeld braucht es jeden Tag die Reflexion, wo Fürsorge endet und Gewalt beginnt. Man kann es durchaus als eine Form der Gewalt betrachten, wenn der Patient im Krankenhaus zum Objekt der Behandlung, der Abläufe und der Planung wird. Oder nehmen wir das Altenheim – ist es eine Anwendung von Gewalt, wenn ich einen Bewohner in seinem Rollstuhl z. B. mittels eines aufsteckbaren Tisches daran hindere, seine Lage nach seinem Willen zu verändern?

Wir dürfen nicht davor die Augen verschließen, dass sowohl in den Institutionen Krankenhaus und Altenheim – und genauso häufig auch im häuslichen Bereich – Gewalt in den unterschiedlichsten Ausprägungen vorkommt. Um sich den Begriff Gewalt noch ein Stück weiter zu nähern, möchte ich gerne die Beschreibung nutzen, die des Öfteren in der Gerontologie verwendet wird: „Gewalt ist eine systematische, nicht einmalige Handlung oder Unterlassung mit dem Ergebnis einer ausgeprägten negativen Einwirkung auf die Befindlichkeit des Adressaten. Eine einmalige Handlung/Unterlassung muss sehr gravierende negative Formen für den Adressaten haben, soll sie unter dem Begriff der Gewalt subsumiert werden können“ (Dieck 1987). Als Formen der Gewalt werden angeführt die aktive und passive Vernachlässigung und die Misshandlung. Misshandlungen können körperlicher und psychischer Art sein, finanzielle Ausbeutung, Einschränkung des freien Willens, sozialer oder rechtlicher Ausprägung sein.

Bei meinem Recherchen habe ich einiges an Literatur gefunden, die sich mit Gewalt gegen ältere Menschen beschäftigt – spezielle Untersuchungen bzw. Ausführungen zu Gewalt in den Krankenhäusern sind kaum vorhanden. Ich möchte Ihnen deshalb nun eine sehr anschauliche Tabelle zeigen, in der die Formen von Misshandlungen an alten Menschen beschrieben werden. Wir werden aber im weiteren Verlauf sehen können, dass sich die beschriebenen Formen von Misshandlungen durchaus auch im Krankenhaus abspielen können.

Formen von Misshandlungen an alten Menschen²⁾ (nach Johnson 1991)

Medikamentenmissbrauch	Demütigung	Isolation	Materieller Missbrauch
Vorenthalten Unangemessene Anwendung Nebenwirkungen Unnötige Anwendung	Beschämung Beschuldigung Bloßstellung Ablehnung	Erzwungener Rückzug „Freiwilliger“ Rückzug Unangemessene / ungeeignete Beaufsichtigung	Misswirtschaft bei Eigentumsfragen Misswirtschaft bei Verträgen Zugang zu Eigentum / zu Verträgen sperren
Beeinträchtigung	Quälen	Rollenvermischung	Diebstahl
Übersehen von medizinischen Bedürfnissen Mangelhafte Hygiene Essprobleme Störung der Ruhe	Beleidigungen Einschüchterungen Furchtauslösung Aufregen	Konkurrenz Überbelastung Umkehrung Auflösung	Stehlen von Eigentum Stehlen von Verträgen Erpressen von Eigentum Erpressen von Verträgen
Tätlicher Angriff	Manipulation	Beeinträchtigung des Lebensraums	Missbrauch von Gesetzen
Äußere Verletzungen Innere Verletzungen Vergewaltigung Selbstmord/ Totschlag	Informationen zurückhalten oder verfälschen Emotionaler Reizentzug Einmischen in Entscheidungen	Desorganisierter Haushalt Mangel an Privatsphäre Unangemessene Umgebung Aufgabe des gewohnten Umfeldes	Leugnung von Verträgen Unfreiwillige Unterwerfung Unnötige rechtliche Betreuung Missbrauch von professioneller Autorität

²⁾ Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem / R. D. Hirsch, Bonn (Mai 2000)

