



Ein Auge auf die Schwachen

Zynismus, Vernachlässigung oder gar körperliche Gewalt gegenüber hilflosen, pflegebedürftigen Menschen ist keine Seltenheit, wie eine aktuelle Umfrage unter Pflegekräften zeigt. **Eva Richter** hat Beispiele gesammelt, geht den Ursachen nach und plädiert für eine neue Kultur des Hinschauens.

Der monströse Fall des ehemaligen Krankenpflegers und Patienten-Serienmörders Niels H. aus Niedersachsen wirft ein Schlaglicht auf ein Problem, das bislang vor allem in Fachkreisen diskutiert wird: Gewalt in der Pflege. H. wurde bereits in sechs Fällen wegen Mordes lebenslang verurteilt, nach Abschluss weiterer toxikologischer Untersuchungen gehen die Ermittler inzwischen von 106 Toten aus. Einzelfall – oder Spitze des Eisbergs? Wie verbreitet ist Gewalt in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern? Eine aktuelle Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflegeforschung stellt fest: Erfahrungen von Gewalt gegen Pflegebedürftige gehören für beruflich

Pflegende zum Alltag. Dennoch werden sie in den Einrichtungen noch zu selten aufgearbeitet. Zeit für eine neue Kultur des Hinschauens.

Verrohung der Sprache ist ein Indiz. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gewalt gegenüber älteren Menschen als „eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird“. Gewalt ist vielschichtig: Eine verächtliche Sprache zählt ebenso dazu wie Vernachlässigung, freiheitsentziehende Maßnahmen und körperliche Gewalt. Der Salzburger Pflegewissenschaftler

Jürgen Osterbrink (*siehe Interview auf Seite 23*) erkennt in einer zunehmenden Verrohung der Sprache ein erstes wichtiges Indiz: „Da fallen zum Beispiel Bemerkungen wie ‚Wer mir auf die Nerven geht, der bekommt ein Gratisbett beim lieben Gott‘. Da sollten bei den Kollegen und der Pflegedienstleitung alle Alarmglocken schrillen.“ Auch Vernachlässigung bei der Pflege ist eine Form von Gewalt, beschreibt Osterbrink, der jahrelang als Fachpfleger auf Intensivstationen gearbeitet hat: „Ein Pfleger auf der Intensivstation war immer besonders schnell fertig mit dem Waschen der Patienten. Befragt, wie er das so schnell schafft, sagte er: ‚Ich sprühe die ab mit Franzbranntwein, dann riechen sie wieder gut.‘“

Vier Fälle werfen Fragen auf. Der Schritt zur körperlichen Gewalt ist dann manchmal nur noch klein. Das zeigen folgende vier Beispiele aus dem Pflegealltag: Ein Altenpflegehelfer misshandelt Ende 2015 mehrere Bewohnerinnen eines Hannoveraner Pflegeheims. Der Mann kommt über eine Zeitarbeitsfirma, da im Heim wegen Erkrankungen Personalnotstand herrscht. Er ist nach eigenen Angaben aufbrausend und kann Stress nicht gut ertragen. In der Nachtschicht muss der Altenpflegehelfer mehr als 40 pflegebedürftige Menschen versorgen. Als die Heimleitung nach der zweiten Nachtschicht von den Übergriffen erfährt, erteilt sie dem Mann Hausverbot und verständigt die Heimaufsicht. Das Amtsgericht verurteilt den Pflegehelfer zu einem Jahr Freiheitsstrafe auf Bewährung.

Eine alte demenzkranke Dame in einem Münsteraner Pflegeheim wird von einer Altenpflegehelferin mehrfach körperlich und verbal attackiert und gedemütigt – kann sich jedoch wegen ihrer Erkrankung nicht dazu äußern. Als die Tochter vermehrt

große Hämatome bei der Mutter entdeckt, schaltet sie die Heimleitung ein, die wiederum den Hausarzt verständigt. Dieser stellt jedoch nur Bagatelverletzungen fest. Die Tochter greift daraufhin zur Selbsthilfe und installiert eine versteckte Kamera. Diese filmt an drei aufeinanderfolgenden Tagen, wie die Altenpflegehelferin die alte Dame schwer misshandelt – sie im Rollstuhl auf den Boden kippt, ihr ein Kissen und ein kotverschmieretes Tuch ins Gesicht drückt. Die Familie erstattet Anzeige, die Heimleitung ist entsetzt, der Mitarbeiterin wird gekündigt.

