

Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Fachhochschule  
Nürnberg

Gesundheits- und Pflegemanagement

Bachelorarbeit  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts B.A.

**Gewalt und Aggression gegen Pflegekräfte**

**Violence and aggression against caregivers**

Alexandra Bohrer

Gutachter: Prof. Dr. Heinz-Peter Olm

Abgabetermin: 01.08.2020

## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Bachelorarbeit gibt einen Überblick über das Problemfeld von Aggression und Gewalt gegen Pflegekräfte.

Es werden verschiedene Aspekte, die zur Entstehung von Gewalt und Aggression führen, betrachtet. Weiterhin werden deren Auswirkungen auf das Pflegepersonal sowie auf die betroffenen Unternehmen dargestellt.

In der Praxis finden verschiedene Handlungsleitfäden in den Unternehmen Anwendung. In der vorliegenden Arbeit werden drei dieser Leitfäden auf ihre Informationsweitergabe, ihre Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag und ihr Setting geprüft. Aus den gewonnenen Erkenntnissen wird anschließend eine Empfehlung zur Gewaltprävention sowie zum Umgang und zur Nachsorge bei Gewalttaten abgeleitet. Diese Empfehlung soll vor allem für die Führungskräfte im Gesundheitswesen richtungsweisend sein, um detaillierte Handlungsleitfäden, die auf ihre Arbeitsstelle zugeschnitten sind, zu erarbeiten.

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

## **Abstract**

This bachelor thesis is intended to give an overview of aggression and violence against nursing staff.

Various aspects, leading to the emergence of violence and aggression are considered, as well as their impacts on the nursing staff, last but not least their effects on the company.

In practice, various guidelines for action are used in companies. In the present work, three of these guidelines are examined with respect to their information transfer, their feasibility and setting in everyday work.

A recommendation on violence prevention, the handling and aftercare of violent acts are derived from the knowledge gained. This recommendation should serve as a guide, especially for health care executives, in order to develop detailed guidelines for action tailored to their job.

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	IV
Abkürzungsverzeichnis .....	V
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2 Gewalt und Aggression .....</b>	<b>3</b>
2.1 Typologie von Gewalt und Aggression.....	3
2.2 Auswirkungen auf die Pflegekräfte und das Unternehmen.....	6
2.3 Entstehung von Gewalt und Aggression .....	10
2.4 Gesetzliche Grundlagen .....	15
<b>3 Methodik.....</b>	<b>18</b>
<b>4 Handlungsleitfäden .....</b>	<b>19</b>
4.1 Gewalt und aggressives Verhalten am Arbeitsplatz .....	19
4.2 Professionelles Deeskalationsmanagement .....	22
4.3 Gewalt in der Zentralen Notaufnahme .....	26
4.4 Empfehlung zur Erstellung von Handlungsleitfäden .....	30
<b>5 Fazit.....</b>	<b>39</b>
Literaturverzeichnis .....	VI

## **Tabellenverzeichnis**

<b>Tabelle 1:</b> Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Pflegekräfte.....	8
---	---

## **Abbildungsverzeichnis**

<b>Abbildung 1:</b> Fragebogen zur Ermittlung von Risiken und Gefährdungen.....	32
---	----

## Abkürzungsverzeichnis

ArbSchG .....	Arbeitsschutzgesetz
Abs.....	Absatz
BGB .....	Bürgerliches Gesetzbuch
DAIzG.....	Deutsche Alzheimer Gesellschaft
DECT .....	Digital Enhanced Cordless Telecommunications (dt.: digitale verbesserte kabellose Telekommunikation)
DGINA.....	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
DGUV.....	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
et al. ....	et alii (m), et aliae (f), et alia (n) (dt.: und andere)
f. ....	folgend
ggf. ....	gegebenenfalls
Hrsg. ....	Herausgeber
ICD.....	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
Nr. ....	Nummer
OPS .....	Organisches Psychosyndrom
o.J. ....	ohne Jahr
o.S.....	ohne Seite
ProDeMa.....	Professionelles Deeskalationsmanagement
S.....	Seite
SGB .....	Sozialgesetzbuch
StGB .....	Strafgesetzbuch
UKBW .....	Unfallkasse Baden-Württemberg
vgl. ....	vergleiche
WHO .....	World Health Organisation (dt.: Weltgesundheitsorganisation)

## 1 Einleitung

„Gewalt birgt immer ein Element der Verzweiflung“ (Mann, o.J., o.S.). In diesem Zitat steckt eine Wahrheit, die vor allem Pflegekräfte immer wieder zu spüren bekommen. Die Gewalt, die sie jeden Tag weltweit erfahren, hat immer eine andere Facette. Doch unabhängig davon, ob sie physisch oder psychisch angegriffen werden, in jeder Tat kann man die Verzweiflung des Täters erahnen. Die Verzweiflung über einen physischen oder psychischen Schmerz, die Verzweiflung, endlich Hilfe von den Pflegekräften zu erhalten oder die Verzweiflung darüber, seine Bedürfnisse nicht mitteilen zu können. Dies soll in keiner Weise eine Entschuldigung für Handlungen dieser Art sein, doch müssen erst die Handlungen und Beweggründe verstanden werden, bevor geeignete Maßnahmen ergriffen werden können.

Über die zunehmende Gewalt und Aggression gegen Pflegekräfte wird in vielen Medien berichtet. „Dennoch scheint die Gesellschaft nur das Skandalöse daran zu interessieren und weniger die Notwendigkeit, Missstände zu verringern“ (Hirsch, 2000, S.16, zitiert nach Schneider, 2005, S.14). Die Westdeutsche Allgemeine Zeitung hat im November 2019 einen Artikel veröffentlicht, der aufzeigt, dass Beleidigungen und Drohungen sowie körperliche Gewalt an der Zahl zunehmen. Mader führt dies darauf zurück, dass die Patienten eine niedrigere Aggressionsschwelle haben und es auf Grund der Ungeduld zu mehr Übergriffen kommt (vgl. Mader, 2019, S.1). Doch was genau bedeuten diese von Mader genannten Aspekte für die Pflegekräfte? Und welche Unterstützung wird vor allem von den Führungskräften erwartet und auch dringend benötigt, um zu wissen, wie man sich bei solchen Übergriffen schützt beziehungsweise, um nach einem Vorfall Sicherheit zu erfahren?

Es besteht ein persönliches Erkenntnisinteresse an diesem Thema, da die Autorin selbst in ihrer Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegerin Erfahrungen dieser Art gemacht hat. Darüber hinaus ist es ein Tabuthema in der Gesellschaft, das nicht länger totgeschwiegen werden sollte. Vor allem die Führungskräfte sind im Zugzwang, sich mehr mit der bestehenden Thematik zu beschäftigen und ihre Mitarbeiter zu schützen. Dass Gewalt immer ein Aspekt ist, der in der Pflege vorkommen kann, ist zwar unabänderlich, aber der Umgang mit Gewalt und Aggression kann sich verändern und je offener damit umgegangen wird und je mehr Lösungsstrategien dafür bestehen, desto sicherer kann es für die Pflegekräfte werden. Natürlich sind auch andere Berufsgruppen davon betroffen, Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Sozialarbeiter und noch viele mehr, doch der Fokus dieser Arbeit liegt ausschließlich auf den Pflegekräften.

Die persönliche Erfahrung der Autorin während einer alltäglichen Situation in ihrem Berufskontext war ausschlaggebend für diese Arbeit. Dies führte zu der Frage, wie man sich als

Pflegekraft in einer Gewaltsituation verhalten soll, was die Rechte von Pflegekräften in einer Situation mit Gewaltpotenzial sind und was die Pflichten der Leitung sind? Welche Maßnahmen und Handlungsleitfäden gibt es in der Pflege?

Nienhaus et al. haben 2014 ein Survey über die Häufigkeit und Folgen von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen veröffentlicht. Die Ergebnisse stammten aus ihrer retrospektiven Querschnittstudie, in welcher 1.973 Beschäftigte aus Einrichtungen der Behindertenhilfe, Krankenhäusern und ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenpflege befragt wurden. 56,2% der Befragten erlebten physische Gewalt und 70% verbale Gewalt. Die Altenpflegeeinrichtungen waren am stärksten von körperlichen Gewalttaten betroffen. Opfer von Gewalt und Aggression wurden vor allem die jüngeren Mitarbeiter, aufgrund ihrer fehlenden Berufserfahrung. Eine Belastung durch Gewalt und Aggression am Arbeitsplatz gab jeder dritte Befragte an. Nur ein Drittel erhielt von seinem Arbeitgeber Unterstützungsangebote zur Prävention und Nachsorgen zum Thema Gewalt und Aggression, obwohl solche Angebote nachweislich das Risiko solcher Vorfälle reduzieren (vgl. Nienhaus et al., 2014, S.203-221).

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, bestehende Leitfäden auf ihre Informationsweitergabe, die Umsetzung im Arbeitsalltag und das Setting zu überprüfen und aus diesen Ergebnissen und anhand von Literaturrecherche, die wichtigsten Informationen zusammenzutragen, die zur Erstellung eines geeigneten Handlungsleitfadens für Leitungskräfte und Mitarbeiter in Einrichtungen des Gesundheitswesens notwendig sind, um Gewalt im Pflegealltag adäquat entgegenzutreten.



## **2 Gewalt und Aggression**

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die verschiedenen Arten von Gewalt und Aggression geschaffen. Die Erklärungsansätze zur Entstehung von Gewalt und Aggression sind vielfältig und vielschichtig, in dieser Arbeit wird ein kurzer Überblick zu den einzelnen Ansätzen verschafft. Zudem werden die verschiedenen Auswirkungen von Gewalt auf die Pflegekräfte und das Unternehmen aufgezeigt. Am Schluss dieses Kapitels findet ein Ausblick auf die rechtlichen Grundlagen statt, die bei stattfindenden Gewalttaten für Pflegekräfte, Führungskräfte und das Unternehmen relevant sind.

### **2.1 Typologie von Gewalt und Aggression**

Damit geeignete Leitfäden und Maßnahmen entstehen und erarbeitet werden können, muss zuerst verstanden werden, was mit den Begriffen der Gewalt und Aggression gemeint ist und welche Reichweite sie haben. In diesem Kapitel werden die verschiedenen Typologien der Gewalt und der Begriff Aggression erklärt.

Gewalt ist ein facettenreicher Begriff, unter dem jeder Mensch etwas anderes versteht und wahrnimmt. Im Allgemeinen wird Gewalt aber mit der Verletzung, Schädigung oder Kränkung einer anderen Person in Verbindung gebracht (vgl. Kienzle, Paul-Ettlinger, 2007, S.16).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt als „[d]e[n] absichtliche[n] Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation<sup>1</sup> führt“ (WHO, 2003, S.6).

Kaum einer hat die Friedens- und Konfliktforschung so beeinflusst wie der norwegische Mathematiker und Soziologe Johan Galtung. Deswegen liegen dieser Arbeit seine Definitionen und Unterscheidungen von Gewalt zugrunde. Er unterscheidet zwischen direkter, struktureller und kultureller Gewalt. Von direkter Gewalt wird gesprochen, wenn jemandem physischer oder psychischer Schaden zugefügt wird, zum Beispiel durch Beleidigungen, Schläge oder sexualisierte Gewalt (vgl. Galtung, 2007, S.133).

Wenn Gewalt nicht durch einen Akteur zugefügt wird, wird sie als strukturelle Gewalt bezeichnet, das bedeutet, die Struktur ist das Medium, das Gewalt vermittelt. Die kulturelle Gewalt steckt hinter der strukturellen und direkten Gewalt und soll diese legitimieren durch Religion, Ideologie, Sprache und Kunst sowie Wissenschaft, Medien und Erziehung (vgl. Galtung, 1998, S.17f.). Die Gewalt, die Pflegekräften widerfährt, hat mit allen drei Gewaltdefinitionen zu tun,

---

<sup>1</sup> „Unter Deprivation versteht man in der Psychologie ein Zustand der Entbehrung und des Mangels [...]“ (Stangel, 2020, o.S.).

auch wenn normalerweise nur die direkte Gewalt in der Öffentlichkeit thematisiert wird. Wenn von direkter Gewalt gegen Pflegekräfte berichtet wird, beinhaltet dies zumeist, dass ein Patient eine Pflegekraft geschlagen, gewürgt oder ihr sonstiges körperliches Leid zugefügt hat. „Es ist oft die psychische Gewalt, die Betroffene nachhaltig schädigt, mehr noch als die körperliche Gewalt. Doch dies wird meist ignoriert, bagatellisiert oder einfach nicht als solches erkannt“ (Brehm, 2016, S.99).

„Physische Gewalt ist monologisch; sie schaukelt sich leicht in einer Gewaltspirale auf und kann irreversible Schädigungen zufügen; es ist aber möglich sie zu unterlassen. Im Gegensatz dazu ist psychische Gewalt ein interaktives Geschehen; unter günstigen Bedingungen lassen sich ihre Verletzungen wiedergutmachen; zugleich aber ist es unmöglich, das Risiko, dass Kränkungen (auch versehentlich) zugefügt und erlitten werden, vollständig zu bannen“ (Nunner-Winkler, 2004, S.43).

Der sexuellen Gewalt wird erst seit ein paar Jahren mehr Beachtung geschenkt, obwohl diese Form der Gewalt den Pflegekräften öfter passiert, als tatsächliche körperliche Gewalt. Schuld daran ist teilweise das immer noch in der Gesellschaft vorliegende Klischee der „sexy Krankenschwester“, das gerne in pornographischen Filmen, an Halloween oder als Rollenspiel bei sexuellen Handlungen gezeigt wird. Diese unangemessene Sexualisierung wirft ein falsches Bild auf den Beruf der Pflegekräfte. Die meisten Pflegekräfte lassen sich anzügliche Bemerkungen oder unangebrachte Berührungen gefallen und teilen sich niemandem mit. Erstens ist die Scham sehr groß, da es immer noch ein Tabuthema ist und zweitens können im Team oder von der Führungskraft negative Bemerkungen kommen beziehungsweise erfährt die betroffene Pflegekraft oft keinen Beistand. Dies führt zu noch mehr Unsicherheit der Pflegekraft, ob sie denn Recht hat, solche Vorfälle anzusprechen oder ob es einfach Erfahrungen sind, die zu ihrem Berufsalltag gehören. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hat zum Ausmaß sexueller Belästigung am Arbeitsplatz, dem Umgang damit sowie Empfehlungen zur Prävention und Intervention eine empirische Studie von Juni 2018 bis Mai 2019 durchgeführt. Die Ergebnisse der Studie zeigten auf, dass Frauen stärker von sexueller Belästigung betroffen sind als Männer, doch der Anteil der belästigten Männer lag bei fünf Prozent und sie sollten den gleichen Schutz vor sexueller Gewalt wie Frauen erhalten. Die häufigsten Formen der sexuellen Belästigung waren unangemessene, sexualisierte Kommentare und unangemessene Blicke und Gesten. Diese Vorfälle waren meistens keine Einzelhandlungen, sondern kamen vermehrt vor. Die Betroffenen haben sich danach erniedrigt, belastet oder sogar bedroht gefühlt. Die Berufsgruppe, die am stärksten von sexuellen Belästigungen betroffen ist, sind Mitarbeiter des Gesundheits- und Sozialwesens (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2019, S.5-9).

Viele der Beschäftigten im Gesundheitswesen sehen Gewalt und Aggression ihnen gegenüber als Bestandteil ihres Berufes an und nehmen es einfach als gegeben hin (vgl. Zeh et al., 2009, S.457).