2.1.1 Formen von Misshandlung

Die folgenden Statistiken, veröffentlicht im Jahresbericht 2001 der Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V., geben einen Überblick darüber, wo Menschen Opfer von Gewalt wurden, bzw. welche Formen der Gewalt sie erfahren haben. Die Bonner Initiative Gewalt gegen Gewalt im Alter e. V. – Handeln statt Misshandeln – hat diese Statistiken im Rahmen ihrer Tätigkeit einer Krisenberatungsstelle mit einem Notruftelefon ermittelt. Ihre Zahlen beruhen auf den registrierten Anrufen, die dann in der Regel eine Krisenintervention oder eine Beratung nach sich gezogen haben. Von den im Jahr 2001 registrierten 4598 Anrufen waren 1194 so genannte Notrufe (die anderen 3404 Anrufe hatten weitere Fragestellungen zum Inhalt). Die in den Statistiken dargestellten Zahlen beziehen sich also auf die eingegangenen Notrufe. Obwohl die Bonner Initiative sicher nicht das Einzugsgebiet Deutschland komplett abdeckt, erscheinen mir Darstellung und Zusammenhänge mehr als realistisch und ich glaube, dass die Dunkelziffer der nicht gemeldeten Misshandlungen ein noch viel größeres Ausmaß hat.

Von den Betroffenen wurden folgende Aussagen gemacht zu:

Ort der Handlung³⁾

	1998		1999		2000		2001	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Eigene Wohnung	104	70	63	40	54	39	67	45,3
Altenheim	26	17	81	50	72	51	59	39,9
KH/Psychiatrie	6	4	4	2	6	4	11	7,4
Andere	14	9	13	8	9	6	11	7,4

Gewaltformen in Institutionen⁴⁾

Gewaltform	2000		2001	
	Anzahl	% *)	Anzahl	% *)
Körperliche Misshandlung	22	25	18	25,7
Seelische Misshandlung	22	25	19	27,1
Finanzielle Misshandlung	10	11	09	12,9
Vernachlässigung	43	49	37	52,9
Freiheitseinschränkung	25	28	25	35,7
Andere Gewaltformen	03	03	08	11,4

*)Mehrfachnennungen bezogen auf die 70 Fälle

³⁾ ⁴⁾HSM – Handeln statt Misshandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V. – Jahresbericht 2001

Geschilderte Problematik in den Institutionen⁵⁾

	Anzahl 2000	Anzahl 2001
Körperverletzung	19	13
Sonstige körperliche Misshandlung	04	05
Beschimpfung	05	07
Gewaltandrohung	05	03
Drohungen	05	04
Ignorieren	09	09
Sonstige seelische Misshandlung	05	07
Kontrolle über Einkommen/Vermögen	03	03
Unerlaubte Aneignung materieller Werte	03	03
Materielle Erpressung	01	
Sonstige finanzielle Ausbeutung	03	05
Vernachlässigung bei Pflegeverrichtungen	34	30
Vernachlässigung bezüglich emotionaler Zuwendung	18	10
Vernachlässigung hinsichtlich medizin. Versorgung	26	20
Sonstige Vernachlässigung	04	07
Allgemeine Willenseinschränkung	02	09
Erzwungener Umzug/Wohnungswechsel	04	02
Kontaktverbot	08	04
Fixierung	04	08
Sedierung	08	13
Sonstige Freiheitseinschränkung	05	06