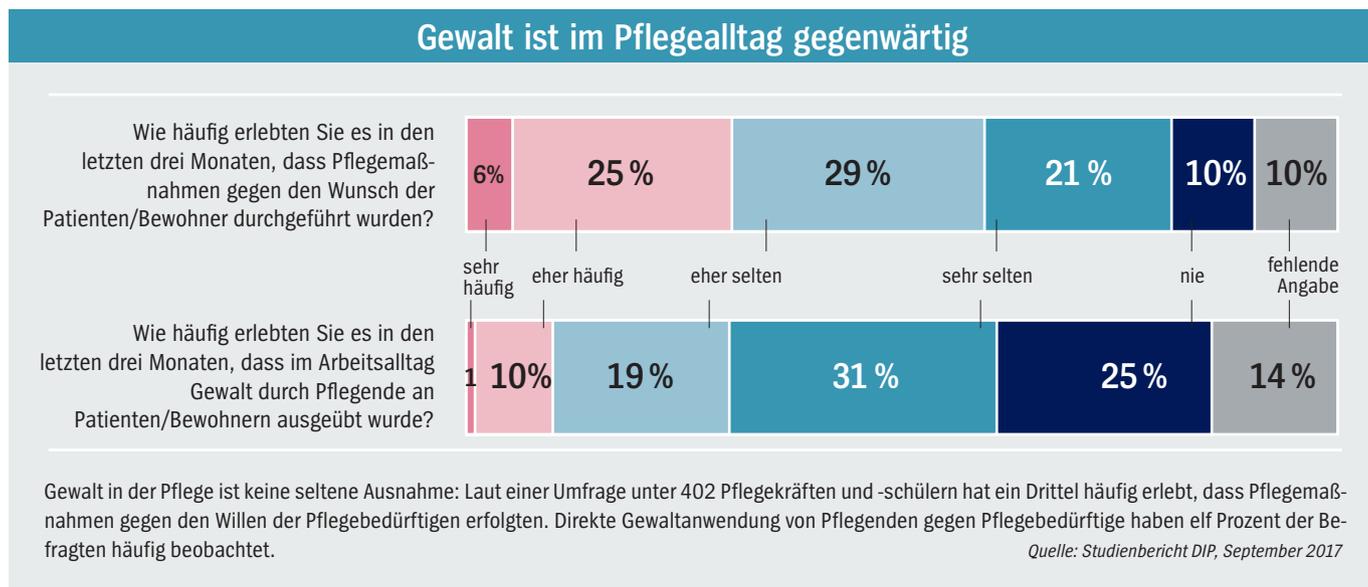
Ein Altenpfleger in einem Hamburger Altenheim wird Ende August 2017 zu sieben Monaten auf Bewährung verurteilt: Er hat eine ältere Heimbewohnerin mehrfach misshandelt. Eine Pflegerin meldet die Vorkommnisse der Heimleitung. Als nichts geschieht, nimmt sie die Schmerzensschreie der alten Dame heimlich mit dem Handy auf.

Zwei Altenpflegehelfer und eine Altenpflegerin eines Pflegeheims

in Lambrecht in der Pfalz stehen seit letztem Sommer wegen Verdachts auf Mord an zwei Heimbewohnerinnen und schweren Misshandlungen vor Gericht. Nach Ansicht der Staatsanwaltschaft agierte das Trio aus Langeweile und nutzte seine Macht gegenüber den wehrlosen Opfern aus. Nachgewiesen wurden die Taten vor allem durch die Auswertung der Mobiltelefone.

Die Fälle – sie ereigneten sich in Heimen unterschiedlicher Trägerschaft – werfen viele Fragen auf: Wie konnte das überhaupt passieren? Was für Menschen arbeiten in Pflegeeinrichtungen? Wieso greifen Einrichtungen auf offensichtlich unqualifiziertes Personal zurück? Warum hat die Heimleitung, einmal auf Probleme hingewiesen, nicht sofort eingegriffen? Wieso sind keiner anderen Pflegekraft verdächtige Hinweise wie Hämatome und andere Verletzungen im Fall der alten Dame aufgefallen?