Auch die strukturelle Gewalt hat einen großen Anteil an der Problematik, denn durch die vorherrschenden Strukturen werden die Bedingungen geschaffen oder toleriert, die die Gewalt-handlungen an dem Personal des Gesundheitswesens ermöglichen. Die Strukturen, die im Gesundheitsbereich herrschen und die dafür zuständig sind, dass Gewalthandlungen in der Größenordnung stattfinden können, sind zum einen der Fachkräftemangel und zum anderen der demographische Wandel. „Die demografische Alterung ist eine komplexe gesellschaftliche Entwicklung, die viele Herausforderungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mit sich bringt. Einer der wichtigsten Aspekte ist das veränderte Verhältnis zwischen dem schwindenden Anteil von Menschen im Erwerbsalter und der größer werdenden Zahl älterer Menschen, die mit dem Alter zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind“ (Robert Koch-Institut, 2015, S.450). Durch den Fachkräftemangel gibt es immer weniger Pflegekräfte, die aufgrund des Älterwerdens der Gesellschaft für eine steigende Zahl der Pflegebedürftigen zuständig sind. Das Pflegepersonal ist überfordert, es kommt zu einer erhöhten Fehlerquote, die Patienten fühlen sich nicht ausreichend versorgt und Pflegesituationen eskalieren. „Da die Zahl der zu versorgenden Patientinnen/Patienten und Pflegebedürftigen in der Regel nicht eigenständig reduziert werden kann, bleiben die Ausweitung von Arbeitszeiten, das Arbeiten in einem hohen Tempo sowie Einschränkungen bei der erbrachten Qualität der Leistungen“ (Jacobs et al., 2019, S.53). Dadurch leiden sowohl die Patienten als auch die Pflegekräfte.

Die Patienten lassen ihren Unmut über die unzureichende Versorgung am Pflegepersonal aus, in der Hoffnung, so etwas an der Situation ändern zu können. Dieser Unmut zeigt sich teilweise in Beschimpfungen oder in körperlichen Angriffen, wie zum Beispiel mit Gegenständen nach dem Pflegepersonal zu werfen, im Schlagen, Treten oder Anspucken. Auch das fehlende Wissen zum Umgang mit Eskalation und Gewalt hat seinen Ursprung in den Strukturen. Durch den Zeit- und Fachkräftemangel erhalten Pflegepersonen keine ausreichenden Schulungen zu dem Thema. Sie können Situationen nicht richtig einschätzen und wissen nicht, wie sie sich zu verhalten haben. Anstatt deeskalierend auf die Patienten einzuwirken, provozieren die Pflegekräfte durch den aufgebauten Frust über die bestehenden Strukturen Situationen herauf, die zum Schaden beider Parteien führen können.

Es gibt unterschiedliche Herangehensweisen an den Begriff „Aggression“.

„Der universelle Gebrauch des Begriffs Aggression beinhaltet einen breiten Bedeutungsumfang und ist reich an verschiedenartigen Konnotationen. Aggression wird sowohl für die Bezeichnung von Gefühlen verwendet als auch für Verhaltensweisen. Überwiegend ist eine eher

negative Bedeutung durch die Gleichsetzung mit Normabweichung und Unangemessenheit in der Literatur festzustellen. Der wertende und normative Aspekt spiegelt sich in der Tatsache wider, dass der Begriff Aggression häufig für andere benutzt wird, jedoch selten für sich selbst. Die dargestellten Definitionen von Aggression verdeutlichen die breit gefächerte Klaviatur der Gefühle und Handlungen, die mit dem Begriff in Zusammenhang gebracht werden“ (Hilgen, 2005, S.7).

Während der Begriff der Gewalt eindimensional die Zielrichtung und Form kennzeichnet, in der ein körperlicher oder seelischer Angriff auf eine Person erfolgt, wird der Begriff der Aggression genutzt, um komplexe Entstehungsmuster und Verschiebungsprozesse von Gewalt in den Blick zu nehmen. Zum einen ist Aggression eine Feindseligkeit, die der Patient gegen sich selbst hat. Eine sogenannte krankheitsbedingte Aggressivität des Patienten, die sich gegen das eigene Schicksal oder die eigene Erkrankung richtet, sich aber als Autoaggression in meist verbalen Attacken gegen das Pflegepersonal äußert. Zum anderen ist Aggression eine Form des Terrorregimes als Herrschaftsmechanismus und hat nur bedingt etwas mit der Erkrankung zu tun. Der Patient besitzt eine aggressive Persönlichkeit und/ oder leidet selbst unter einer Gewaltsituation (vgl. Panke-Kochinke, 2008, S.30f.).

Unabhängig davon, welchen Ursprung die Aggression hat, mit der die Pflege konfrontiert wird, bleibt das Endergebnis gleich.

## **2.2 Auswirkungen auf die Pflegekräfte und das Unternehmen**

Auf jede Aktion folgt eine Reaktion. Was sind die Konsequenzen für die betroffenen Pflegekräfte und das Unternehmen, wenn eine Gewalthandlung stattgefunden hat? Mit welchen Aspekten müssen sich beide Parteien danach auseinandersetzen?

Bei einer physischen Gewalttat sind die Spuren, die sie am Opfer hinterlässt, sichtbar. Nach Tritten, Schlägen oder Würgen sind Verletzungen am Körper des Betroffenen erkennbar. Bei einer physischen Verletzung zugefügt durch tätliche Übergriffe, trägt auch die Psyche ihre Spuren davon, Verletzungen, die nicht mit dem bloßen Auge zu erkennen sind. Wenn Pflegekräfte erniedrigt und gedemütigt werden durch Beschimpfungen, Drohungen oder durch die Aggressivität der Patienten, graben sich auch diese Verletzungen tief in die Seele.

Psychische Probleme haben keinen Platz in der Gesellschaft, es zeigt eine Schwäche, die im Arbeitsleben nicht gestattet ist. Vor allem Führungskräfte sind unsicher im Verhalten gegenüber psychischen Erkrankungen und versuchen sie aus dem Arbeitsalltag herauszuhalten (vgl. Roschker, 2014, S.2). So werden diese Probleme für sich behalten und verdrängt, bis sie irgendwann Bahn brechen und ihre volle Auswirkung zeigen. Diese Auswirkungen sind bei jeder

Person verschieden, je nachdem welche Persönlichkeit man besitzt, wie viel Leid man im Leben schon erfahren hat und welche Lasten man zusätzlich trägt. In der folgenden *Tabelle 1* werden die verschiedenen Auswirkungen, die auftreten können, dargestellt. Sie können physischer, psychischer oder psychosomatischer Natur sein. Zudem wird aufgezeigt, welche Überlebensstrategien zum Tragen kommen können, damit die betroffenen Personen in der Lage sind, ihren Alltag zu meistern. Diese Strategien weisen allerdings zum Teil einen gesundheitsgefährdenden Charakter auf, wie zum Beispiel das Einnehmen von Drogen oder Alkoholmissbrauch, die auf lange Sicht weitreichende Konsequenzen für das persönliche und berufliche Leben haben können.

Tabelle 1: Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Pflegekräfte

Gesundheitliche Folgen von Gewalt gegen Pflegekräfte	
↓	↓
Nicht tödliche Folgen	Tödliche Folgen
↓	↓
<p><u>Körperliche Folgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verletzungen</li> <li>• Funktionelle Beeinträchtigungen</li> <li>• Dauerhafte Behinderungen</li> </ul> <p><u>Psychosomatische Folgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronische Schmerzsyndrome</li> <li>• Reizdarmsyndrom</li> <li>• Magen-Darm-Störungen</li> <li>• Harnwegsinfektionen</li> <li>• Atemwegsinfektionen</li> </ul> <p><u>Psychische Folgen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>• Depressionen, Ängste, Schlafstörungen, Panikattacken</li> <li>• Essstörungen</li> <li>• Verlust von Selbstachtung und Selbstwertgefühl</li> <li>• Suizidalität</li> </ul> <p><u>Gesundheitsgefährdende Überlebensstrategien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rauchen</li> <li>• Alkohol- und Drogenmissbrauch</li> <li>• Risikoreiches Sexualverhalten</li> <li>• Selbstverletzendes Verhalten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tödliche Verletzungen</li> <li>• Tötung</li> <li>• Mord</li> <li>• Suizid</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Heise, Ellsberg, Gottemoeller, 1999, S.18

Die psychischen Folgen, die eine Gewalttat mit sich bringen kann, zeigen sich erst lange nach dem begangenen Ereignis. Je nachdem, wie verheerend die Tat war und mit welcher Qualität die Erstversorgung danach durch Kollegen oder die Leitung durchgeführt wurde, kann es oft zu Schlafstörungen, Ängsten, Depressionen oder sogar zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung kommen (vgl. Robert Koch-Institut, 2008, S.13f.).

Die aufgeführten Folgen sind in der Gesellschaft soweit bekannt, nur die Posttraumatische Belastungsstörung wird meist mit Soldaten nach traumatischen Kriegserfahrungen in Verbindung gebracht. Im Klassifikationssystem ICD-10 wird die Posttraumatische Belastungsstörung in F43.1 beschrieben.

Die Posttraumatische Belastungsstörung „[...] entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling, Freyberger, 2014, S.173).

Nach dem erlebten Trauma können posttraumatische Beschwerden auftreten, die erstmalig nach Wochen oder Monaten in Erscheinung treten. Typische Anzeichen einer Posttraumatischen Belastungsstörung können sogenannte Flashbacks sein, das bedeutet der Betroffene erlebt das Trauma immer wieder, entweder in seinen Träumen oder durch das plötzliche Auftreten von Erinnerungen. Diese Flashbacks sind nicht steuerbar und werden vor allem durch sogenannte Trigger ausgelöst. Um diesen zu entgehen, vermeidet der Betroffene Situationen, die diese Auswirkung haben und distanziert sich sowohl emotional als auch körperlich von anderen Menschen. Die Betroffenen haben danach mit vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und Schlafstörungen zu kämpfen, da das Nervensystem reagiert, als bestünde Gefahr, obwohl das Trauma schon Wochen oder Monate zurückliegt. Dies zeigt sich auch in der übermäßigen Schreckhaftigkeit, die die Betroffenen als belastend empfinden. Häufig entwickeln sich weitere psychische Erkrankungen zusätzlich zur Posttraumatischen Belastungsstörung, wie Angststörungen und Depressionen oder Suchterkrankungen. Auch weisen Betroffene einer Posttraumatischen Belastungsstörung ein erhöhtes Suizidrisiko auf (vgl. Dilling, Freyberger, 2014, S.174).

Die Folgen nach einer Gewalttat sind für die betroffene Person sehr belastend und können sich in unterschiedlichster Art und Weise äußern. Wie im Folgenden gezeigt wird, werden sich alle Folgen, die in *Tabelle 1* aufgeführt sind, auch auf das Unternehmen auswirken.

Die finanziellen und immateriellen Kosten bei Gewalttaten sind für Unternehmen immens hoch. Zum einen ist ein Vorfall, bei dem es zu einem tatsächlichen Übergriff kommt, zeitintensiv, das bedeutet es entstehen Überstunden, die das Unternehmen bezahlen muss. Nach dem Übergriff können weitere Kosten entstehen, durch den Arbeitsausfall, Krankheitstage,

Berufsausstieg und einer höheren Fluktuation der anderen Mitarbeiter (vgl. Nau, Oud, Walter, 2018, S.20). „Fluktuation, die Krankenstandstage und der Ausstieg aus dem Berufsleben, ist in der Pflege sehr viel höher als in anderen Berufen. Zu den Hauptursachen der Ausfälle durch Krankheit stehen Erkrankungen des Bewegungsapparates und mittlerweile psychische Krankheiten, wie Burnout“ (Staudhammer, 2018, S.104). Burnout ist nur ein Beispiel für eine psychische Erkrankung. Die in *Tabelle 1* genannten psychischen Folgen können die Ausfälle der Pflegekräfte steigern. Genauso verhält es sich auch bei den physischen und psychosomatischen Folgen, unter denen die Betroffenen nach dem Übergriff leiden können. „Gewalt von Pflegebedürftigen gegenüber Pflegekräften ist ein relevanter Risikofaktor für gewalttätiges Verhalten der Pflegekräfte und zugleich eine relevante Arbeitsbelastung für sie. Solche Ereignisse können direkt oder indirekt durch Konzentrationsmängel zu Arbeitsunfällen führen, die Arbeitszufriedenheit beeinträchtigen, das Risiko emotionaler Erschöpfung steigern und damit die Arbeitsunfähigkeitsquote erhöhen oder die Verweildauer im Beruf verkürzen. Gewalt kann damit den Mangel an Pflegekräften in einer alternden Gesellschaft steigern“ (Blättner, Grewe, 2017, S.198). Bei den psychischen Folgen, vor allem bei der Posttraumatischen Belastungsstörung, den Schlafstörungen wie auch den Panikattacken, wird die Konzentrationsfähigkeit der Pflegeperson leiden und es kann zu einer erhöhten Fehlerquote kommen und gefährliche Pflege kann ein Ergebnis davon sein.

Gefährliche Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass eine pflegebedürftige Person Schaden durch das Verhalten einer Pflegekraft davonträgt. Beispiele sind die Entstehung eines Dekubitus durch nicht ausreichende Mobilisation, Stürze und Verletzungen durch falsche oder gar keine Einbeziehung von Hilfsmitteln beziehungsweise, dass die Person keine Unterstützung seitens der Pflege erhält (vgl. Köther, 2007, S.784).

Wenn die betroffene Person versucht, das geschehene Ereignis durch die Einnahme von Drogen oder Alkohol zu vergessen und den Schmerz zu betäuben, kann auch dieses bei der Pflege der Patienten zu Fehlern führen, die ein tödliches Ende nehmen können. Das Unternehmen sollte sich dieser Konsequenzen bewusstwerden und dementsprechend handeln. Diese Handlungsstrategien werden in *Kapitel 4* näher beleuchtet.

### **2.3 Entstehung von Gewalt und Aggression**

Die Frage ist, warum Pflegekräfte überhaupt mit Gewalt und Aggression konfrontiert werden. Was passiert in einem Menschen, dass er plötzlich eine andere Person anschreit, beleidigt, sie sexuell belästigt oder körperlich verletzt? Es gibt Faktoren, die dieses Verhalten begünstigen.



Bei manchen Menschen ist es ihre vorhandene Persönlichkeit, die aggressives Verhalten begünstigt, zum Beispiel eine cholerische Person. Cholerisch ist laut Duden ein Synonym für reizbar, aufbrausend und jähzornig (vgl. Dudenredaktion, 2018, S.257). Hans Eyseneck beschrieb in seinem zweidimensionalen Temperamentskonzept die vier Persönlichkeitsmerkmale, melancholisch, cholerisch, sanguinisch und phlegmatisch und ordnete sie nach den Dimensionen instabil-stabil und introvertiert-extravertiert. Eine cholerische Persönlichkeit wird im Bereich von instabil als auch extravertiert eingeordnet und wird mit Begriffen, wie aktiv, aggressiv, wechselhaft, unruhig, impulsiv, erregbar, optimistisch und empfindlich beschrieben (vgl. Asendorpf, 2018, S.35). Sie wird in Stresssituationen eher zu aggressiven Handlungen und Gewalttaten neigen als eine introvertierte und stabile Persönlichkeit.

Auch verschiedene psychische Erkrankungen werden oft im Zusammenhang mit Gewalthandlungen im Gesundheitswesen genannt. Wenn ein Gewaltakt von einem psychisch erkrankten Menschen ausgeht, fallen am häufigsten die Begriffe Schizophrenie, Wahn und Alkohol- und Suchtmittelmissbrauch. Wahn kann als ein Symptom bei einer schizophrenen Psychose auftreten und äußert sich zumeist als Verfolgungs- beziehungsweise Beeinträchtigungswahn. Bei einem Wahn ist die Realität verzerrt und kann auch durch Argumente nicht korrigiert werden. Personen, die an einem Wahn leiden, nehmen die Umwelt anders wahr, als sie in Wirklichkeit ist und können sich dadurch bedroht oder angegriffen fühlen (vgl. Robert Koch-Institut, 2010, S.8). Die Unterscheidung ob ihnen jemand helfen oder schaden will, fällt ihnen schwer und eventuell reagieren sie mit einem Angriff als Verteidigung.