2.1.2 Fallbeispiele aus dem Alltag

Wir alle haben sicher schon einmal eine ähnliche Schlagzeile gelesen „Krankenschwester tötet aus Mitleid zehn Menschen“. Das sind Taten, die sowohl von der Vorgehensweise als auch vom Täterprofil her eine besondere und erschreckende Dramatik aufweisen. Der Psychiater Klaus Dörner schreibt in diesem Zusammenhang die Ursache einer institutionellen Umwandlung von Menschen in Sachen zu. Hier wird den Menschen nicht Würde, sondern – wie Sachen – Wert zugemessen. Das führt dazu, dass bei der Beurteilung eine „Minderwertigkeit“ festgestellt wird. Logisch für den Bewertenden erscheint dann auch, dass der „Minderwertige“ selbst – der alte oder behinderte Mensch oder der Schwerstkranke – unter seiner Existenz vor allem leidet. Diese Schlussfolgerung bringt den Bewertenden dann dazu, eine ausgeprägte Form des Mitleids zu empfinden. Nach Ansicht von Klaus Dörner ist von hieraus bis zur Tötung aus Mitleid auch nur ein kleiner Schritt. Er geht davon aus, dass es sich bei einer Tötung aus Mitleid um einen Kurzschluss im Gewissen handelt. In diesem Fall wird das Gewissen zum Träger von Aggression und es gibt keine

⁵⁾ HSM – Handeln statt Misshandeln – Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V. – Jahresbericht 2001

moralische Instanz innerhalb der Person, die kritisch und reflektierend das eigene Handeln begleitet⁶⁾

So außergewöhnlich und bedrückend solche Vorfälle auch sein mögen, so wichtig erscheint mir, mich mit alltäglichen Situationen auseinanderzusetzen, die in ihrem Kern Ansätze zur Gewaltausübung beinhalten. Wenn es uns gelingt, diese Problemfelder zu analysieren und angemessen zu bearbeiten, so ist es uns vielleicht auch möglich, solche im Vorfeld geschilderten dramatischen Handlungen zu verhindern.

Fallbeispiel Körperpflege

Aus eigener Erfahrung und aus vielen Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Altenheimbereich, erlebe ich die Maßnahme „Körperpflege“ recht häufig als eine Zwangsmaßnahme. Bei älteren Menschen, die sich nicht mehr alleine helfen können, bei Menschen mit einer Demenzerkrankung oder auch bei Alkoholkranken im Endstadium geht der Verlust der körperlichen und geistigen Kräfte häufig auch einher mit einem Verlust des Gefühls für notwendige Maßnahmen der Körperhygiene. Wird die betreffende Person nun als Bewohner im Altenheim aufgenommen, so gibt es mindestens drei Gründe, die dazu führen, dass der Bewohner Maßnahmen der Körperpflege „erdulden“ muss, auch wenn er sie nicht oder zum gegebenen Zeitpunkt nicht durchführen möchte:

1. Anspruch des Bewohners auf eine aktivierende Pflege – Grundlage ist das Pflegeversicherungsgesetz. Die auf dieser Basis zu erstellende Pflegeplanung wird von MDK und Heimaufsicht zur Prüfung herangezogen (hygienische Maßnahmen wie Baden werden hier genau nachvollzogen).
2. Ansprüche der Angehörigen – eine Mitarbeiterin aus dem Altenheimbereich formulierte den Anspruch wie folgt: „Bewohner müssen aussehen wie geleckt“, da sich Mitarbeiter ansonsten relativ schnell durch die Angehörigen mit den Vorwürfen der Vernachlässigung konfrontiert sehen.
3. Pflegerisches Bewusstsein kontra der Eigenwille des Bewohners – am Beispiel eines alkoholkranken Bewohners schilderte eine Mitarbeiterin, dass z. B. der Pflegeplan ein Vollbad einmal pro Woche vorsah. Der Bewohner war jedoch keinesfalls freiwillig bereit ein Bad zu nehmen oder seine Wäsche zu wechseln. Nachdem alles Zureden nichts nutzte, wurde letztendlich das Ziel erreicht, in dem man dem starken Raucher mit Zigarettenentzug drohte.

Oft genug ist es tatsächlich auch so, dass verwirrte Menschen sich allein durch die ganz normalen Maßnahmen der Körperpflege so bedroht fühlen, dass sie kratzen, beißen, treten oder auch schlagen. Um hier überhaupt die Körperpflege durchführen zu können, ist ein kurzfristiges „Festhalten“ oftmals die einzige Möglichkeit.