Es muss mehr anonyme Meldesysteme für kritische Ereignisse geben.



„Gewalt fängt früh an“



Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink ist Vorstand des Instituts für Pflegewissenschaft und -praxis an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg und Director des WHO Collaborating Centres.

Warum können Menschen wie der kürzlich verurteilte Pfleger Niels H. über längere Zeit unbehelligt Gewalt ausüben?

Jürgen Osterbrink: Auf Station wird meist durchaus registriert, dass irgendetwas nicht stimmt, aber dann nicht genau hingeschaut, nach dem Motto: Was nicht sein darf, kann nicht sein.

Gewalt ist nicht immer offen erkennbar?

Osterbrink: Gewalt fängt früh an, mit kleinen Gesten. So kann die Pflegekraft das Ess-Tablett direkt neben den Patienten stellen, aber auch auf einen entfernten Tisch. Indizien sind Zynismus und eine rohe, verächtliche Sprache. Der Patient wird als Sache betrachtet. Weitere Anzeichen sind schwer nachweisbare Nachlässigkeiten, beispielsweise beim Waschen des Patienten oder ein ungewöhnlich hoher Medikamentenverbrauch.

Wer gehört zu den Opfern und wer zu den Tätern?

Osterbrink: Die Opfer sind meist hilflos, alte Menschen in schlechtem gesundheitlichem Zustand, überwiegend aus bildungsfernen Schichten. Die Täterinnen und Täter stammen zu 86 Prozent aus der Pflege, darunter rund 60 Prozent Pflegefachkräfte und 25 Prozent Pflegehelfer. Rund zwölf Prozent sind Ärzte. Bei den Tätern handelt es sich oft um instabile, schwierige Persönlichkeiten, häufig mit eigenen Gewalterfahrungen.

Wie lässt sich Gewalt vermeiden oder zumindest verringern?

Osterbrink: Pflegedienstleitungen sollten darauf achten, ob die Menschen wirklich für die Pflege geeignet sind. Eine Rückversicherung bei vorherigen Arbeitgebern ist sinnvoll. Das Team muss gut gemischt sein, damit es nicht zu Cliquesbildungen kommt. Überlastung und Stress können Gewalt begünstigen. Es gehört zur Kunst des Managers, darauf zu achten.

Was können Kliniken und Pflegeeinrichtungen tun?

Osterbrink: Zunächst geht es darum, Aggression und Gewalt gar nicht erst entstehen zu lassen – durch regelmäßige Schulungen und Supervision. Unabdingbar ist eine explizite Fehlerkultur: Fehler machen ist normal, man kann und muss aber darüber sprechen. Die Sekundärprävention umfasst Deeskalation, wenn Gewalt oder Aggression ausgeübt werden. Bei der Tertiärprävention werden Gewaltvorkommnisse im Nachhinein besprochen. ■

Die Fragen stellte Eva Richter.

Ursachen und Risikofaktoren für Gewalt. Das Institut für Rechtsmedizin des Uniklinikums Düsseldorf legte 2013 das Projekt „Prävention von Gewalt in der Pflege“ auf. Die Wissenschaftler gehen darin auf einige dieser Fragen ein. Risikofaktoren für Gewalt sind demnach demenzielle Erkrankungen, störende und aggressive Verhaltensweisen oder geistige Behinderungen der Pflegebedürftigen sowie fehlende Angehörige, Abhängigkeit und soziale Isolation. Ursächliche Faktoren bei den Pflegenden sind Überforderung, mangelnde berufliche Qualifikation, eigene Gewalt(opfer)-Biografie, psychische, finanzielle oder Suchtprobleme. Weitere, strukturelle Ursachen sind eine zunehmende Arbeitsverdichtung und Zeitnot.