Ein weiterer Begriff, der oft mit Gewalthandlungen in Zusammenhang gebracht wird, ist die Schizophrenie. „Schizophrenie ist eine schwere psychische Erkrankung, die durch zeitweilige, fundamentale Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und des Erlebens mit Beeinträchtigungen bis hin zum Verlust des Realitätsbezugs charakterisiert ist“ (Robert Koch-Institut, 2010, S.7). Wie viele psychisch Erkrankte werden auch Personen mit einer Schizophrenie-Diagnose stigmatisiert und diskriminiert. Nicht jeder Mensch, der Schizophrenie diagnostiziert bekommen hat, ist gewalttätig oder gefährlich. Im Vergleich zum Rest der Bevölkerung findet sich bei Schizophrenie-Erkrankten eine geringfügig erhöhte Gewaltbereitschaft und mehr Gewaltdelikte, aber diese sind meist auf sekundäre Faktoren zurückzuführen. Zu diesen können ein bestehender Alkohol- und Substanzgebrauch zählen oder eine Nichtbehandlung der bestehenden Erkrankung (vgl. Robert Koch-Institut, 2010, S.18).

Das führt zu einem weiteren Begriff, der oft mit Gewalthandlungen in Zusammenhang gebracht wird, der Alkohol- und Suchtmittelabhängigkeit. Bei Abhängigkeiten, egal von welchen Suchtmitteln, Alkohol, Drogen oder Medikamenten, verlieren die Patienten schneller die Kontrolle über sich und ihr Verhalten. Da die Toleranzschwelle herabgesetzt wird durch die Einnahme der verschiedenen Substanzen, nehmen die Patienten Aussagen schneller persönlich und

auch die Hemmschwelle zur Anwendung von Gewalt ist herabgesetzt (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 2017).

Die Suchtmittel können die Funktionen von Katalysatoren, Erleichterter, Beschleuniger und Auslöser übernehmen und zu Gewalttaten führen (vgl. Klein, 1996, S.87).

Sowohl bei den oben genannten psychischen Erkrankungen, wie auch bei physischen Erkrankungen kann es durch emotionale Impulse, zum Beispiel Affekte, Triebe oder Stimmungen, zu sogenannten Kurzschlusshandlungen kommen, welche der rationalen Kontrolle weitgehend entzogen sind. Kurzschlusshandlung ist der Alltagsbegriff für Affekthandlung. Sie kommen in psychischen Belastungssituationen vor, vor allem bei labilen Persönlichkeiten, zum Teil sind sie symptomatisch bei Psychosen (vgl. Gaede, 2007a, S.330). Psychosen ist der Sammelbegriff für zahlreiche mittelschwere bis schwere psychische Krankheitszustände, welche die normale Orientierung und die geistige Verarbeitung beeinträchtigen, sogenannte Ich-Störungen, bei denen eigene Gedanken als von fremden Personen stammend erlebt werden. Zudem können Wahnstimmungen auftreten, aufgrund derer die Umwelt für die Betroffenen bedrohlich erscheint (vgl. Gaede, 2007b, S.609).

Weitere physische Erkrankungen, die oft mit Gewalttaten im Gesundheitswesen genannt werden, sind die Demenz und das Delir. „Das Delir ist eine organische Erkrankung mit primär psychiatrischer Symptomatik und zählt zu den sog. organischen Psychosyndromen (OPS). OPS sind eine Gruppe von Störungen, bei welchen eine organische Ursache, die mittels medizinischer Routineverfahren erfasst werden kann (z.B. Labor, Bildgebung), die Art, das Ausmaß und den Verlauf einer psychiatrischen Symptomatik erklärt. [...] Unter Delirien versteht man innerhalb der OPS die akuten organischen Psychosen, die eine Bewusstseinsstörung beinhalten. Die Erkrankung befindet sich somit an der Schnittstelle zwischen somatischer Medizin und Psychiatrie und stellt durch ihre Häufigkeit und den außerordentlichen Pflegeaufwand eine besondere Herausforderung im klinischen Alltag sämtlicher medizinischer Disziplinen dar“ (Spies et al., 2019, S.2). Wenn Patienten aufgrund einer Operation oder einer Vorerkrankung im Delir sind, egal ob es vorübergehend ist oder dauerhaft, können sie sich nicht mehr in der Weise mitteilen, wie sie es als gesunder Mensch konnten. Auch nehmen sie die Umwelt anders wahr und können Ereignisse nur schwer einordnen und ihre Zusammenhänge erkennen.

Bei Menschen, die an Demenz leiden, verschlechtern sich durch die Erkrankung sowohl die kognitiven Fähigkeiten wie auch die kognitiven Leistungen. Das bedeutet es findet eine Verschlechterung im Gedächtnis, der Auffassungsgabe und dem Denkvermögen statt. Es fällt ihnen zunehmend schwerer, sich sprachlich auszudrücken, Informationen zu verarbeiten und sich örtlich und zeitlich zurecht zu finden (vgl. DAzG, 2019, S.6).

Bei Demenzerkrankten kann es ein Ausdruck der Verzweiflung sein, sich nicht mitteilen zu können oder nicht richtig verstanden zu werden. Auch aufgrund des schon mehrfach genannten Zeitmangels haben die Pflegekräfte nicht die Kapazität, sich lange und fachgerecht mit demenzerkrankten Patienten auseinanderzusetzen. Der Frust ist auf beiden Seiten groß und kann dazu führen, dass Patienten sich sowohl verbal als auch körperlich gegen die Maßnahmen des Pflegepersonals zur Wehr setzen, da sie sich sonst nicht anders zu helfen wissen. „Ein wesentlicher Problemfaktor, der Maßnahmen der Versorgung bei Demenz für alle Beteiligten erschwert, ist störendes, verletzendes und auch selbst gefährdendes Verhalten von Menschen mit Demenz. Dieses oft wie eine unliebsame Symptomatik der Demenz behandelte Verhalten sollte als mögliche Ausdrucksweise von Bedürfnissen der Menschen mit Demenz betrachtet werden und gewinnt dadurch den Charakter einer Botschaft, die in der Interaktion angesiedelt ist und dort nach einer Antwort sucht. Daher werden diese Verhaltensweisen als herausfordernd bezeichnet. Zu ihnen zählen Aggressivität, Agitation, Wandering, sexuelle Enthemmung, disruptive Vokalisation, Apathie und Depressivität, von denen die eine oder andere Form im Verlauf der Demenz bei fast jedem Betroffenen auftritt“ (Bartholomeyczik et al., 2008, S.342). Für die Pflege sind diese Verhaltensweisen herausfordernd, da Agitation bedeutet, dass die Patienten einen Zustand der innerlichen Erregung spüren, der sich durch unstillbaren Bewegungsdrang äußert, zum Beispiel bei bettlägerigen Patienten durch unablässiges Nesteln der Hände, sich selbst ausziehen, Infusionsschläuche zu verknoten oder sich medizinisch notwendige Schläuche zu ziehen, zum Beispiel eine Magensonde oder einen Katheter. Mit der Agitation verbunden ist das Wandering, im Pflegealltag wird es als Weglauftendenz betitelt. Die Patienten laufen aus ihren Zimmern davon, auf der Suche nach etwas Vertrautem und können sich im Krankenhaus oder Altenheim verirren und zu Schaden kommen. Eine weitere Verhaltensweise, die für die Pflege schwierig zu handeln ist, ist die disruptive Vokalisation. Die demenzerkrankten Patienten rufen oder schreien, meistens die Wörter „Hallo“, „Hilfe“ oder „Mama“, damit versuchen sie sich trotz der eingeschränkten Sprachfähigkeit bemerkbar zu machen und sich mitzuteilen. Eine gegenteilige Verhaltensweise ist die Apathie, die genauso herausfordernd sein kann. Die Patienten sind in einem Zustand der Abwesenheit von Emotionen und Interessen sowie der Gleichgültigkeit beziehungsweise Teilnahmslosigkeit.

Zu dem Thema der Entstehung von Gewalt und Aggression kommen verschiedene Theorien zum Tragen. Es gibt sowohl biologische, psychologische und soziologische Aggressionstheorien. In dieser Arbeit wird über diese Theorien nur ein kurzer Überblick gegeben, um eine Vorstellung davon zu geben, wie viele Faktoren dazu beitragen können, dass ein Patient aggressiv und gewalttätig werden kann.

Bei den biologischen Aggressionstheorien liegt der Grundgedanke auf der Evolution. So betrachtet, hatte aggressives Verhalten seine Vorteile, denn in der Hierarchie konnten nur diejenigen aufsteigen, die sich gewalttätig ihren schwächeren Artgenossen gegenüber gezeigt haben und zudem konnten sie ihre Nachkommen dadurch beschützen (vgl. Richter, 2012, S.66). Auf den Kontext Gewalt im Gesundheitswesen übertragen, wird davon ausgegangen, dass Personen sich Vorteile erhoffen, wie zum Beispiel eine bessere und schnellere Behandlung, wenn sie aggressiv auftreten und versuchen, das Personal einzuschüchtern oder gar mit Gewalt gefügig zu machen. Außerdem spielt der Beschützerinstinkt von Angehörigen eine Rolle, die versuchen, den kranken, geschwächten Patienten mit eventueller Gewalt und gezeigter Aggression zu beschützen und für ihn einen Vorteil in seiner Behandlung herauszuschlagen.

Mit dem Thema der psychologischen Aggressionstheorie hat sich Albert Bandura befasst. Er beschäftigt sich mit der Aussage, dass aggressives Verhalten auch durch Modelllernen entstehen kann. Umwelt, psychologische Prozesse, wie zum Beispiel die Fähigkeit Bilder hervorgerufen und zu speichern, wie auch das Verhalten, bedingen sich gegenseitig (vgl. Bandura, 1983). Bei einem seiner berühmtesten Experimente hat Bandura Kindern einen Film gezeigt, in dem eine Frau eine Clownspuppe verprügelt, getreten und beschimpft hat. Danach durften die Kinder in ein Zimmer zum Spielen gehen, wo unter anderem genau die gleiche Puppe und kleine Hämmerchen zu finden waren. Viele der Kinder zeigten die gleichen Verhaltensweisen der Puppe gegenüber, die sie im Film gesehen hatten. Bandura nannte dieses Phänomen, Lernen durch Beobachtung oder Modeling. Auf den Kontext Gesundheitswesen übertragen bedeutet das, dass Patienten oder Angehörige, die gesehen haben, dass jemand durch aggressives Auftreten sich einen Vorteil verschafft hat, diese Verhaltensweise möglicherweise imitieren, um sich den gleichen Vorteil zu verschaffen.

In den soziologischen Aggressionstheorien wird nicht mehr nur das Verhalten zwischen zwei Individuen, sondern der gesellschaftliche Einfluss mitgewertet. Götz Eisenberg berichtet über Aggression als Folge von sozialer und emotionaler Kälte. Wenn Personen in ihrer Kindheit Vernachlässigung, unzureichende Zuwendung, emotionale Kälte beziehungsweise Desinteresse erfahren haben, kann in ihren späteren Leben aggressives Verhalten und Gewalttaten als Folgeerscheinung auftreten. Diese Personen sind auf der Suche nach innerer Geborgenheit, versuchen dieses Defizit mit grandiosen Erfahrungen zu kompensieren. Gewalt und Aggression können das Gefühl von Macht und Überlegenheit geben, das Gefühl, das sie als vernachlässigte Kinder nie bekommen haben (vgl. Eisenberg, Gronemeyer, 1993, S.180). Im Krankheitsfall werden Patienten wieder schutzbedürftiger, sie sind geschwächt und müssen die Kontrolle abgeben. Das kann ein Auslöser dafür sein, die verloren geglaubte Macht durch aggressives Verhalten oder Gewalttaten zurück zu erlangen.

## 2.4 Gesetzliche Grundlagen

Wenn ein tatsächlicher Gewaltangriff von einem Patienten oder einem Angehörigen auf eine Pflegekraft stattfindet, kommen mehrere Gesetze zum Tragen. In diesem Kapitel werden alle benötigten und wichtigen Gesetze behandelt, die ausschlaggebend vor, während und nach einer Gewalttat sind.

Vor einem Gewaltakt wird dem Arbeitsschutzgesetz große Bedeutung zugetragen.

Laut des Arbeitsschutzgesetzes ist der Arbeitgeber dazu verpflichtet, die Arbeit so zu gestalten, „[...]“, dass eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst geringgehalten wird“ (§4 Nr. 1 ArbSchG). Zudem hat der Arbeitgeber „[...]“ durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind“ (§5 Abs. 1 ArbSchG). Die Beurteilung bezieht sich vor allem auf die Aspekte der Gestaltung und Einrichtung des Arbeitsplatzes sowie der unzureichenden Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten und der psychischen Belastung bei der Arbeit. Das Arbeitsschutzgesetz ist die Grundlage für die Konzepte, die in *Kapitel 3* beschrieben werden.

Während ein Angriff auf eine Pflegekraft stattfindet, zum Beispiel wenn sie von einem Patienten geschlagen oder gewürgt wird, darf sie sich laut Gesetz wehren. Dieser Umstand stellt eine nicht rechtswidrige Handlung, laut Strafgesetzbuch dar, insofern die eigene Tat aus Notwehr geboten ist (vgl. §32 Abs. 1 StGB). „Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden“ (§32 Abs. 2 StGB). Das bedeutet, die Pflegekraft darf sich angemessen und zeitnah bei einem Angriff wehren, ohne rechtliche Konsequenzen zu erwarten. Zeitnah bedeutet innerhalb eines Angriffes und nicht erst Stunden danach, denn dies wäre ein Racheakt. Angemessen bedeutet nach Schwere des Angriffs darf auch die Verteidigung stattfinden.

Zur Verdeutlichung wird hier ein Beispiel angeführt: Gegenwehr ist das letzte Mittel, zu dem eine Pflegekraft greifen sollte, erst sollten pädagogische oder psychologische Maßnahmen angewandt werden, um Schaden abzuwenden und Aggressionen zu kanalisieren beziehungsweise zu beenden. Gegenwehr ist nur während des Angriffes zulässig. Das bedeutet, wird die Pflegekraft von einem Patienten mit der Absicht sie zu demütigen angespuckt, darf die Pflegeperson diesem Patienten keine Ohrfeige verpassen, denn der Angriff ist zu dem Zeitpunkt der Ohrfeige schon vergangen und es wäre ein unangemessenes Verhalten der Pflegekraft. Versucht ein Patient einer Pflegekraft Schaden durch einen schweren Gegenstand zuzufügen, lässt ihn auch nach mehrmaliger Aufforderung nicht fallen und versucht mit ihm nach der

Pflegekraft zu schlagen, darf diese den Patienten mit einem Schlag gegen den Arm entwaffnen, um sich selbst vor schweren Schäden zu schützen (vgl. Zimmermann, 2012, S.52).

Wenn eine Gewalttat passiert, kann sich der Patient diverser Straftaten schuldig machen. Einige dieser Straftaten werden hier für einen Überblick aufgelistet. Zu finden sind sie im Strafgesetzbuch unter folgenden Paragraphen:

- §177 Sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung
- §178 Sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung mit Todesfolge
- §184i Sexuelle Belästigung
- §185 Beleidigung
- §211 Mord
- §212 Totschlag
- §222 Fahrlässige Tötung
- §223 Körperverletzung
- §224 Gefährliche Körperverletzung
- §226 Schwere Körperverletzung
- §227 Körperverletzung mit Todesfolge
- §229 Fahrlässige Körperverletzung
- §241 Bedrohung
- §303 Sachbeschädigung

Alle Taten, die passieren könnten, sind im Gesetzbuch verankert und mit entsprechenden Strafen versehen und trotzdem werden die wenigsten Patienten angezeigt. Liegt es daran, dass sie erkrankt sind und deswegen Rücksicht genommen wird oder werden solche Taten auch vom Betrieb her verschwiegen, um negative Presse zu vermeiden? In den Medien wird zwar zunehmend von Angriffen auf Personal in Gesundheitssystemen berichtet, aber die Folgen für die Täter werden weder zu dem Zeitpunkt noch zu einem späteren erwähnt. Wäre es nicht eine Abschreckung für zukünftige Täter, wenn sie wüssten, dass ihre Taten schwere Konsequenzen nach sich ziehen? Man bekommt das Gefühl, dass eine Einrichtung des Gesundheitswesens ein Ort ist, an dem Gesetze, die sonst im ganzen Staat gelten, außer Kraft gesetzt sind. Normalerweise liegen die Strafen bei den oben genannten Taten bei Bußgeldstrafen bis hin zu Gefängnisaufenthalt. Jeder Mensch, der zum Beispiel zum Einkaufen geht und dort von einer anderen Person geschubst, getreten oder geschlagen würde, würde diese Person anzeigen. Im Gesundheitswesen werden solche Angriffe abgetan, ignoriert und einfach ertragen.