Medikamentengabe

Der Einsatz von Medikamenten soll zur Linderung von Symptomen oder auch zur Heilung von Erkrankungen erfolgen und führt letztendlich nur dann zum Erfolg, wenn es gelingt, das Medikament in der geeigneten Form zu verabreichen. Dies bringt Pflegende sowohl in Krankenhäusern als auch in Altenheimen nicht selten in schwierige Situationen. Sei es, weil der Betroffene im Voll-

⁶⁾ Das zerbrochene Ideal, Katharina Gröning – Dr. med. Mabuse 149/2004

besitz seiner geistigen Kräfte eine Einnahme ablehnt oder auch z. B. ihn während eines akuten Verwirrtheitszustandes zu seinem eigenen Schutz bzw. zum Schutz anderer, ein Medikament zur Beruhigung verabreicht werden muss. Im ersten Fall gilt vom Grundsatz her, wer sich im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte befindet und eine Einnahme eines Medikamentes oder einen Eingriff ablehnt, hat das Recht dazu und ist in diesem Zusammenhang verantwortlich für sich selbst. Hier ist ein hohes Maß an Feingefühl von Ärzten und Pflegenden gefordert, bei dem Versuch, den Patienten von der Notwendigkeit der Medikamenteneinnahme zu überzeugen und nicht eine Form von Zwang im Sinne aggressiven Einmischens in Entscheidungen zu praktizieren.

Im zweiten Beispiel ist die Verabreichung eines Medikaments die einzige Möglichkeit, den Betreffenden aus seiner Verwirrtheit oder seinem Delirium in eine für ihn erträgliche Situation zurückzuführen. In diesen Fällen ist die Verabreichung oft erst durch eine Fixierung mittels Bauchgurten, Arm- und Beinmanschetten möglich.

Bei aller Ernsthaftigkeit dieses Themas möchte ich es nicht versäumen, Ihnen eine kleine Episode aus meiner Tätigkeit zu erzählen, an die ich mich gerne erinnere und die in aller Einfachheit aufzeigt, wie eine Deeskalation in einer Zwangssituation zu erreichen ist.

Mitte der 80er Jahre war ich als Stationsleitung auf einer großen Station der Inneren Abteilung unseres Krankenhauses tätig. Unmittelbar an die Innere Abteilung schloss sich die Kinderstation an. Damals war es im Vorfeld von Operationen noch notwendig, den Kindern eine Prämedikation durch eine Injektion zu verabreichen. Sie können sich vorstellen, dass das mehr als einmal zu heftigen Reaktionen der Kinder geführt hat. Es war dann im Grunde nur noch möglich, unter Anwendung von „sanfter Gewalt“ die Injektion zu verabreichen, damit die Operation durchgeführt werden konnte. Heute sind wir Gott sei Dank in der Medizin so weit fortgeschritten, dass sowohl Kinder als auch Erwachsene – wenn irgend möglich – ihre vorbereitenden Medikamente zur Beruhigung in Tropfen oder Tablettenform einnehmen können. Damals war das jedoch noch undenkbar und so wurde ich, wie so häufig von meiner Kollegin an einem Morgen gerufen, um bei der Verabreichung der Spritzen zu helfen. An diesem Tag sollte auch ein niedliches ca. 8-jähriges Mädchen operiert werden (soweit ich mich erinnern kann, war es eine Blinddarmoperation). Ich weiß nicht mehr wie die Kleine hieß, aber ihr liebes Gesichtchen mit großen blauen Augen, gebogenen Wimpern und blonden Zöpfen, ist mir bis heute in Erinnerung geblieben. Ich stand mit meiner Kollegin also an ihrem Bett und diese versuchte unserem Blondkopf klarzumachen, dass sie sich jetzt schön hinlegen sollte, damit wir ihre eine Spritze in ihren Po machen konnten. Die Kleine setzte sich in Positur ins Bett und schaute uns beide sehr zweifelnd an und sah natürlich die Spritze mit der Nadel in der Hand meiner Kollegin. Ich erwartete eigentlich, dass jetzt ein Geschrei losging und sie sich mit aller Kraft zur Wehr setzen würde. Aber nichts von alledem geschah, sondern sie fragte: „Hast du überhaupt meine Mama gefragt, ob du das tun darfst?“. Meine Kollegin und ich schauten uns etwas verblüfft an und ich sagte dann „na selbstverständlich haben wir deine Mama gefragt und sie weiß, dass du diese Spritze haben musst, sonst können wir dich nicht operieren“. Damit war die Kleine