In der Praxis werden Ursachen und Vorkommen von Gewalt kaum thematisiert. Eine im September 2017 veröffentlichte Studie des Deutschen Instituts für angewandte Pflege (DIP) bestätigt dies. Die DIP-Forscher befragten 402 Pflegefachkräfte und Pflegeschüler. Rund 68 Prozent gaben an, dass gewalttätiges Verhalten gegenüber Pflegeheimbewohnern sehr selten bis nie aufgearbeitet werde. Nur knapp ein Drittel berichtete, dass das Thema Gewalt in der eigenen Einrichtung thematisiert wird, beispielsweise durch Aktionstage oder Fort- und Weiterbildungen. Und lediglich 23 Prozent sagten, dass es in ihrer Einrichtung ein Deeskalationsmanagement gibt. Dabei ist Gewalt keine Seltenheit: Knapp ein Drittel (31 Prozent) der Pflegekräfte und -schüler gab an, dass Maßnahmen gegen den Willen von Patienten oder Pflegebedürftigen oft vorkamen. Konkrete Gewaltanwendungen beobachteten rund elf Prozent. Nur rund zehn Prozent erklärten, in den zurückliegenden drei Monaten nie Maßnahmen gegen den Wunsch der Patienten/Pflegebedürftigen erlebt zu haben (siehe Abbildung „Gewalt ist im Pflegealltag gegenwärtig“ auf Seite 22).

Eine Studie über Gewalt in der Pflege, die das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) im Sommer 2017 publiziert hat, kommt zu ähnlichen Ergebnissen: Fast die Hälfte (47 Prozent) von 250 befragten Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten sagte, dass sie „Konflikte, Aggression und Gewalt in der Pflege für ein Thema halten, das die stationären Pflegeeinrichtungen vor ganz besondere Herausforderungen stellt“. Zugleich gaben rund 46 Prozent an, dass es in ihren Heimen kein speziell geschultes Personal im Umgang mit Aggression und Gewalt gibt. 28 Prozent sagten, dass Gewaltereignisse nicht im Fehlerberichtssystem angegeben werden könnten.

Anonyme Meldesysteme erwünscht. Dabei haben die Pflegekräfte nach eigenem Bekunden großes Interesse an entsprechenden Weiterbildungsmöglichkeiten: 78 Prozent wünschen sich laut DIP-Studie hier mehr. Dem stehe jedoch ein nur geringes Bildungsangebot gegenüber, kritisieren fast zwei Drittel (64 Prozent) der Befragten. Die Autoren der DIP-Studie kommen daher zu dem Schluss: Die Auseinandersetzung mit dem Thema Gewalt muss in Ausbildung und Betrieb dringend intensiviert werden. Benötigt werden „wirksame Angebote der Prävention und Aufarbeitung von jeglichen Gewaltsignalen und -erfahrungen in der Pflege“. Außerdem müsse es mehr anonyme Meldesysteme für kritische Ereignisse geben. So kannten nur knapp 46 Prozent der befragten Pflegekräfte und -schüler solche Anlaufstellen.

Auch die befragten Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten der ZQP-Untersuchung haben einen Wunschkatalog: 74 Prozent halten eine Fehlerkultur in der Einrichtung für sehr wichtig, jeweils 44 Prozent wünschen sich eine bessere fachliche Ausbildung zu den Themen Aggression und Gewalt sowie spezifische Unterstützungsprogramme.

Handlungsleitfäden für die Praxis. Umfangreiche und praxisnahe Handlungsleitfäden zur Prävention von Gewalt für Pflege- und Leitungskräfte hat das Institut für Rechtsmedizin an der Uniklinik Düsseldorf erarbeitet. Und eine ganze Reihe von Pflegeeinrichtungen praktiziert bereits Gewaltprävention. Ein Beispiel ist der Paritätische Wohlfahrtsverband Thüringen: „Wir bieten als Verband zahlreiche Fortbildungen zum Thema Gewaltprävention und Kommunikation für die Mitarbeitenden in unseren Mitgliedseinrichtungen an. Auch gibt es in den Einrichtungen viele ‚Räume‘, in denen über erlebte Gewalt gesprochen wird – zum Beispiel bei der Supervision oder in Qualitätszirkeln“, erklärt Pflegereferentin Britta Richter.