Doch welche Gesetze greifen nun, nach einem Gewaltakt gegen das Personal?

Nach einem Angriff während der Arbeitszeit muss dieser bei der Unfallversicherung gemeldet werden. „Die gesetzliche Unfallversicherung ist ein Zweig der Sozialversicherung. Als Pflichtversicherung gleicht sie Gesundheitsschäden aus, die Versicherte infolge einer versicherten Tätigkeit erleiden. Gesetzliche Grundlage ist das Siebte Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII)“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2019, o.S.).

Laut Paragraph 1 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch, in dem es um Prävention, Rehabilitation und Entschädigung geht, sind die Aufgaben der Unfallversicherung „[...] mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“ (§1 Nr. 1 SGB VII) und „[...] nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen“ (§1 Nr. 2 SGB VII).

Gewalttaten werden vor dem Gesetz wie ein Arbeitsunfall behandelt, weshalb in diesem Fall die Unfallversicherung greift. Der Arbeitsunfall ist im Siebten Buch Sozialgesetzbuch umfassend definiert. „Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach § 2, 3 oder 6 begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen“ (§8 Abs. 1 SGB VII).

### **3 Methodik**

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken „PubMed“, „Google Scholar“ sowie „CINAHL“ mit den Suchbegriffen „Handlungsleitfaden“, „Gewalt“ und „Pflegerkräfte“ durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine Suche auf den Seiten von Fachgesellschaften und -verbänden, wie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrt, der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung und des Instituts ProDeMa sowie eine Handrecherche in der Bibliothek der Evangelischen Hochschule Nürnberg. Im Intranet des Klinikums Nürnberg wurde nach bestehenden Handlungsleitfäden zur Gewaltprävention gesucht. Bei der Suche wurden lediglich Handlungsleitfäden eingeschlossen, die im Zeitraum von 2000 bis 2019 veröffentlicht wurden und nur die Zielobjekte Einrichtungen im Gesundheitswesen betrafen. Anschließend wurde die gefundene Literatur in Bezug auf die Fragestellungen beurteilt und auf ihre Qualität und Glaubwürdigkeit hin überprüft. Hierbei wurde bewusst nur deutschsprachige Literatur berücksichtigt, da sich die Gesundheitssysteme in anderen Ländern von dem in Deutschland unterscheiden. Somit wurde sichergestellt, dass die Handlungsleitfäden an das deutsche Gesundheitssystem angepasst sind, was einer besseren Vergleichbarkeit der identifizierten Ergebnisse dient.



## **4 Handlungsleitfäden**

In dem Hauptteil dieser Arbeit werden verschiedene Handlungsleitfäden zur Prävention, Schulung und Nachsorge dargestellt. Die Handlungsleitfäden werden nach verschiedenen selbst-erstellten Kriterien zuerst beschrieben und dann beurteilt. Die Kriterien beziehen sich auf Informationsweitergabe, Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag, das Setting und Verständlichkeit für alle betroffenen Mitarbeiter.

### **4.1 Gewalt und aggressives Verhalten am Arbeitsplatz**

Der folgende Handlungsleitfaden wurde für das Klinikum Nürnberg für seine beiden Standorte, Nürnberg Nord und Nürnberg Süd entwickelt.

In diesem Handlungsleitfaden wird als erstes ein Überblick über die Begriffe von aggressivem Verhalten, Gewalt und Patientenübergriffen gegeben. Am Ende werden die Mitarbeiter aufgefordert, eine genaue Verwendung der Begrifflichkeiten einzuhalten und eine differenzierte Verhaltensbeschreibung bei Informationsweitergabe zu verwenden, um bei den Kollegen oder Mitarbeitern eine negative Voreinstellung dem Patienten gegenüber zu verhindern (vgl. Klinikum Nürnberg, 2018, S.4).

Danach folgen Verhaltensweisen, wie das Personal sich in einer eskalierenden Situation und bei Übergriffen zu verhalten hat. Bei einer eskalierenden Situation sollen die Grundregeln der Deeskalation helfen, Gewalt zu vermeiden: Eine adäquate verbale Kommunikation, wie Kontakt herzustellen, Spiegeln des Gesagten, die nonverbale Kommunikation, das bedeutet Vermeidung provozierender Körpersprache und Handlungen, und zu guter Letzt die Einhaltung des Individualabstandes.

Bei einem körperlichen Angriff sollten die im Folgenden aufgeführten Hinweise beachtet werden. Erstens, auf einen Sicherheitsabstand zu achten und immer außerhalb der Arm- und Beinreichweite des Angreifers zu bleiben. Zweitens, Fürsorge, das heißt, wenn möglich, sollen andere bedrohte Personen in Sicherheit gebracht werden. Drittens, Flucht: Die Situation verlassen und sich selbst in Sicherheit bringen. Viertens, den Notruf wählen, Hilfe einfordern durch den internen Sicherheitsdienst oder die Polizei (vgl. Klinikum Nürnberg, 2018, S.5).

Danach folgt im bestehenden Handlungsleitfaden ein Überblick über die rechtliche Situation. Es wird der Begriff Notwehr erklärt, der in dieser Bachelorarbeit schon definiert wurde. Ein wichtiger Aspekt im Handlungsleitfaden für das Pflegepersonal ist der Punkt des Hausrechts/ Hausverbots. Denn sind Angehörige für Störungen im medizinischen Bereich, Ablauf der Station oder auf Übergriffe auf Personal oder andere Patienten verantwortlich, sind die Pflegekräfte befugt ein sofortiges Hausverbot auszusprechen. Bei einem übergriffigen Patienten ist die medizinische Behandlung zu beachten. Ist er entlassungsfähig, kann das Hausrecht

ausgeübt werden. Ist er behandlungspflichtig, aber bedarf nicht der Versorgung durch einen Maximalversorger, kann eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus in Betracht gezogen werden. Benötigt er die Versorgung im Haus, darf das Hausrecht nicht ausgeübt werden. Ansonsten würde es einen Behandlungsfehler darstellen und zu einer Haftung führen gegebenenfalls auch zur Strafbarkeit. Die Entscheidung bei übergreifigen Patienten obliegt dem zuständigen Stationsarzt (vgl. Klinikum Nürnberg, 2018, S.6).

Im nächsten Kapitel des Konzepts werden die verschiedenen Hilfsangebote dargestellt. Nach einem Angriff folgen die 6 B's zur kollegialen Ersthilfe. *Beruhigen*, das heißt der Betroffene soll spüren, dass er in dieser Situation nicht allein ist und Hilfe erhält. Vorsichtiges *Berühren*, zum Beispiel der Hand oder wenn es angemessen ist, die Person in den Arm nehmen. Vor *Blicken von Schaulustigen schützen* und einen ruhigen Ort aufsuchen. Die vorgefallene Situation *besprechen*, den Betroffenen reden lassen und ihm zuhören. Die Not des Betroffenen *nicht bagatellisieren*, sondern unvoreingenommen ernst nehmen. Die Person nach Hause oder in die Notaufnahme *begleiten*. In den Folgetagen, so wie in sechs Monaten nach dem Übergriff soll ein Gespräch über die Situation stattfinden. Bei körperlichen Verletzungen soll die betroffene Pflegeperson in die Notaufnahme oder in die zuständigen Kliniken, die die verletzten Körperpartien optimal versorgen können, zum Beispiel Augenklinik oder HNO-Klinik (vgl. Klinikum Nürnberg, 2018, S.8). Bei einem ausgeprägten Gewalterlebnis ist auch eine sofortige Kontaktaufnahme mit der Klinik für psychosomatische Medizin oder der Psychiatrie möglich (vgl. Klinikum Nürnberg, 2018, S.9).

Bei den verschiedenen Hilfsangeboten sind sowohl die Anlaufstellen sortiert und sichtbar aufgezeigt, mit den jeweiligen Telefonnummern, in welchem Haus im Klinikum Nürnberg sie zu finden sind, die Öffnungszeiten, wie auch die Ausweichmöglichkeiten, wenn die Stellen geschlossen sind. Auch die verschiedenen Kurz- und Langzeittherapien, die das Klinikum den Mitarbeitern nach Gewalterlebnissen zur Verfügung stellt, werden aufgegriffen und die entsprechende Ansprechperson mit Telefonnummer aufgeführt.

Ein wichtiges Augenmerk wird in diesem Handlungsleitfaden auf die mitmenschliche Zuwendung und die Hilfe durch das Team und die Führungskraft gelegt. Die Führungskraft hat auf Grund ihrer Fürsorgepflicht eine besondere Verpflichtung, sich aktiv um die Betreuung des Betroffenen zu kümmern. Zudem ist es wichtig, dass das Team Sorge und Einfühlung signalisiert und Probleme und Beschwerden ernst nimmt (vgl. Klinikum Nürnberg, 2018, S.10).

Da es sich wie bei allen Gesundheitssystemen, um einen wirtschaftlichen Betrieb handelt, besteht eine Dokumentationspflicht über die vorangegangene Situation.

Nach Patientenübergreifen muss ein innerbetrieblicher Meldeweg stattfinden. Ein dafür vom Qualitätsmanagement erstelltes Formular muss aufgrund der Meldepflicht von allen Übergreifen von einem Mitarbeiter oder der Führungskraft ausgefüllt werden. Wenn die Führungskraft noch nicht informiert wurde, ist der nächste Schritt, diese über die Situation zu unterrichten.

Zusätzlich ist eine Unfallmeldung zu erstellen, wenn der Übergriff eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod des Versicherten zur Folge hat. Eine Unfallanzeige ist auch zu erstellen, wenn eine ärztliche Behandlung stattgefunden hat (vgl. Klinikum Nürnberg, 2018, S.11).

Eine Strafanzeige muss die betroffene Pflegekraft persönlich erstatten. Als Anhang des Handlungskonzepts zu finden ist eine Checkliste *Sofortmaßnahmen*, die sich auf die 6 B's bezieht. Dann sind nochmalig sortiert die Adressen der jeweiligen Ansprechpartner aufgelistet, ein Link zur Unfallmeldung und ein Formblatt zur Erstellung einer Strafanzeige sowie eine Checkliste zur Gewaltprävention. In der Checkliste sind die Gewaltpräventionen unterteilt in verschiedene Bereiche bezeichnet mit A, B, C und D. Unter A geht es um die Organisation des Sicherheit- und Notfallmanagements des Klinikum Nürnbergs. Unter B findet man Fragen zu baulichen Aspekten im Arbeitsbereich. In Abschnitt C werden dann die spezifischen baulichen Aspekte im persönlichen Arbeitsbereich erläutert. Zuletzt werden unter D Fragen zu Schulung, Nachsorge und Hausrecht gestellt. Das Ziel der Checkliste ist, festzustellen, ob das vorhandene Sicherheitsniveau ausreichend ist oder ob weitere Maßnahmen durchzuführen sind. Nach jeder Frage können zwei Optionen angekreuzt werden, wenn „ja“ angekreuzt wird, ist kein weiterer Handlungsbedarf notwendig. Bei „nein“ ist Handlungsbedarf notwendig und die weiteren Spalten „Maßnahmen-Konsequenz“, „verantwortlich“ und „bis wann“ müssen ausgefüllt werden.

### **Bewertung dieses Handlungsleitfadens:**

#### Setting:

Der erste Handlungsleitfaden wurde von der Sachgebietsleitung des Personalmanagements des Klinikums Nürnberg erstellt und findet im Setting der beiden Standorte des Klinikums Nürnberg Anwendung. Es wurde ausschließlich für Gewaltangriffe im Klinikum Nürnberg konzipiert. Es ist 13 Seiten lang und für jeden Mitarbeiter des Klinikums im hauseigenen Intranet zugänglich.

#### Informationsweitergabe und Verständlichkeit:

Die Informationsweitergabe über Gewalt und Aggression und das Verhalten danach wird in verständlichen Worten wiedergegeben, die Anlaufstellen für die Betroffenen von Gewalttaten sind in Tabellen abgedruckt und jeweils mit Telefonnummern, Ansprechpartnern und Standorten im Klinikum vermerkt. Zudem werden alternative Anlaufstellen genannt, wenn die Gewalttat am Wochenende oder in der Nacht passiert ist. Auch die Informationen über angemessene und erwünschte Verhaltensweisen nach einem Übergriff sind strukturiert dargestellt und mit Beispielen versehen, was einer besseren Verständlichkeit dient. Zur besseren Merkfähigkeit werden sie mit 6 B's tituliert. Auch Informationen über das Recht der Pflegekraft bei

aggressivem Verhalten Hausverbot zu erteilen, beziehungsweise die hausinterne Regelung darüber, wird genau dargestellt. Zur besseren Verständlichkeit wird jedes möglich auftretende Szenario aufgezeigt. Das kann gut im Arbeitsalltag umgesetzt werden.

In diesem Handlungsleitfaden fehlen jedoch Statistiken, Zahlen und Fakten über die Häufigkeit der stattgefundenen Übergriffe, welche Stationen besonders betroffen sind und eine bessere Darstellung des Verhaltens des Betroffenen während eines Übergriffs. Es wird eher auf die Maßnahmen nach einem Gewaltereignis eingegangen, als auf die Vermeidung desselben. Deeskalierende Maßnahmen kommen in diesem Handlungsleitfaden kaum zur Geltung. Es werden lediglich die Grundregeln der Deeskalation beschrieben, darüber hinaus findet keine tiefgreifendere Auseinandersetzung mit diesem Thema statt. Bei den rechtlichen Grundlagen wird kurz die Notwehr erwähnt, jedoch fehlen die Pflichten, die das Unternehmen, laut Arbeitsschutz, hat. Auch die rechtliche Seite, die bei Fixierungsmaßnahmen zum Tragen kommt, bleibt unerwähnt. Es fehlen Informationen über die verschiedenen Arten von Gewalt und deren Entstehung. Im Centrum für Kommunikation, Information und Bildung (Cekib) des Klinikums Nürnberg finden Seminare zur Deeskalation von ProDeMa statt. Es ist jedoch keine Pflichtfortbildung und es gibt auch nicht in jedem Haus des Klinikums einen Deeskalationsmanager. Seit 2018 wurde jedoch der interne Sicherheitsdienst im Klinikum ausgeweitet, aufgrund der Zunahme an Übergriffen. Im Handlungsleitfaden wird viel Wert auf die angemessene und zeitnahe Dokumentation nach Gewalttaten und die sofortige Unterrichtung der Führungskraft gelegt.

#### Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag:

Die Anlagen sind verständlich geschrieben und die Formulare leicht ausfüllbar. Die zuständigen Nummern und Adressen sollten auf der Station ausgehangen werden, damit sie im Notfall sofort zugänglich sind. Sie sind geordnet und an jede Situation angepasst. Die 6 B's sind sinnvolle Maßnahmen, die nach einem Übergriff angewendet können, sollten aber im Team immer wieder kommuniziert werden, damit die Mitarbeiter im Team sie in Notfallsituationen abrufen können. Und sie sollten authentisch von den Pflegekräften angewendet werden, um das erlebte Trauma des Betroffenen nicht zusätzlich zu verstärken.