aber noch nicht zufrieden, sondern ihre nächste Intervention war: „Das hat mir meine Mama aber nicht gesagt und deshalb möchte ich jetzt mit ihr telefonieren. Wenn sie mir sagt, dass ihr das tun dürft, werde ich nicht weinen.“ Sie können sich vorstellen, dass es vor beinahe 20 Jahren noch nicht unbedingt üblich war, diesem Wunsch nachzukommen - was natürlich auch bedeutete, einen Verzug in den Arbeitsabläufen in Kauf nehmen zu müssen. Was haben wir getan – während ich die Kleine auf den Arm nahm, eilte meine Kollegin schon voraus ins Dienstzimmer und wählte die Telefonnummer der Mutter. Glücklicherweise war diese auch zu Hause und konnte ihrem Töchterchen mit einfachen und klaren Worten begreiflich machen, dass alles seine Ordnung hatte, sie auch ihre Zustimmung dazu gegeben hat. Sie hat ihr nicht verheimlicht, dass diese Spritze mit einem kleinen Pieks verbunden ist und dass das etwas weh tut. Nach Beendigung des Telefonats war die Kleine zufrieden und hat ganz tapfer und wie sie versprochen hatte, ohne zu weinen zugelassen, dass wir ihr die Injektion verabreichen.

Es zeigt sich also an diesem Musterbeispiel, dass es durchaus eine Möglichkeit ist, das Gefühl einer Zwangsmaßnahme beim Adressaten durch Aufklärung, Erlaubnis und Kommunikation zu verändern.

Fallbeispiel Nahrungsaufnahme

Gerade für ältere Menschen oder Demenzkranke stellt die Aufnahme von Nahrung in fester oder in flüssiger Form ein Problem dar. Das kann damit zusammenhängen, dass sie z. B. in ihrem Leben nie besonders viel Flüssigkeit getrunken haben und es nicht einsehen, dass sie nun „der Schwester zuliebe“ 1,5 bis 2 Liter am Tag trinken sollen. Dazu kommt die Erfahrung, dass bei vermehrter Flüssigkeitsaufnahme auch häufiger der Gang zur Toilette notwendig wird. Letzteres bedeutet dann wieder eine zusätzliche Anstrengung für den Betreffenden beziehungsweise die Bitte um Hilfe und Unterstützung. Was aber ist die Folge, wenn beispielsweise eine Bewohnerin im Altenheim sich weigert den Mund zum Trinken oder Essen zu öffnen? Damit die Betreuenden sich nicht dem Vorwurf der Vernachlässigung aussetzen müssen, wird beispielsweise als letztes Mittel das Legen einer „PEG-Sonde“ durch Gerichtsbeschluss herbeigeführt.

Fallbeispiel Fixierung

Im Verlauf von psychischen Erkrankungen, Alkoholabhängigkeit oder Demenzerkrankungen können Verwirrtheit oder Aggressivität der betroffenen Personen dazu führen, dass eine Fixierung zu ihrem eigenen Schutz oder zum Schutz ihrer Umgebung und zur Durchführung einer angemessenen Therapie unumgänglich ist. Im Krankenhaus kann in diesem Fall der behandelnde Arzt eine kurzfristige Fixierung von 24 Stunden – jedoch längstens bis Mitternacht des Folgetages – anordnen. Die Notwendigkeit der Fixierung zum Eigenschutz des Betroffenen muss in jedem Fall dokumentiert sein. Für eine weitere Fixierung nach Mitternacht des Folgetages muss ein Beschluss des Amtsrichters vorliegen. In diesem Fall hat der behandelnde Arzt ein Attest zur Vorlage beim Amtsgericht zu erstellen. Des Weiteren wird zeitgleich ermittelt, ob es eine amtlich bestimmte Betreuungsperson für den Betreffenden gibt, die den Beschluss zur Fixierung beim Amtsgericht anfordern kann. Ist dies nicht bekannt oder gibt es keine amtlich bestimmte Betreuungsperson, wird nun von Seiten