Bei der Diakonie Düsseldorf wurde 2013 für die rund tausend Beschäftigten in sieben Pflege- und Alteneinrichtungen ein Leitfaden für den Umgang mit Gewalt in der Pflege entwickelt. Das Thema Gewalt sollte aus der Tabuzone herausgeholt werden. „Die Akzeptanz bei den Mitarbeitern ist sehr gut“, so Christoph Wand, Pressesprecher der Diakonie Düsseldorf. „Wir haben das Gefühl, dass sich im Bewusstsein deutlich etwas geändert hat.“ Der Leitfaden wurde gemeinsam mit Mitarbeitern erstellt. „Wir wollten keinen Top-Down-Ansatz, sondern alle mit einbeziehen.“ Zunächst wurde formuliert, was Gewalt überhaupt ist. Daraus habe sich eine neue Haltung bei den Beschäftigten entwickelt. „Mit diesem Leitfaden hat man jetzt etwas, auf das man sich berufen kann, das ist sehr wichtig.“ Es gab Workshops zur Ge-

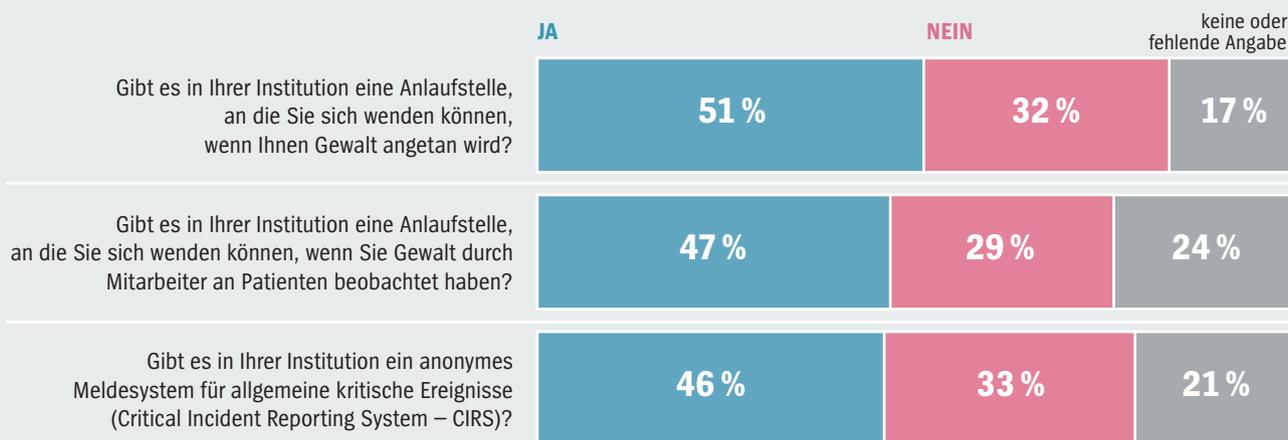
waltprävention, parallel dazu Fortbildungen zum Thema Freiheitsentziehende Maßnahmen. Dazu wurde ein betriebsinternes Gesundheitsmanagement aufgebaut, mit Gesprächsmöglichkeiten für Pflegende und Anti-Stress-Kursen. „Es geht nicht darum, Menschen anzuklagen, sondern sie zu entlasten. Ihnen die Möglichkeit zu geben, Fehler oder Überforderung zuzugeben, ohne Angst haben zu müssen.“

Genau dieser Punkt ist auch Britta Richter wichtig: „Wir müssen in der Gesellschaft einen offenen Dialog darüber führen, dass es beispielsweise durch Überforderung zu Gewalt kommen kann. Dies hat auch viel mit Entlastung zu tun und der Schaffung von Möglichkeiten, die eigene Überforderung zugeben zu können und im Team nach Lösungen zu suchen.“

Kliniken unter Druck. Stichwort „offener Dialog“: In die Öffentlichkeit dringen Missstände in Pflegeeinrichtungen und Kliniken nur gelegentlich. Neueres Beispiel ist die Reportage-Serie des Undercover-Teams um Günter Wallraff. Vor drei Jahren deckte das RTL-Team Missstände in einem Berliner Pflegeheim auf: personell deutlich unterbesetzte Stationen, überlastetes, überfordertes Personal und Pflegebedürftige, die stundenlang in ihren eigenen Ausscheidungen liegen mussten. Dieses Jahr recherchierte das Team erneut. Geändert habe sich fast nichts, so das ernüchternde Fazit der Reportage.