## **4.2 Professionelles Deeskalationsmanagement**

Der folgende Handlungsleitfaden wurde von der Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW) erstellt, um ihn allen Verantwortlichen und Mitarbeitern Informationen zum Umgang mit dem Thema Gewalt und Aggression zur Verfügung zu stellen. Es wird nicht zwischen Kliniken und

anderen Unternehmen im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel Alten- und Pflegeheimen, unterschieden.

Der Handlungsleitfaden beginnt mit einer Einführung zu den Themen Gewalt und Aggression in menschlichen Systemen, in den Gesundheitsberufen sowie zur Verbreitung von Aggression in den Gesundheitsberufen und den versicherungsrechtlichen Aspekten. Die Gründe, die für Gewalt und Aggression im Gesundheitswesen genannt werden lauten: „Inneres Spannungsfeld, Hohes Aggressionspotential, Mangelnde Einsicht in Maßnahmen, Betreuung und Behandlung werden als Gewalt empfunden, Stärke und zahlreiche Stressoren für Mitarbeiter, Schwierige Helferbeziehung, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit und Erwartungsdruck an Patienten und Mitarbeiter“ (UKBW, 2005, S.8).

Im nächsten Unterkapitel wird eine Grafik dargestellt aus den im Jahr 2001 gemeldeten Unfällen. 11% der gemeldeten Unfälle auf den Stationen und in den Wohnbereichen wurden durch Patientenübergriffe verursacht, in psychiatrischen Fachkliniken beträgt der Anteil der Patientenübergriffe 50% der Unfallmeldungen (vgl. UKBW, 2005, S.9). Bei den versicherungsrechtlichen Aspekten wird auf die Funktion und die Aufgaben einer Unfallkasse eingegangen und welche Kosten sie bei Verletzungen durch Arbeitsunfälle trägt (vgl. UKBW, 2005, S.10).

Im zweiten Kapitel werden die theoretischen Grundlagen beschrieben, die Begriffe Ärger, Wut, Gewalt und Aggression werden definiert.

Im dritten Kapitel werden Informationen über ein Deeskalationskonzept, das Stufenmodell zur Deeskalation gegeben. „Deeskalation ist eine Maßnahme, welche die Entstehung oder die Steigerung von Gewalt und Aggression erfolgreich verhindern kann. Das Ziel jeder Deeskalationsmaßnahme ist es, aggressions- oder gewaltbedingte psychische oder physische Beeinträchtigungen oder Verletzungen eines Menschen zu vermeiden, wann und wo immer das möglich ist“ (UKBW, 2005, S.19). Das im dritten Kapitel vorgestellte Deeskalationskonzept unterscheidet sechs verschiedene Stufen der Deeskalation und jede Stufe ist ausschlaggebend für den optimalen Umgang mit Gewalt und Aggression in einer Institution. In der Deeskalationsstufe 1 geht es um die Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression. In der Stufe 2 sollen die Sichtweisen und die Interpretation von aggressivem Verhalten verändert werden. In Stufe 3 soll ein Verständnis für die Ursachen und die Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen geschaffen werden. In der Deeskalationsstufe 4 werden kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten dargestellt. In Stufe 5 werden patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken bei Angriffen von Patienten gezeigt und in der letzten Stufe des Deeskalationsmodells gibt es Informationen zu patientenschonenden Immobilisations- und Fixierungstechniken.

Im vierten Kapitel dieses Konzeptes werden Vorschläge gebracht, das *Professionelle Deeskalationsmanagement* in Institutionen in den Alltag einzugliedern. Das Ziel ist die Minimierung der Anwendung von Gewalt und der optimale Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen. Um

dieses wichtige Qualitätsziel zu erreichen, müssen die Institutionen selbst die Qualitätskriterien festlegen, die sie im Alltag im Umgang mit Gewalt und Aggression erreichen möchten. Dieses Ziel sollte sich auch im Leitbild jedes Unternehmens wiederfinden. Es wird im Kapitel nochmals darauf hingewiesen, dass es sich bei dem Deeskalationsmanagement nicht nur um den Schutz des Mitarbeiters handelt, sondern dass auch ein Patient den Anspruch auf ein professionell ausgebildetes Team hat, wenn er Aggressionen zeigt, die krankheitsbedingt oder durch institutionelle Gewalt ausgelöst wurden, um sich selbst und andere zu schützen. Ein gutes Deeskalationsmanagement soll demnach die Herstellung und Sicherung der Qualität im Umgang mit Gewalt und Aggression garantieren (vgl. UKBW, 2005, S.62). Die Inhalte sollen sich aus folgenden konzeptionellen Aspekten zusammensetzen: Definition des Umgangs mit Aggression und Gewalt im Leitbild, Festlegung von Qualitätszielen und -kriterien, Durchführung einer Gefährdungsanalyse, Reflektion von strukturellen Gewaltfaktoren, wie zum Beispiel Stationsregeln und der Hausordnung, Aufbau eines Beschwerdemanagements, Fortbildungsmaßnahmen zu allen Themen der Gewalt und Aggression entsprechend, wie zum Beispiel auch professionellen Fixierungsmaßnahmen oder Kommunikationstechniken, Einrichtung eines Notrufsystems, allgemeine Regelungen und Verfahrensanweisungen bei aggressiven Vorfällen und zur Dokumentation, wie auch die Nachsorgeregulungen für die geschädigten Mitarbeiter. Um diese Umsetzung sinnvoll ins Unternehmen einzugliedern sollte eine Person oder ein Team die Verantwortung dafür übernehmen. Diese Personen sollten ihren Tätigkeiten entsprechend geschult sein und über die nötigen Kenntnisse verfügen.

Im letzten Kapitel des Handlungsleitfadens der Unfallkasse wird darauf hingewiesen, dass die Arbeitsplätze und die Arbeit so einzurichten und zu regeln sind, dass der Mitarbeiter vor Gefahren geschützt ist, es werden Paragraphen aus dem Arbeitsschutzgesetz und dem BGB zur Unterstützung dieser Aussagen hinzugezogen. Außerdem wird die Gefährdungsanalyse bildlich dargestellt, die ein wichtiger Aspekt für die Beurteilung von Gefahrensituationen und der entsprechenden Maßnahmen bildet (vgl. UKBW, 2005, S.64). Es werden die Schutzmaßnahmen *Deeskalation*, *Notfallpläne* und *Nachsorge* nochmals aufgegriffen und ihre Notwendigkeit herausgestellt. Am Schluss folgt das Angebot zur Ausbildung von Deeskalationstrainern bzw. -beratern. Das Angebot richtet sich an Mitgliedsunternehmen der Versicherung, die ein Deeskalationsmanagementsystem aufbauen wollen. Die ausgewählten Mitarbeiter können Spezialwissen in einer 10-tägigen Ausbildung erwerben. Die Inhalte der Ausbildung sind:

- Den Zusammenhang zwischen struktureller Gewalt oder sonstigen aggressionsauslösenden Bedingungen des Stationssettings und der Aggression eines Patienten aufzeigen, reflektieren und ggf. verändern.
- Für eine stärkere Differenzierung der Verhaltensbeschreibung eines Patienten im Team sorgen.

- Vorsichtsmaßnahmen im Umgang mit aggressiven Patienten festlegen, vermitteln und auf deren Einhaltung achten.
- Mitarbeiterschulung über verbale Strategien zur Deeskalation bei gespannten oder aggressiven Patienten durchführen.
- Möglichkeiten zur aggressionsfreien Konfliktlösung darstellen und in Situationen einbringen.
- Einfache Selbstverteidigungstechniken zur Abwehr und Flucht bei Übergriffen vermitteln.
- Effektive und optimale Immobilisations- und Fixierungsstrategien aufzeigen und im Team einüben.
- Nach einem Übergriff den Erstkontakt zum Mitarbeiter herstellen und weitere Kriseninterventionsmaßnahmen einleiten.

Die Mitarbeiter können sich auch für eine drei bis fünftägige Inhouse Schulung anmelden, um Basiswissen zu der Thematik „Umgang mit Gewalt und Aggression“ zu erhalten. Abgeschlossen wird der Handlungsleitfaden mit einem Literaturverzeichnis und Informationen zu den Autoren sowie den Kontakt zur Unfallkasse.

### **Bewertung des Handlungsleitfadens:**

#### Setting:

Der Handlungsleitfaden wurde von einer Unfallkasse erstellt und ist nicht an ein bestimmtes Setting wie Krankenhaus oder Alten- und Pflegeheim gebunden. Es richtet sich in erster Linie an die Versicherten bei dieser Unfallkasse und auch die Seminare, die am Schluss des Handlungsleitfadens angeboten werden, sind für diese Klienten bestimmt.

#### Informationsweitergabe und Verständlichkeit:

Der Handlungsleitfaden ist 69 Seiten lang und behandelt ausführlich die verschiedenen Arten und Gründe von Aggression und Gewalt gegen Pflegekräfte. Der Handlungsleitfaden ist in verständlichen Worten geschrieben, jedoch muss der Zeitaufwand für das Lesen und Durcharbeiten hier als Contra benannt werden. Das Deeskalationsmanagement nimmt im Handlungsleitfaden einen besonderen Stellenwert ein, es wird ausführlich ein Deeskalationskonzept in seinen gesamten Schritten dargestellt. Auch werden Informationen über die Zahl der Übergriffe, die der Unfallkasse gemeldet wurden, genannt und in welchem Setting diese passiert sind. Die im Handlungsleitfaden dargestellten Vorschläge zur Eingliederung vom Deeskalationsmanagement im Unternehmen spielen vor allem für Führungskräfte eine Rolle. Die Wichtigkeit des Aufbaus eines gut funktionierenden Deeskalationsmanagements zum Schutz der Mitarbeiter vor Übergriffen kommt im Handlungsleitfaden gut zur Geltung. Maßnahmen, die

das Personal nach einem Übergriff anwenden soll, um bei dem Betroffenen richtig zu reagieren, werden in diesem Handlungsleitfaden nicht erwähnt.

#### Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag:

Die theoretischen Grundlagen zur Deeskalation werden gut beschrieben und bieten dem Mitarbeiter sowie den Führungskräften ausreichend Informationen zu dem Thema. Auch werden Praxisbeispiele zur Verdeutlichung der verschiedenen Stufen der Deeskalation aufgeführt. Die präventiven Maßnahmen sind verständlich dargestellt worden, können aber im Arbeitsalltag nur durch eine entsprechende Schulung angewendet werden, auf die am Schluss des Handlungsleitfadens hingewiesen wird. Diese Schulung wird von der UKBW ausschließlich für ihre Versicherungsmitglieder angeboten. Die Ausbildung zum Deeskalationstrainer kann jedoch auch bei anderen Instituten absolviert werden, wenn keine Mitgliedschaft bei der UKBW vorliegt. Trotzdem können sich Mitarbeiter einzelne Techniken verinnerlichen, wie zum Beispiel die richtige Körperhaltung, Mimik und Gestik, um nicht provozierend zu wirken. Der Inhalt dieses Handlungsleitfadens kann gut auf ein anderes Setting im Gesundheitswesen, sprich Krankenhaus oder Alten- und Pflegeheim übertragen werden.

### **4.3 Gewalt in der Zentralen Notaufnahme**

Der folgende Handlungsleitfaden wurde von der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) erstellt und an der zweiten Jahrestagung in Hamburg vom Vorsitzenden Wolfgang Droste vorgestellt. Dieser Handlungsleitfaden wurde auf die Situationen in den Notaufnahmen abgestimmt und wendet sich vor allem an die Mitarbeiter und Führungskräfte der Notaufnahmen.

Als erstes wird die Situation dargestellt, dass Pflegepersonen von denen attackiert werden, denen sie helfen möchten. Danach wird das Basiswissen erläutert, das für Pflegepersonal erforderlich ist, um sich vor körperlichen Übergriffen schützen zu können. Es wird auf die unterschiedlichen Bedeutungsfelder von Aggression und Gewalt hingewiesen und dass Aggressivität lebenswichtig ist, denn sie dient der Verteidigung und Erhaltung der menschlichen Interessen und Bedürfnisse (vgl. DGINA, 2007, S.3). Zudem wird ein Ergebnis aus der Neurobiologie und der Entwicklungspsychologie dargestellt, bei dem es heißt, dass jeder Mensch in der Lage ist, unter bestimmten Umständen und Bedingungen mit destruktiver Aggression zu reagieren (vgl. DGINA, 2007, S.4).

Danach folgen einige Definitionen von Aggression und Gewalt. Um die Entstehung von Aggression verständlicher darzustellen folgt ein Schaubild über das Frustrations-Aggressions-Modell in Anlehnung an John Dollard, das besagt, dass Aggression immer das Ergebnis von



Frustration ist (vgl. Dollard et al., 1939, zitiert nach DGINA, 2007, S.7). Und je stärker die Frustration, desto stärker auch das auftretende aggressive Verhalten. Als Faktoren, die Frustration verursachen können, nennt der Verfasser Desintegration, Perspektivlosigkeit, Unsicherheit und das Gefühl des Kontrollverlusts und die feindselige Wahrnehmung der Umwelt. Aber in Anlehnung an die soziale Lerntheorie von Albert Bandura wird davon ausgegangen, dass aggressives Verhalten auch erlernt wurde und durch persönliche Erfahrungen die Verhaltensweisen gesteuert werden (vgl. DGINA, 2007, S.7). Einer Untersuchung des bayerischen Justizministeriums zufolge, ist Gewalt allgegenwärtig und um dies zu untermauern wird das Beispiel eines durchschnittlichen 14-Jährigen genannt, der mit seinen jungen Jahren bereits um die 14.000 Todesszenen in Filmen gesehen hat (vgl. DGINA, 2007, S.9).

Des Weiteren werden die Hintergründe der steigenden Gewaltbereitschaft in unserer Gesellschaft genannt. Diese sind Mangel an Empathie, Sprachlosigkeit und Mangel an argumentativen Fertigkeiten, Angst wegen sozialer oder erlebter Minderwertigkeit, Langeweile und die Suche nach dem medialen Nervenkitzel, die eigene Vergangenheit als Opfer von Gewalt, familiäre Entwurzelung, exzessiver Konsum von medialer Gewalt und dessen Nachahmung und Enthemmung durch eingenommene Suchtmittel (vgl. DGINA, 2007, S.11). In der polizeilichen Kriminalstatistik von 2006 werden die regional unterschiedlichen Häufigkeiten von Gewaltdelikten betrachtet. In Deutschland waren 2006 vor allem die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die Spitzenreiter bei der Häufigkeit von Gewaltdelikten. Die Aussage dieser Statistik ist, dass sich in den Notaufnahmen die Gesellschaft widerspiegelt und die sozialen Problemgruppen, im Umfeld eines Krankenhauses, die Atmosphäre der Notaufnahme beeinflussen (vgl. DGINA, 2007, S.12).

Danach folgen Daten von straffällig gewordenen Personen. Zum Beispiel, dass 93% der Taten in der Notaufnahme von Männern ausgingen, dass 78% zwischen 20 und 40 Jahre alt waren und dass 70% in der Gesellschaft desintegriert waren (vgl. DGINA, 2007, S.13). Das Ergebnis einer finnischen Studie von 1999 zeigt auf, dass 43% aller Gewaltfälle Berufe aus dem Gesundheitswesen betreffen. In diesem Konzept werden die Risikoarbeitsplätze in Kliniken aufgezeigt. Betroffen sind Einzelarbeitsplätze, damit sind die Nachtwachen auf Station gemeint, geriatrische Stationen, Psychiatrien und Notaufnahmen. Vor allem nehmen in diesen die Gewalttaten am Abend und an den Wochenenden signifikant zu (vgl. DGINA, 2007, S.16). Auch sind vor allem Berufsanfänger besonders gefährdet, Opfer von Übergriffen zu werden.