der Institution eine amtliche Betreuung beim Amtsgericht angefordert (nach vorheriger Absprache mit in Frage kommenden Personen). Sollte keine mit dem Betroffenen verwandte Personen in Frage kommen, stellt das Gericht die amtliche Betreuung.

Grund und Dauer einer Fixierungsmaßnahme sind immer mit großer Aufmerksamkeit zu betrachten und stellen hohe Anforderungen an die fachliche Kompetenz und die Zusammenarbeit der handelnden Personen: Arzt, Pflegende, amtlicher Betreuer.

Im Altenheim unterliegen Fixierungstatbestände ebenfalls der Aufsicht durch das Amtsgericht und verlangen dort von den Pflegenden auf Grund der oftmals langfristigen Dauer der Maßnahme hohe soziale Kompetenz im Umgang mit den Betroffenen und deren Angehörigen.

2.2 Gewalt gegenüber Mitarbeitern

Wenn man sich entschließt das Thema Gewalt in den Institutionen Krankenhaus und Altenheim zu beleuchten, dann wird bewusst, dass die Mitarbeiter unter Umständen nicht nur Täter sein können, sondern durchaus auch Opfer von Gewalteinwirkungen werden. Gerade dort, wo durch Berührungen eine extreme körperliche Nähe gegeben ist, werden Emotionen und Aggressionen nicht nur mental sondern auch in der Empfindung des Körpers spürbar.

2.2.1 verbale Auseinandersetzungen

Die einfachste Form ist die verbale Gewalt, die Mitarbeiter z. B. durch Patienten/Bewohner oder deren Angehörige erfahren. Dies beginnt mit der Infragestellung der beruflichen Kompetenz „du blöde Kuh, du bist zu dumm um deine Arbeit zu machen“. Es kann sich fortsetzen über Drohungen bezüglich des Verlustes des Arbeitsplatzes bis hin zur Aussage „Ich bringe dich um“. Nicht selten wird in diesem Zusammenhang auch von der Möglichkeit des Schreibens anonymen Briefe Gebrauch gemacht.

2.2.2 Schlagen – Kratzen – Beißen

Bei vielen psychiatrischen Krankheitsbildern sind die Mitarbeiter auf solche Eskalationen von Gewalt und Aggression vorbereitet. Es kann sich jedoch z. B. auch ein Patient plötzlich unter der Gabe eines Narkosemittels oder bei einer starken Ausprägung eines Alkoholdeliriums entsprechend unkalkulierbar verhalten. Von Angriffen mit einer Sprudelflasche als Schlagwaffe, über Tritte in den Bauch bis hin zu Würgen am Hals gibt es vieles zu berichten.

2.2.3 Sexuelle Übergriffe

Es ist sicher insbesondere der Bereich der Sexualität, dem auf Grund der großen körperlichen Nähe und der notwendigen Berührungen von sehr intimen Körperstellen eine wesentliche Bedeutung zukommt. Hier beschreiben

sowohl weibliche als auch männliche Arbeitskollegen, dass sie sich in ihrer Berufstätigkeit einige Male sexuell belästigt gefühlt haben. Hier abzuwägen, ob während des Umlagerens der Griff einer älteren Dame an die Genitalien des Krankenpflegers nur ein Reflex im Sinne des Suchens nach einem Halt ist oder ob die ansonsten zeitlich und örtlich orientierte Patientin dies bewusst tut, ist nicht immer eindeutig zu klären.

Eine andere Form von sexuellen Übergriffen kann z. B. der Vorwurf einer Patientin sein, dass ihr ein Krankenpfleger in der Ausübung seiner Tätigkeit sexuell zu nahe getreten ist.

2.2.4 Überforderung – Mobbing

Der Arbeitsplatz Krankenhaus oder Altenheim bietet auch ein Forum, in dem sich Mitarbeiter der Gewalteinwirkung durch Vorgesetzte oder Kollegen ausgesetzt sehen. Hier spielen Mobbing und Überforderung wahrscheinlich die größte Rolle. Über das Ausmaß von Mobbingfällen in Krankenhäusern oder Altenheimen liegen meines Wissens nach keine verwertbaren statistischen Erhebungen vor. Dass sich jedoch viele MitarbeiterInnen in unserem Gesundheitssystem durch die verschärften Rahmenbedingungen einer zunehmenden Überforderung ausgesetzt sehen, dazu braucht es weniger statistische Erhebungen – es reichen Einblicke in die Institutionen und Gespräche mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort.

3. Wege aus der Gewalt

Da Krankenhäuser und Altenheime als Institutionen eingebunden sind in den Kontext unserer Gesellschaft, müssen meiner Ansicht nach Ansätze zu einer gezielten Gewaltprävention sowohl von der gesellschaftlichen als auch von der beruflichen Ebene ausgehen.

3.1 gesellschaftliche Aspekte

Jeder der in seinem persönlichen oder beruflichen Kontext Zeuge von Gewalt wird, sei es in Form der Vernachlässigung oder der Tötlichkeit, ist aufgefordert, seine persönliche Verantwortung wahrzunehmen und den Mut zu besitzen, seine Beobachtungen auszusprechen und tätig zu werden im Sinne von Verhinderung der Gewaltmaßnahmen oder Schaffung adäquater Rahmenbedingungen.

Von großer Bedeutung scheinen mir hierbei die Implementierung gezielter Strukturen zur Aufklärung und Beratung. Hier werden durch verschiedene Institutionen für ältere Menschen entsprechende Krisentelefone und Hilfestellungen angeboten. Ob dieses Netz bereits flächendeckend in Deutschland zur Verfügung steht, wage ich allerdings zu bezweifeln. Für den Bereich Krankenhaus sind zwar Stellen wie „Patientenfürsprecher“ durch die Krankenhausgesetze der Bundesländer installiert, aber eine Auseinandersetzung erfolgt in der Regel nur dann, wenn konkrete Vorkommnisse die Öffentlichkeit aufrütteln. Eine weitere Säule in der Gewaltprävention ist ohne Zweifel die Absicherung

der Finanzierung von notwendigen Pflege- und Betreuungsleistungen. Qualifizierte Pflege und Betreuung sollte kein Privileg von bestimmten Personengruppen sein, sondern selbstverständlich jedem Bürger in Deutschland zur Verfügung gestellt werden können. Eine Einigung zwischen Politik, Kostenträgern und Leistungsempfängern zu erzielen, welche Qualität diese Leistungen haben sollen, wird wohl auf Grund der leeren Kassen die größte Herausforderung darstellen.

Ein weiterer Blick sei der Gesetzesauslegung und Rechtsprechung gewidmet. Es hat sich im Laufe der letzten Jahre schon vieles getan, aber wenn ich mir nur die Irritationen vor Augen führe, die z. B. auftreten wenn es um Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht oder Patiententestament geht, so glaube ich, dass hier noch viel Klärungsbedarf besteht.

Gewalt ist in unserer Gesellschaft in der Regel ein Tabuthema. Das darf jedoch die Verantwortlichen in den Gesundheits- und Sozialeinrichtungen nicht davon abhalten, eine angemessene Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, mit dem Ziel, Ursachen, Formen und Auswirkung von Gewalt bekannt zu machen und gemeinsam Wege aus der Gewalt zu finden.