Es folgen Informationen über verschiedene Medikamente, die Aggressivität steigern oder erzeugen können, wie aktivierende Antidepressiva, Schilddrüsenhormone, Antiepileptika und Barbiturate, Parkinsonmedikamente, Coffein, Benzodiazepin-Tranquilizer und Benzodiazepin-Schlafmittel (vgl. DGINA, 2007, S.19). Das Institut für Biomedizinische und Pharmazeutische Forschung in Nürnberg hat herausgefunden, dass für Gewalttaten in den Notaufnahmen in fast allen Fällen alkoholisierte Patienten oder Begleitpersonen verantwortlich sind und diese

immer jünger werden. Vor allem am Wochenende kommt es zu Übergriffen in den Notaufnahmen, da der Drogenkonsum steigt und zum Beispiel Ecstasy den Serotoninspiegel im Gehirn nachweislich um 70% senkt. Bei Serotoninmangel können die Symptome gesteigerte Reizbarkeit, schlechte Laune, vermehrte Ängstlichkeit und verstärkte Schmerz Wahrnehmung auftreten (vgl. DGINA, 2007, S.20).

Auf der nächsten Seite folgen die Problemgruppen, die zu gewalttätigen Verhalten neigen. Genannt werden sowohl Patienten als auch die Begleitpersonen mit Demenz, nach Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch, mit antisozialen oder dissozialen Persönlichkeitsstörungen oder mit psychiatrischen Störungen, zum Beispiel wahnhaftes Erleben (vgl. DGINA, 2007, S.21). Um zu verstehen, warum Gewalt angewendet wird, wird im Handlungsleitfaden beschrieben, dass Gewalttätigkeit auch eine Form von Kommunikation sein kann, wenn andere Mittel nicht zu Verfügung stehen oder wenn Personen überfordert sind und mit konventionellen Mitteln nicht an ihr Ziel gelangen. Deshalb sollen die Pflegekräfte soziale Verhaltensweisen, Mimik und Gestik detailliert wahrnehmen und versuchen den Kontext einer Situation richtig zu erfassen. Das Ziel ist es mit dem Patienten in eine nicht-gewalttätige Kommunikation zu treten (vgl. DGINA, 2007, S.24). Konflikterzeugende Kommunikation soll vermieden werden, zum Beispiel Kritik vor anderen Menschen, Verwendung von Schimpfwörtern, Bevormundung, abfällige Bemerkungen, Unterhaltung über den Patienten aber nicht mit ihm und Desinteresse (vgl. DGINA, 2007, S.25). In der Notaufnahme gibt es ein schon vorhandenes Spannungsfeld zwischen Patienten und Pflegepersonal, in dem es leicht zu Übergriffen kommen kann. Die Patienten sind ängstlich oder wütend, haben Schmerzen, erleben einen Autonomieverlust oder persönliche Krisen. Mitunter weisen sie eine Einschränkung in der Kommunikation und in ihrem Intellekt auf. Das Pflegepersonal hat auf der anderen Seite mit hoher Belastung, Zeitdruck, hoher Verantwortung, Überbelegung, Teamkonflikten, Konfrontationen mit Tod und Leid zu kämpfen (vgl. DGINA, 2007, S.29). Die Reaktionen, die auf Gewalt folgen, richten sich nach der individuellen Persönlichkeit, gelernten Verhaltensmustern, der beruflichen oder privaten Umgebung und den gesellschaftlichen Erwartungen. Die Reaktionen können passiv oder aktiv sein. So können Übergriffe akzeptiert oder zu vermeiden versucht werden, man kann sich verbal verteidigen, verhandeln oder sich körperlich wehren (vgl. DGINA, 2007, S.31). Um Übergriffe zu vermeiden, sollen die Patienten über die notwendigen und geplanten Maßnahmen angemessen informiert werden (vgl. DGINA, 2007, S.32). Bei bekannten aggressiven Patienten sollen die Untersuchungsräume dementsprechend hergerichtet werden: keine spitzen oder scharfen Gegenstände im Raum, Notrufknopf vorhanden, Türe nach außen hin zwecks Fluchtmöglichkeit offenbar und ein Bett mit Fixierungssystem vorbereiten (vgl. DGINA, 2007, S.34). Auch der Arbeitgeber muss unterstützende Faktoren anbieten, um die Sicherheit seiner Mitarbeiter zu gewähren. Ein Personenschutzsystem muss ebenso vorhanden sein, wie Standards und Verfahrensanweisungen, Fortbildungen und Trainings, ein

Deeskalationstrainer auf Station, Team- und Einzelsupervisionen und abschließbare Mitarbeiteräume (vgl. DGINA, 2007, S. 35). Zudem werden Grundregeln der Deeskalation genannt, um Gewalt zu vermeiden. Dazu zählt mit dem Patienten eine adäquate und verbale Kommunikation zu führen, sprich eine ruhige und klare Aussprache, eindeutige Aussagen und die Vermeidung von komplizierten Formulierungen. Bei der nonverbalen Kommunikation wird dazu geraten, auf die Einhaltung des Individualabstandes zu achten und provozierende Körpersprache und Handlungen zu vermeiden (vgl. DGINA, 2007, S.43). Das Anti-Gewalt-Projekt des Landeskriminalamtes Berlin empfiehlt als Verhaltensweisen zum Umgang mit aggressiven Klienten, den Ernstfall zu üben, eigene Gefühle ernst zu nehmen, Fluchtwege immer frei zu lassen, Selbstverteidigung zu lernen, souverän zu bleiben und Kollegen um Hilfe zu bitten (vgl. DGINA, 2007, S.44). Auch die Universitätsklinik Bern gibt Techniken für den Umgang mit Erregten und Gewalttätigen an. Zu diesen Techniken gehören, sich in die Situation und das emotionale Erleben des Patienten hineinzusetzen und dies zu verbalisieren, die eigene Angst nicht zu verstecken, das Thema, das die Wut ausgelöst hat zu wechseln und Patienten auffordern zu wiederholen, was sie gesagt haben, um sie in ihrem aggressiven Ablauf zu unterbrechen, das bedeutet ihre Aussagen reflektieren zu lassen (vgl. DGINA, 2007, S.45).

Die Frage, warum das Pflegepersonal am häufigsten von Patientenübergriffen betroffen ist, ist eine entscheidende. Beantwortet wird sie damit, dass Pflegekräfte länger Patientenkontakt haben, sie müssen die Regeln, Vorschriften, Anordnungen und Routineabläufe gegenüber dem Patienten durchsetzen und durchführen (vgl. DGINA, 2007, S.37). Es wird noch mal auf die Wichtigkeit der Dokumentation von Gewaltübergriffen hingewiesen und die sofortige Informationsweitergabe an Vorgesetzte, Kollegen oder die Polizei. Auch folgt eine Information über die Notwehr und den rechtfertigenden Notstand bei körperlichen Übergriffen.

Am Schluss des Handlungsleitfadens folgen die Internetadressen von Deeskalationsmanagement-Fortbildungsinstituten.

### **Bewertung des Handlungsleitfadens:**

#### Setting:

Der Handlungsleitfaden von DGINA ist in erster Linie auf das Setting der Notaufnahme spezialisiert, jedoch könnte es auch auf anderen Stationen im Krankenhaus oder auf Bereichen in der Altenhilfe Anwendungen finden. Der Handlungsleitfaden umfasst 51 Seiten.

#### Informationsweitergabe und Verständlichkeit:

In diesem Handlungsleitfaden werden aus verschiedenen Studien oder Statistiken Zahlen und Fakten gezeigt, um die Wichtigkeit zu unterstreichen, sich mit dem Thema Gewalt und Aggression gegen Pflegekräfte auseinanderzusetzen und Lösungen für das Problem zu finden. Dargestellt werden die Informationen mit Diagrammen, Zahlen und den Hauptergebnissen von

verschiedenen Studien und Fachgesellschaften. Es folgen Erklärungen, wie Gewalt entsteht, welche Faktoren sie begünstigt und auf welche Patienten besonders Rücksicht genommen werden muss, da sie prädestiniert sind, Gewalttaten zu verüben. Es werden Tipps gegeben, worauf die Pflegekräfte bei Patienten achten sollen, um rechtzeitig Aggressivität oder die Absicht eines Übergriffes zu erkennen und sich nicht blind in eine gefährliche Situation begeben. Für Pflegekräfte wichtige Informationen sind die Aggressionen auslösenden Medikamente, die in dem Handlungsleitfaden beschrieben werden und auch, welche Erkrankungen am meisten in Zusammenhang mit Übergriffen gebracht werden können. Ein weiterer wichtiger Bestandteil ist, die Sicht des Patienten in der Notaufnahme darzustellen, seine Gefühle, Ängste und warum es für ihn eine angespannte Situation ist. Durch den Zeitdruck und die ständigen wechselnden Patienten in der Notaufnahme, kann der Blick für die Bedürfnisse und Sorgen der Patienten verloren gehen und es ist wichtig, sich diese wieder ins Gedächtnis zu rufen. Auch, dass jeder anders auf Situationen reagiert und man niemals ausschließen kann, ob der Patient oder auch die Pflegekraft unbekanntem Situationen mit Aggression, sogar mit Gewalt begegnet.

#### Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag:

Für die Notaufnahme hilfreich ist, die Gestaltung des Untersuchungsraumes bei bekannten aggressiven Patienten. Diese Maßnahme kann ohne weiteres umgesetzt werden. Auch die Kommunikationsregeln können die Mitarbeiter mit etwas Übung anwenden. Wichtig in diesem Handlungsleitfaden ist, dass die Mitarbeiter ihren Blick auf die Patienten neu fokussieren, dass sie versuchen, sich in die Lage der Patienten zu versetzen, mehr auf Gestik und Mimik der Patienten und Angehörigen zu achten und so rechtzeitig deeskalierende Maßnahmen ergreifen zu können. Die Mitarbeiter werden daran erinnert, wie wichtig eine gute und verständliche Informationsweitergabe über bevorstehende Maßnahmen an den Patienten ist.

#### **4.4 Empfehlung zur Erstellung von Handlungsleitfäden**

Die folgende Empfehlung ist eigens erstellt und wurde aus den drei vorangestellten Leitfäden abgeleitet. Sie ist für Führungskräfte gedacht, um individuelle Handlungsleitfäden für ihr jeweiliges Setting zu erstellen.

Um dem Mitarbeiter Schutz vor Gewalt und Aggression bieten zu können, müssen als erstes die Gefährdungen ermittelt und Risiken eingeschätzt werden, danach können darauf zugeschnittene Präventionsmaßnahmen erarbeitet werden. Unterteilt werden diese in bauliche und technische Maßnahmen, Kultur, umfassende Informationsweitergabe und personelle und organisatorische Strukturen, sowie Kommunikationsregeln und andere

Deeskalationsmaßnahmen. Danach folgen Vorgehensweisen, wie sich sowohl die Mitarbeiter als auch die Führungskräfte bei und nach einem Übergriff zu verhalten haben.

### **Gefährdung und Risiken am Arbeitsplatz ermitteln**

Mit Gefährdungen sind alle im *Kapitel 2.1* aufgeführten Typologien von Gewalt und Aggression gemeint. Mitarbeiter sollen sowohl von Patientenübergriffen geschützt werden wie auch vor Übergriffen durch Kollegen. Vor allem verbale Gewalt, Mobbing und sexuelle Belästigung sind physische und psychische Risikofaktoren, die am Arbeitsplatz auftreten können. „Mobbing ist ein Verhalten von Vorgesetzten oder Kollegen, das systematisch und langfristig auf die Erniedrigung einer Person zielt. Mobbing wird gezielt eingesetzt, um eine Person zum Arbeitsplatzwechsel, in die Arbeitsunfähigkeit oder Kündigung zu drängen“ (Nienhaus et al., 2016, S.89).

Um alle weiteren Risiken und Gefährdungen auf Station zu erfassen, soll eine anonyme Befragung der Pflegekräfte durch einen Fragebogen stattfinden. Ein Beispiel, wie dieser Fragebogen gestaltet werden kann, findet sich auf der folgenden Seite dieses Handlungsleitfadens in *Abbildung 1*. Um die Anonymität zu wahren, wird auf Fragen, die sich auf das Geschlecht und das Alter beziehen, verzichtet. Das Ergebnis dieses Fragebogens soll helfen herauszufinden, mit welcher Art von Gewalt die Pflegekräfte auf Station am meisten zu tun haben und ob es sich um Gewalttaten handelt, die von Patienten oder von Kollegen ausgehen, damit die Maßnahmen effektiv angepasst werden können. Wichtig ist, ob die Übergriffe gemeldet wurden, damit man erkennen kann, ob Vertrauen in die Führungskraft vorhanden ist. Und wenn nicht, was die Pflegekräfte von der Meldung abgehalten hat, wie fehlendes Vertrauen in die Führungskraft oder das Unternehmen oder ob das Wissen über die Meldepflicht fehlt. Die Frage, in welcher Schicht der Übergriff passiert ist, ist für die Präventionsmaßnahmen maßgeblich. Wenn sich am Ende der Befragung herausstellen sollte, dass die meisten Übergriffe nachts passieren, wenn die Pflegekraft allein im Dienst ist, müssen dementsprechend geeignete strukturelle Maßnahmen ergriffen werden. Am Schluss sollen die Mitarbeiter ihre eigenen Ideen und Wünsche zu geeigneten Maßnahmen angeben, denn sie sind diejenigen, die am besten beurteilen können, was sie zu ihrem Schutz benötigen beziehungsweise mit welchen Maßnahmen sie sich sicher fühlen, um ihre Arbeit auf Station zu tätigen.

Fragebogen zur Erfassung von Risiken und Gefährdungen auf Station:

1. Wurden Sie in Ihrem Arbeitsalltag mit Gewalt von Patienten, Kollegen, Angehörigen oder Vorgesetzten konfrontiert? (Gewalt = verbal, psychisch, physisch oder sexuell) Wenn JA, mit welcher Art von Gewalt?

---

---

---

---

2. Wann ist der oben genannte Übergriff passiert? (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) Und von welcher Person? (Patient, Kollege, etc. Es müssen keine Namen genannt werden)

---

---

---

---

3. Haben Sie den Übergriff gemeldet? Wenn JA, wem und welche Maßnahmen wurden ergriffen und wenn NEIN, warum nicht?

---

---

---

---

4. Welche Maßnahmen müssen verändert oder getroffen werden, um aus Ihrer Sicht weitere Übergriffe zu verhindern?

---

---

---

---

---

---

---

---

*Abbildung 1: Fragebogen zur Ermittlung von Risiken und Gefährdungen*

## **Präventionsmaßnahmen**

Als erstes muss die Gewaltprävention in der Kultur des Unternehmens verankert werden. Die Unternehmenskultur ist ein System von allen gemeinsamen Normen, Werten, Grundhaltungen und Einstellungen, der im Unternehmen tätigen Personen, nach denen sich gerichtet und gearbeitet wird (vgl. Richter, 2015, S.3). Deshalb ist es so wichtig, dass sich die Gewaltprävention und die Nulltoleranzgrenze für Übergriffe im Wertesystem und im Leitbild des Unternehmens widerspiegeln. Die Haltung des Unternehmens gegenüber Gewalt soll allen Mitarbeitern geläufig sein und bei Einstellung von neuen Mitarbeitern diesen mitgeteilt werden.