3.2 berufliche Aspekte

Sowohl den Trägern von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen als auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommt im Rahmen der Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen eine hohe Verantwortung zu. Diese bezieht sich nicht nur auf das zur Verfügung stellen einer hohen Sach- und Fachkompetenz, sondern auch auf das Einbringen einer Sichtweise, die jeden Menschen in seiner Würde respektiert. Auf dieser Basis muss die Erfüllung der relevanten gesetzlichen Vorgaben eine Selbstverständlichkeit sein und nicht nur durch den Gesetzgeber, sondern bereits im Vorfeld durch die Träger selbst einer systematischen Überprüfung unterzogen werden.

Einen Schlüsselfaktor in der Gewaltprävention bildet die gezielte Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern in den Institutionen. Soweit ich es nachvollziehen kann, findet in der Ausbildung von Ärzten das Thema „Gewalt“ nicht statt. In den verschiedenen Lehrplänen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildungsstätten gibt es sehr wohl Ansätze, die Dimensionen von Gewalt in der Pflege zur Sprache zu bringen. Schaut man jedoch in die Fort- und Weiterbildungskataloge der Institutionen oder der Fort- und Weiterbildungsinstitute, dann findet man nur sehr wenige Veranstaltungen, in denen die Möglichkeit besteht, sich mit dieser brisanten Thematik auseinanderzusetzen.

Nach meiner Meinung liegt es in der Verantwortung der Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, gemeinsam mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Sorge zu tragen für die Weiterentwicklung einer Unternehmenskultur, die über die notwendigen Instrumente zur Gewaltprävention verfügt:

- ◆ offene und wertschätzende Gesprächskultur
- ◆ systemisch angelegtes Qualitätsmanagement, das bei der Festlegung von Verfahrens- und Arbeitsanweisungen oder Standards jeweils auch die dabei in Frage kommenden Aspekte der Gewaltprävention bearbeitet
- ◆ Beschwerdemanagement

- ◆ gezielte Fortbildungsveranstaltungen
- ◆ Gesprächskreise – Supervision - Coaching
- ◆ Formulierung von Grundsätzen und Leitlinien, mit deren Hilfe Alltagssituationen, z. B. in Team- oder Personalgespräche reflektiert werden
- ◆ transparentes Vorgehen bei bekannt werden einer Gewaltsituation

Unsere Verantwortung als Christen

Wenn wir den Menschen anschauen, diese Einheit von Seele, Geist und Körper, dann bleibt uns nichts anderes als dieses Wunder staunend anzuerkennen. Aus unserem Glauben heraus sind wir davon überzeugt, dass Gott jeden einzelnen Menschen mit besonderen Gaben ausgestattet hat und es liegt nun an uns, diese Gaben zu bewahren und weiter zu entwickeln und zur Ehre Gottes einzusetzen. Deshalb dürfen wir als Christen gerade dort, wo wir mit Gewalt in unterschiedlichster Ausprägung konfrontiert werden, nicht wegschauen, sondern müssen uns aktiv einbringen, um zu verhindern, dass Menschen zuschade kommen. Gottes Gebote sind sehr eindeutig und es wird uns nicht gelingen, wirkliche Nächstenliebe zu praktizieren, wenn wir unsere Augen von der Gewalt abwenden.

„Beneide den Gewalttätigen nicht, wähle keinen seiner Wege“ Spr. 3.31

Ich wünsche jedem von uns, dass er zu gegebener Zeit in einem Krankenhaus oder in einem Altenheim bei jeder nicht vermeidbaren Handgreiflichkeit die Zuwendung spürt, die ihm in seiner Würde als Mensch und als Geschöpf Gottes zusteht.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

4. Literaturnachweis

- Bürgerliches Gesetzbuch
- Pflegeversicherungsgesetz
- HSM – Handeln statt Misshandeln, Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V. – Jahresbericht 2001
- R.D. Hirsch: Gewalt in der Pflege: ein drängendes gesellschaftliches Problem – 2000
- Katharina Gröning: Das zerbrochene Ideal – 2004
- Weitere Literatur bei der Verfasserin