Als nächstes werden die **baulichen und technischen Gegebenheiten** begutachtet und auf potenzielle Gefährdungssituationen geprüft. Das bedeutet, dass alle Ecken und Bereiche des Arbeitsbereiches gut einsehbar sein müssen, um keinen überraschenden Angriffen ausgeliefert zu sein. Damit hängt eine ausreichende Beleuchtung zusammen, die vor allem im Nachtdienst eine große Rolle spielt. Damit die Fluchtwege frei sind, ist darauf zu achten, dass die Gänge nicht mit Pflegewägen oder Mobilisationsstühlen zugestellt sind, diese müssen in separaten Zimmern untergebracht werden. Die Türen der Patientenzimmer sollen nach außen hin offenbar sein, um bei drohenden Angriffen aus den Zimmern schnell fliehen zu können. Die Tür des Stationszimmers muss abschließbar sein, um eine sichere Versteckmöglichkeit bei aggressiven Patienten zu bieten. Alle Zimmer müssen mit einem Notrufsystem ausgestattet sein, dies gilt auch für Besuchertoiletten. Dieses Notrufsystem muss mit den Nachbarstationen gekoppelt werden können, damit diese von Notfallsituationen unterrichtet werden und darauf reagieren können. Im Datensystem sollen Patienten eine Markierung erhalten, die schon im Krankenhaus oder Alten- und Pflegeheim aggressiv oder gewalttätig aufgefallen sind. Diese Markierung ist nur in dem Unternehmen sichtbar, in dem der Patient negativ aufgefallen ist, um den Datenschutz zu wahren, aber das Pflegepersonal gewarnt ist und dementsprechend Schutzmaßnahmen ergreifen können. Es müssen DECT-Telefone auf den Stationen verfügbar sein, in denen die Notfallnummern auf Kurzwahltasten gespeichert sind, um sich im Notfall schnell bemerkbar zu machen. Um die Privatsphäre der Patienten zu schützen, sollten ausklappbare Sichtschutze in Doppelzimmern integriert werden. Dies kann das Wohlbefinden der Patienten fördern und somit eine Präventionsmaßnahme sein.

Neben den technischen und baulichen Maßnahmen spielen die **organisatorischen und strukturellen Gegebenheiten** eine große Rolle bei der Gewaltprävention. Im Unternehmen soll ein funktionierendes Beschwerdemanagement für Patienten und Mitarbeiter integriert werden, um ihnen eine Möglichkeit zu geben, anonym Beschwerden und Verbesserungsvorschläge einzureichen. Ein wichtiger Punkt ist, die Wertschätzung im Team zu fördern, um über heikle Themen wie Gewalt und Aggression zu reden. Die Sichtweise von Mitarbeitern, was für

sie Gewalt und Aggression ist, ist individuell und sollte von den anderen Teammitgliedern akzeptiert werden. Damit Mitarbeiter mit schwierigen Situationen adäquat umgehen können und diese sie nicht überfordern, sollten Team- und Einzelsuperversionen angeboten werden. Auch verschiedene Teambuildingmaßnahmen, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, sollten von den Führungskräften in Betracht gezogen werden. Das Pflegepersonal muss sich an die Hygienevorschriften und Kleiderordnungen des jeweiligen Unternehmens halten, bezüglich des eigenen Schutzes. Das beinhaltet, die vorgeschriebene Uniform zu tragen, festes Schuhwerk, damit die Pflegekräfte bei einem Angriff flüchten können und nicht Gefahr laufen zu stolpern. Des Weiteren müssen sie auf Schmuck während der Arbeitszeit verzichten, denn das ist eine potenzielle Verletzungsquelle bei Angriffen. Mitarbeiter müssen zu allen wichtigen gesetzlichen Grundlagen zum Thema Notwehr geschult werden, zum Beispiel wie sie sich wehren dürfen, ab wann sexuelle Belästigung beginnt und wann das Hausrecht des jeweiligen Unternehmens greift. Die Rufnummern des zuständigen Sicherheitsdiensts und weiterer Ansprechpartner müssen gut sichtbar im Stationszimmer aufgehängt werden und jeder Mitarbeiter muss wissen, wo er diese findet.

In jedem Unternehmen gibt es verschiedene Pflichtfortbildungen, die jeder Mitarbeiter einmal im Jahr besuchen muss, wie zum Beispiel die Hygienefortbildung oder Fortbildungen zum Thema Brandschutz und Reanimation. Damit alle Mitarbeiter zu dem Thema Deeskalation ausreichend geschult werden, soll die Deeskalationsfortbildung als Pflichtschulung für jeden Mitarbeiter einmal im Jahr eingeführt werden. Zusätzlich zur Einführung der Pflichtfortbildung, soll es einen ausgebildeten Deeskalationsmanager auf Station geben, der für die Einhaltung der vorgeschriebenen Maßnahmen zuständig ist und diese überwacht. Der Trainer wird als Ansprechpartner bei Übergriffen oder Problemen zu dem Thema Gewalt und Aggression geführt und wird sich um die notwendige Dokumentation und Beratungen kümmern. Er sorgt dafür, dass alle Mitarbeiter auf den neuesten Stand zum Thema Gewalt und Aggression sind und alle Informationen transparent gestaltet werden, damit die Kommunikation zu dem Thema gefördert wird und im Team einen offenen Gesprächsraum dafür gestaltet wird.

Die Führungskraft ist für einen reibungsarmen Arbeitsalltag zuständig, damit dies geschieht, müssen alle Mitarbeiter in verschiedenen Bereichen so gut wie möglich geschult werden. Ein möglicher Reibungspunkt, der Gewalt und Aggression erzeugen kann, ist das fehlende Wissen im Umgang mit anderen Religionen, Kulturen und Ritualen. Dieser Mangel kann in Form von Schulungen und offenem Umgang behoben werden. Die Personalstrukturen fallen auch in den Zuständigkeitsbereich der Führungskräfte, diese müssen sicherstellen, dass ihre Mitarbeiter zu jeder Tages- und Nachtzeit geschützt sind. Im Nachtdienst sind viele Mitarbeiter des Gesundheitswesens allein und haben oft Angst vor Angriffen durch Patienten. Um ihnen die nötige Sicherheit zu bieten, sollte der Sicherheitsdienst beziehungsweise, wenn dieser nicht vorhanden ist, der Springer von Nachbarstationen, stündliche Kontrollbesuche vornehmen. Vor



allem für kleine Häuser ist eine Anstellung eines externen Sicherheitsdienstes ein enormer Kostenfaktor und diese sollten daher auf den Springer von Nachbarstationen zurückgreifen.

**Kommunikation** ist eines der wichtigsten Werkzeuge der Deeskalation. Hier folgen einige grundlegende Aspekte, die beachtet werden müssen. Eine wertschätzende Kommunikation mit Patienten und Angehörigen ist der Grundpfeiler einer gelungenen Kommunikation. Da viele Patienten vor allem im Krankenhaus mit Ängsten und Unsicherheiten zu kämpfen haben, die schnell in Aggression umschlagen können, sollten die Patienten eine umfassende Aufklärung zu bevorstehenden Diagnostiken und Therapien erhalten. Die Aufklärungen sollten in einer verständlichen Sprache stattfinden, es sollten keine medizinischen Fachausdrücke verwendet werden. Nach einem Gespräch sollte der Patient gefragt werden, ob er alles verstanden hat oder ob er noch Fragen hat. Auch wenn Angehörige mit im Raum sind, sollte man niemals über den Patienten reden, als ob er nicht da wäre, sondern immer mit ihm. Bei Gesprächen den Gesprächspartner in die Augen sehen und sich nicht wegdrehen, dieses Verhalten signalisiert Desinteresse und kann Aggression und Gewalt hervorrufen. Das Pflegepersonal soll mit einer ruhigen und klaren Aussprache reden, damit der Patient es besser versteht. Bei schwerhörigen Patienten sollten die Pflegepersonen lauter reden und kurze Sätze bilden, auch die deutliche Aussprache ist hier wichtig, wenn der Patient von den Lippen ablesen kann. Bei ausländischen Patienten sollten Dolmetscher hinzugezogen werden oder Angehörige gebeten werden, bei der Übersetzung zu helfen. Die meisten Betriebe im Gesundheitswesen verfügen über eine Liste der Mitarbeiter, die als Dolmetscher zur Verfügung stehen und während des Dienstes angerufen werden können. Zudem können Bildtafeln bei der Verständigung helfen, wenn kein Dolmetscher zur Verfügung steht. Bei der Kommunikation ist es zudem wichtig, dass eine offene Körperhaltung den Patienten Aufmerksamkeit signalisiert. Paraphrasieren des Gesagten gibt dem Patienten das Gefühl des Verstanden seins. Zudem müssen Mimik, Gestik und die Wortwahl ineinander stimmig sein, die Patienten sind oft einfühlsam und merken, wenn die Worte nicht kongruent zu der Stimmung oder dem Verhalten der Pflegepersonen sind. Der Arbeitsalltag im Gesundheitswesen ist meistens stressbehaftet und bietet wenig Möglichkeiten zur Kommunikation mit Patienten, daher ist es wichtig darauf zu achten, die Patienten immer ausreden zu lassen. Die Kommunikation muss empathisch und authentisch sein, darf nicht kritisierend oder abschätzend sein.

### **Weitere Deeskalationsmaßnahmen**

Alle wichtigen Informationen müssen im Team transparent gemacht werden, um Missverständnissen vorzubeugen und eine positive Grundstimmung zu erhalten.

Patienten soll man freundlich, aber bestimmt auf ihre persönlichen Grenzen hinweisen. Berührungen können im Pflegealltag nicht vermieden werden, der Mitarbeiter darf die Patienten

jedoch auf unangemessene Berührungen hinweisen. Aber auch die Patienten dürfen nicht in Handlung von pflegerischen Tätigkeiten ohne ihre Zustimmung berührt werden. Wenn die Möglichkeit besteht, sollte auf die Geschlechtertrennung geachtet werden, dass eine weibliche Pflegekraft eine weibliche Patientin pflegt, um mögliche Traumata nicht hervorzuholen, vor allem bei älteren Patientinnen, die die Kriegszeit miterlebt haben.

Die Mitarbeiter sollen ermutigt werden, auf ihre Intuition zu hören und sich rechtzeitig räumlich vom Patienten zu entfernen.

Die Patientenwünsche sollten soweit wie möglich respektiert werden und Patienten dürfen nicht unter Druck gesetzt werden, die Autonomie des Patienten soll gewahrt werden. Nicht nur die Selbstbestimmung des Patienten muss gewahrt werden, sondern auch die Privatsphäre. Bei Stresssituationen sollte dem Patienten mitgeteilt werden, dass man im Moment keine Zeit hat, aber sobald es geht, man sich diese für ihn nimmt.

Bei der Pflege vom Patienten müssen alle Aspekte berücksichtigt werden, die zu Aggression führen können, wie Schmerzen, Verzweiflung oder Unsicherheiten und diese beseitigt beziehungsweise ihnen entgegenwirkt werden. Wenn Pflegekräfte merken, dass die Patienten seelische Belastungen oder Probleme aufweisen, sollten Gespräche mit Seelsorgern oder Psychotherapeuten angeboten werden. Auf onkologischen Stationen gibt es Psychoonkologen, die auf das Setting der Belastungen von onkologischen Erkrankungen spezialisiert sind. Wenn ein Patient aufgebracht ist oder aggressives Verhalten absehbar ist, sollen die Pflegekräfte das Zimmer verlassen und nach einiger Zeit wiederkommen, um dem Patient Zeit zu geben, sich zu beruhigen und über seine Gedanken und das Gesagte nachzudenken.

Die Deeskalationsmaßnahmen sind Vorschläge und müssen individuell auf die Situation angepasst werden. Jeder Mensch ist anders und muss dementsprechend behandelt werden.

### **Verhaltensweisen der Mitarbeiter bei einem Übergriff**

Wenn es trotz aller durchgeführten Deeskalationsmaßnahmen zu einem Übergriff auf eine Pflegekraft kommt, kommen die folgenden Maßnahmen zum Tragen. Kommt es zum aggressiven Verhalten von Seiten des Patienten in Form von Drohungen oder Beleidigungen, sollten die Mitarbeiter ruhig bleiben und versuchen den Patienten zu beruhigen. Gibt es Anzeichen für einen körperlichen Angriff, sollten die Pflegekräfte sofort auf Abstand gehen und räumliche Distanz aufbauen. Bei Beleidigungen, Drohungen oder sexuellen Belästigungen sollten die Mitarbeiter unverzüglich das Zimmer verlassen und sich bei der zuständigen Führungskraft oder Deeskalationsmanager melden, wenn diese nicht vor Ort sind, sich Hilfe bei einem Kollegen holen und nicht mehr allein das Patientenzimmer betreten. Wenn es zu einer Gewalttat kommt, dürfen die Mitarbeiter Abwehrtechniken, die sie im Deeskalationstraining gelernt haben, anwenden. Angehörige, die aggressives Verhalten aufweisen, dürfen von den Mitarbeitern des Unternehmens unter Berufung auf das jeweilige Hausrecht verwiesen werden. Bei

aggressivem Verhalten sollten Gegenstände, die möglicherweise eine Gefahr darstellen, außer Reichweite des Patienten gebracht werden, wenn dies möglich ist.

Bei einem drohenden Angriff gilt, sich selbst und andere Mitarbeiter, Patienten und Angehörige aus der Gefahrenzone bringen.

### **Verhaltensweisen nach einem Übergriff:**

Nach einem stattgefundenen Angriff sollte die der Gewalt ausgesetzte Person sofort vor den Blicken anderer Personen geschützt werden. Das bedeutet, dass sich ein Mitarbeiter um die betroffene Person kümmern sollte und sie entweder in ein anderes Zimmer bringt oder wenn sie verletzt ist, sich um die erste Hilfemaßnahmen kümmert und sie auf die jeweilig zuständige Fachabteilung bringt. Mit dem Mitarbeiter, der angegriffen wurde, sollte auf beruhigende Art und Weise geredet werden. Wenn Berührungen erwünscht und angebracht sind, können diese an einer Extremität, am besten am Oberarm stattfinden, um mögliche Traumata nicht zu vertiefen. Das Wichtigste ist, den betroffenen Mitarbeiter in keiner Situation allein zu lassen und dafür Sorge zu tragen, dass er nicht allein nach Hause geht und dort erstmal nicht allein ist. Wenn es von dem Mitarbeiter erwünscht ist, können Angehörige oder Freunde als Beistand verständigt werden. Dem Betroffenen muss die Möglichkeit gegeben werden, das Erlebte zu erzählen. Wenn er das nicht wünscht oder noch nicht bereit ist, muss das akzeptiert werden, aber es muss ihm die Möglichkeit gegeben werden, jederzeit mit einer geschulten Person über den Vorfall zu sprechen. Es ist Sorge dafür zu tragen, dass dem Mitarbeiter akut nach dem Geschehenen professionelle Hilfe zukommt. Am besten wären auf traumatische Erfahrungen spezialisierte Notfallpsychologen.

Der begangene Übergriff muss beispielsweise in einem Formular des Verbandbuchs dokumentiert und den zuständigen Personen, wie Führungskraft, Deeskalationsmanager oder wenn nötig der Polizei gemeldet werden. „Jeder Gewaltvorfall ist versicherungsrechtlich ein Arbeitsunfall, wenn er einen körperlichen Schaden oder eine seelische Verletzung verursacht“ (DGUV, 2018, S.25). Somit dient die Dokumentation nicht nur der rechtlichen Absicherung des Betroffenen, sondern stellt auch eine gute Grundlage dar, Nachsorgemaßnahmen planen zu können. Die Führungskraft oder der Deeskalationsmanager sind für die Übermittlung des Vorfalls im Team zuständig und sollten die offene Kommunikation in diesem fördern. Zudem muss sich um die weitere Behandlung des Betroffenen gekümmert werden. Ob, je nach Schwere des Übergriffs, dieser eine ambulante oder stationäre Therapie benötigt oder Rehabilitationsmaßnahmen notwendig sind. Danach muss eine Inspektion stattfinden, wie es zu dem Übergriff kommen konnte und welche weiteren Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiter nötig sind.

Sobald der individuelle Handlungsleitfaden erstellt wurde, sollte dieser von jedem Mitarbeiter und jeder Führungskraft gelesen und in Form der Unterschrift zur Kenntnis genommen werden. Vorschläge und Änderungen können jederzeit besprochen werden.

## 5 Fazit

Durch die Bearbeitung dieses Themas wird deutlich, dass eine Pflegekraft während ihres Berufslebens mit jeder Art von Gewalt konfrontiert werden kann. Eine Erkenntnis dieser Arbeit ist, dass sich die verschiedenen Arten von Gewalt und Aggression in der Pflege gegenseitig bedingen. Die strukturelle Gewalt kann als Grundstein der direkten und verbalen Gewalt dienen, die Patienten gegenüber dem Pflegepersonal anwenden. Durch die vorgegebenen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise den Personalschlüssel, der zu einer Unterbesetzung der Pflegekräfte auf Station führt, kann es zu Gewalthandlungen aufgrund des dadurch entstandenen Zeitmangels und der Minderversorgung der Patienten kommen.

Trotz dieses vorhandenen Wissens wird dem Thema innerhalb der Unternehmen wenig Beachtung geschenkt, es gibt noch einen großen Handlungsbedarf, um Pflegekräfte ausreichend zu schützen. Vor allem im Bereich des Managements sind Veränderungen im Hinblick eines geeigneten Handlungsleitfadens notwendig. Es ist auch weiterhin ein Tabuthema in der Gesellschaft, gegen dieses nur vorgegangen werden kann, wenn eine offene Kommunikation darüber stattfindet. Damit ist nicht nur die Kommunikation innerhalb eines Unternehmens gemeint, sondern auch durch eine umfassende Mediengestaltung, um die Aufmerksamkeit der Gesellschaft auf dieses Thema zu richten und zu sensibilisieren. Bei der Berichterstattung sollten die Sanktionen im Vordergrund stehen, die die Täter erwarten, um der Öffentlichkeit aufzuzeigen, dass ein Unternehmen im Gesundheitswesen kein rechtsfreier Raum ist und jede begangene Straftat zur Anzeige gebracht wird, um potenzielle Gewalttäter abzuschrecken. Eine weitere Maßnahme, Gewalt gegen Pflegekräfte zu verhindern ist die umfassende Schulung der Mitarbeiter. In dieser Schulung werden die verschiedenen Arten und Typologien von Gewalt und Aggression thematisiert, die Auswirkungen auf Pflegekräfte und Unternehmen sowie die gesetzlichen Grundlagen, die für die Mitarbeiter relevant sind. Die Führungskräfte spielen eine zentrale Rolle, sie tragen Sorge dafür, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem ihre Mitarbeiter sich trauen, über dieses schwierige und belastende Thema zu reden, dass sie ausreichend geschult werden und dass die Präventionsmaßnahmen greifen.

Um diese Maßnahmen in einem Unternehmen zu etablieren, sollten individuelle Handlungsleitfäden von den Führungskräften mit den notwendigen Informationen und Präventionsmaßnahmen erstellt werden. Um einen Handlungsleitfaden zu erstellen, benötigen die Führungskräfte eine Grundlage, in der alle notwendigen Informationen, die für die Prävention maßgeblich sind, enthalten sind.

Als erstes müssen im Unternehmen alle Gefahren und Risiken der Arbeitsstelle erkannt und bewertet werden. Diese können am besten durch einen anonym gehaltenen Fragebogen erkannt werden. In diesem können die Mitarbeiter ihre Sicht und ihre persönlichen Erfahrungen

mit Gewalt und Aggression in der Arbeit darstellen. Danach können Präventionsmaßnahmen individuell auf die Auswertung des Fragebogens erstellt werden. Diese Maßnahmen können in verschiedene Kategorien unterteilt werden, zum Beispiel in technische und bauliche sowie organisatorische und strukturelle Maßnahmen, zudem verschiedene Deeskalationsmaßnahmen, wie zum Beispiel das Thema Kommunikation. Weiterhin sollte in dem Handlungsleitfaden genau beschrieben werden, wie sich die Mitarbeiter vor, während und nach einem Übergriff zu verhalten haben.

Ein weiteres Ergebnis, dass sich aus dieser Bachelorarbeit ergibt, ist die Notwendigkeit eines Deeskalationsmanagers auf Station, der die Mitarbeiter ausreichend schult und für die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen zuständig ist. Dieser Deeskalationsmanager ist zudem der erste Ansprechpartner für Fragen oder bei Gewaltereignissen auf Station. Dieser und die weiteren zuständigen Personen, an die sich die Mitarbeiter bei einem Übergriff wenden können und ihre dazugehörigen Telefonnummern müssen gut auffindbar im Handlungsleitfaden dargestellt werden. Weiterhin sollte jährlich die Befragung der Mitarbeiter, durch den in *Abbildung 1* dargestellten Fragebogen stattfinden und die Präventionsmaßnahmen auf ihre Aktualität und Sinnhaftigkeit überprüft und dementsprechend angepasst werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gewalt in ihren verschiedenen Ausprägungen stets Teil der pflegerischen Arbeitsfelder im Gesundheitswesen sein wird, ihr jedoch mit den vorgestellten geeigneten Maßnahmen seitens des Managements und der Kommunikationspolitik innerhalb und außerhalb des Unternehmens begegnet werden kann. Das Aufgreifen und Annehmen dieses Themas trotz seiner vornehmlichen Tabuisierung zeugt von einer guten und mitarbeiter- sowie patientenorientierten Unternehmensführung.

## Literaturverzeichnis

**Antidiskriminierungsstelle des Bundes** (2019): Studie „Umgang mit sexueller Belästigung am Arbeitsplatz – Lösungsstrategien und Maßnahmen zur Intervention“. Wichtige Ergebnisse im Überblick. Online verfügbar unter: [https://www.antidiskriminierungsstelle.de/Shared-Docs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Umgang\\_mit\\_sexueller\\_Belaestigung\\_am\\_Arbeitsplatz\\_Kurzfassung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=6](https://www.antidiskriminierungsstelle.de/Shared-Docs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Umgang_mit_sexueller_Belaestigung_am_Arbeitsplatz_Kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=6) (zuletzt geprüft am 27.06.2020).

**Asendorpf, Jens B.** (2018): Persönlichkeitspsychologie für Bachelor. 4. Auflage, Springer, Berlin.

**Bandura, Albert** (1983): Psychological Mechanisms of Aggression. In: Green, R. G.; Donnerstein, E. I. (Hrsg.): Aggression: Theoretical and Empirical Reviews. Academic Press, New York, S. 1-40.

**Bartholomeyczik, Sabine; Halek, Margareta; Müller-Hergl, Christian; Riesner, Christine; Rüsing, Detlef; Vollmar, Horst Christian; Wilm, Stefan** (2008): Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept. In: Pflege & Gesellschaft. Jg. 13, Nr. 4, S. 337-349.

**Blättner, Beate; Grewe, Henny Annette** (2017): Gewalt in der Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs, Klaus; Kuhlmei, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hrsg.): Pflege-Report 2017. Die Versorgung von Pflegebedürftigen. Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 195-203.

**Brehm, Andrea** (2016): Gewalt verstört die Seele. In: Wimmer-Puchinger, Beate; Gutiérrez-Lobos, Karin; Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): Irrsinnig weiblich – Psychische Krisen im Frauenleben. Springer, Berlin Heidelberg, S. 93-103.

**Bundesministerium für Arbeit und Soziales** (2019): Überblick über die Unfallversicherung. Online verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Themen/Soziale-Sicherung/Gesetzliche-Unfallversicherung/gesetzliche-unfallversicherung.html> (zuletzt geprüft am 24.07.2019).

**Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (2017): Alkohol und Drogen senken Schwelle für Aggression und Gewalt. Online verfügbar unter: <https://www.drugcom.de/topt-hema/alkohol-und-drogen-senken-schwelle-fuer-aggression-und-gewalt> (zuletzt geprüft am 03.07.2020).

**DAIzG** (2019): Demenz. Das Wichtigste. Online verfügbar unter: [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/das\\_wichtigste\\_ueber\\_alzheimer\\_und\\_demenzen.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/broschueren/das_wichtigste_ueber_alzheimer_und_demenzen.pdf) (zuletzt geprüft am 27.06.2020).

**DGINA** (Hrsg.) (2007): Gewalt in der Zentralen Notaufnahme. Ursachen und Möglichkeiten der Deeskalation. Online verfügbar unter: <https://www.yumpu.com/de/document/read/2629418/gewalt-in-der-zentralen-notaufnahme> (zuletzt geprüft am 27.06.2020).

**DGUV** (2018): Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen. Online verfügbar unter: [https://www.kuvb.de/fileadmin/daten/dokumente/GBI/Gesundheitsdienst/DGUV\\_Information\\_207-025\\_\\_Pr%C3%A4vention\\_von\\_Gewalt\\_und\\_Aggression\\_gegen\\_Besch%C3%A4ftigte\\_im\\_Gesundheitsdienst\\_und\\_in\\_der\\_Wohlfahrtspflege\\_.pdf](https://www.kuvb.de/fileadmin/daten/dokumente/GBI/Gesundheitsdienst/DGUV_Information_207-025__Pr%C3%A4vention_von_Gewalt_und_Aggression_gegen_Besch%C3%A4ftigte_im_Gesundheitsdienst_und_in_der_Wohlfahrtspflege_.pdf) (zuletzt geprüft am 02.07.2020).

**Dilling, Horst; Freyberger, Harald J.** (Hrsg.) (2014): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 7. Auflage, Huber, Bern.

**Dudenredaktion** (2018): Duden. Band 10. Das Bedeutungswörterbuch. 5. Auflage, Dudenverlag, Berlin.

**Eisenberg, Götz; Gronemeyer, Reimer** (1993): Jugend und Gewalt. Der neue Generationenkonflikt oder Der Zerfall der zivilen Gesellschaft. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg.

**Gaede, Peter-Matthias** (Hrsg.) (2007a): GEO Themenlexikon Band 12: Psychologie. Denken, Fühlen, Handeln. Gruner + Jahr, Bibliographisches Institut, Mannheim.

**Gaede, Peter-Matthias** (Hrsg.) (2007b): GEO Themenlexikon Band 13: Psychologie. Denken, Fühlen, Handeln. Gruner + Jahr, Bibliographisches Institut, Mannheim.

**Galtung, Johan** (1998): Frieden mit friedlichen Mitteln: Friede und Konflikt, Entwicklung und Kultur. Band 4, Leske + Budrich, Opladen.

**Galtung, Johan** (2007): Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung, Reinbek bei Hamburg 1975. In: Kailitz, Steffen (Hrsg.): Schlüsselwerke der Politikwissenschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 133-136.

**Heise, Lori; Ellsberg, Mary; Gottemoeller, Megan** (1999): Ending Violence Against Women. In: Population Reports. Jg. 27, Nr. 4, S. 1-44.

**Hilgen, Nicole** (2005): Gewalt in pflegerischen Interaktionen. Ursachen und Präventionsmöglichkeiten gewaltsamer Übergriffe auf Pflegende. Unveröffentlichte Staatsexamensarbeit, Osnabrück.

**Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje** (Hrsg.) (2019): Pflege-Report. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? Springer, Berlin.

**Kienzle, Theo; Paul-Ettliger, Barbara** (2007): Aggressionen in der Pflege. 3. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart.

**Klein, Michael** (1996): Gewaltverhalten unter Alkoholeinfluß: Bestandsaufnahme, Zusammenhänge, Perspektiven. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.): Alkohol – Konsum und Mißbrauch, Alkoholismus – Therapie und Hilfe. Lambertus Verlag, Freiburg, S. 86-103.

**Klinikum Nürnberg** (Hrsg.) (2018): Gewalt und aggressives Verhalten am Arbeitsplatz. Handlungsleitfaden für Vorgesetzte und Mitarbeiter. Unveröffentlichtes Dokument im Intranet des Klinikums, Nürnberg.

**Köther, Ilka** (2007): Pflegequalität in der Altenpflege. In: Köther, Ilka (Hrsg.): Thiemes Altenpflege. 2. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 783-792.

**Mader, Thomas** (2019): Tatort Notaufnahme. In: Westdeutsche Allgemeine Zeitung. 29.11.2019. Rhein-Ruhr. S. 1.

**Mann, Thomas** (o.J.): Online verfügbar unter: <https://www.zitate.eu/autor/thomas-mann-zitate/188669> (zuletzt geprüft am 27.03.2020).



**Nau, Johannes; Oud, Nico E.; Walter, Gernot** (2018): Gewaltfreie Pflege. Praxishandbuch zum Umgang mit aggressiven und potenziell gewalttätigen Patienten. Hogrefe Verlag, Bern.

**Nienhaus, Albert; Schablon, Anja; Zeh, Annett; Wendeler, Dana; Wohlert, Claudia; Harling, Melanie** (2014): Häufigkeit und Folgen von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen – ein Survey. In: Nienhaus, Albert (Hrsg.): RiRe – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. ecomed-Storck GmbH, Hamburg, S. 203-221.

**Nienhaus, Albert; Drechsel-Schlund, Claudia; Schambortski, Heike; Schablon, Anja** (2016): Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. Gesundheitliche Folgen und settingbezogene Ansätze zur Prävention und Rehabilitation. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Heft 59, Springer, Berlin Heidelberg, S.88-97.

**Nunner-Winkler, Gertrud** (2004): Überlegungen zum Gewaltbegriff. In: Heitmeyer, Wilhelm; Soeffner, Hans-Georg (Hrsg.): Gewalt. Entwicklungen, Strukturen, Analyseprobleme. Suhrkamp, Frankfurt/Main, S. 21-61.

**Panke-Kochinke, Birgit** (2008): Gewalt gegen Pflegekräfte. Problematische Situationen erkennen und lösen. Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt/Main.

**Richter, Dirk** (2012). Theorien und Modelle für Aggression und Gewalt gegen Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In: Walter, Gernot; Nau, Johannes; Oud, Nico (Hrsg.): Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Verlag Hans Huber, Bern, S. 62-88.

**Richter, Frank** (2015): Die Unternehmenskultur als kritischer Erfolgsfaktor – Erfindung oder Wirklichkeit? In: Richter, Frank (Hrsg.): Wettbewerbsfaktor Unternehmenskultur. Wie Unternehmenskulturen den Erfolg beflügeln oder lähmen. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart, S. 3-22.

**Robert Koch-Institut** (Hrsg.) (2008): Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Heft 42, Berlin.

**Robert Koch-Institut** (Hrsg.) (2010): Schizophrenie. Heft 50, Berlin.

**Robert Koch-Institut** (2015): Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, S.435-450.

**Roschker, Nicole Susann** (2014): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Soziale und ökonomische Relevanz für Gesellschaft und Unternehmen. Springer Gabler, Wiesbaden.

**Schneider, Cordula** (2005): Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Erfahrungen von Pflegenden. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover.

**Spies, Marie; Frey, Richard; Friedrich, Michaela-Elena; Kasper, Friedrich; Baldinger-Melich, Pia** (2019): Delir – ein evidenzbasierter Überblick. In: Wiener klinische Wochenschrift Education. Jg. 14, S. 1-17.

**Stangel, Werner** (2020): Deprivation. Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Online verfügbar unter: [www.https://lexikon.stangl.eu/88/deprivation/](http://www.https://lexikon.stangl.eu/88/deprivation/) (zuletzt geprüft am 17.06.2020).

**Staudhammer, Martina** (2018): Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege. Springer, Berlin.

**UKBW** (Hrsg.) (2005): Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. Online verfügbar unter: [https://www.bag-ped.de/sites/default/files/dateien/fachbeitrag\\_professionelles-deeskalationsmanagement.pdf](https://www.bag-ped.de/sites/default/files/dateien/fachbeitrag_professionelles-deeskalationsmanagement.pdf) (zuletzt geprüft am 27.06.2020).

**WHO** (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Online verfügbar unter: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_ge.pdf](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf) (zuletzt geprüft am 31.03.2020).

**Zeh, Annett; Schablon, Anja; Wohlert, Claudia; Richter, Dirk; Nienhaus, Albert** (2009): Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick. In: Das Gesundheitswesen. Jg. 71, Nr. 08/09, S. 449-459.

**Zimmermann, Alexandra** (2012): Gewalt in der Pflege. Übergriffe der Bewohner und Patienten – welchen Schutz gibt es? In: Heilberufe – Das Pflegemagazin. Band 64, Ausgabe 9, S. 52-53.

## Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.
2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.
3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer Autoren dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.
4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.
5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.
6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 15.07.2020

Unterschrift der Verfasserin: .....