Massiver sind die öffentlichen Reaktionen im Fall des Krankenpflegers und Serienmörders Niels H., der seinen Opfern eine Überdosis an Herzmedikamenten spritzte. Von 1999 bis 2002 war H. am Klinikum Oldenburg, von 2003 bis 2005 im Klinikum Delmenhorst tätig. Obwohl er bereits 2005 aufflog, zogen sich die Ermittlungen bis Ende 2017 hin. Die betroffenen Krankenhäuser zogen daraufhin die Reißleine: Im Klinikum Oldenburg wurde eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz

Fehler und Gewalt: Nachholbedarf bei den Strukturen zur Aufarbeitung



Fehlermeldesysteme und Anlaufstellen für Pflegende, die Gewalt beobachten oder erfahren, sind keine Selbstverständlichkeit: Eine Umfrage unter 402 Pflegekräften und -schülern zeigt, dass lediglich in knapp der Hälfte der Einrichtungen, in denen die Befragten arbeiten, entsprechende Strukturen vorhanden sind.

Quelle: Studienbericht DIP, September 2017

eingeführt, in der über Todesfälle, aber auch Komplikationen oder Zwischenfälle gesprochen wird. Der Einsatz von Medikamenten wird überwacht und es gibt einen Patientenführer.

Auch im Delmenhorster Krankenhaus, das seit dem Fall Niels H. mit Patientenrückgängen zu kämpfen hat, gibt es Konferenzen zu „unerwünschten Ereignissen“. Der Medikamentenverbrauch auf Station wird genau erfasst. Außerdem gibt es ein Whistleblowing-System, über das Mitarbeiter anonym auf mögliche Missstände hinweisen können. Seit März 2017 wird zudem eine qualifizierte Leichenschau durchgeführt: Nachdem der behandelnde Arzt den Totenschein ausgestellt hat, erfolgt die Leichenschau durch einen externen Rechtsmediziner. Bei Unregelmäßigkeiten werden die zuständigen Stationen, Staatsanwalt und Polizei benachrichtigt.

Politik unter Zugzwang. Der Fall Niels H. rief auch die Politik auf den Plan: Der Landtag Niedersachsen setzte Anfang 2015 den Sonderausschuss „Stärkung der Patientensicherheit und des Patientenschutzes“ ein, kurze Zeit später beschloss er eine Bundesratsinitiative dazu. Aufgrund der Ergebnisse des Sonderausschusses sollte das Niedersächsische Krankenhausgesetz geändert werden: Die Novellierung sah vor, dass in den mehr als 180 niedersächsischen Kliniken Stationsapotheker installiert werden, die den Medikamentenmissbrauch erschweren sollen. Alle Krankenhäuser sollten ein anonymes Meldesystem einführen, außerdem sollten sie verpflichtet werden, ihren Mitarbeitern Supervision anzubieten. Auch das Bestattungsgesetz des Landes soll geändert werden: Dort wird künftig genauer geregelt, wann ein Arzt Polizei oder Staatsanwalt informieren muss. Die Novellierung der Gesetze sollte im Herbst 2017 vom Landtag beschlossen werden. Durch die vorgezogenen Neuwahlen ist es jedoch nicht dazu gekommen. Vor allem an der geplanten Einsetzung der Stationsapotheker scheiden sich die Geister: Während die Apothekerschaft dies begrüßt, hält die Krankenhausgesellschaft wegen aus ihrer Sicht ungeklärter Refinanzierung dagegen. Auch auf Bundesebene gibt es Bewegung: Bis 2020 soll ein wissenschaftliches Personalbemessungsverfahren entwickelt werden, das festlegt, wie viel Personal es in einem Heim geben muss (Paragraf 113c SGB XI). Bis zum 30. Juni 2018 soll zudem eine Vereinbarung zwischen Kassen und Krankenhäusern über eine verbindliche Personaluntergrenze für spezielle Bereiche wie Intensivstationen oder Nachtdienst stehen. Diese soll zum 1. Januar 2019 in Kraft treten.

Ausblick: Was sich ändern muss. Gewalt in der Pflege ist weit verbreitet – fast jede dritte Pflegekraft sagt, dass Maßnahmen gegen den Willen von Patienten und Heimbewohnern häufig vorkommen, rund elf Prozent haben in jüngerer Zeit konkrete Gewaltanwendung erlebt. Experten fordern daher zu Recht mehr Angebote zur Gewaltprävention, mehr anonyme Meldesysteme und eine bessere Fehlerkultur in den Einrichtungen. Doch nicht nur die Pflege, auch die Politik ist gefordert: Denn eine wichtige Ursache für Gewalt in der Pflege ist die Überforderung und Überlastung des Pflegepersonals. Ein fundiertes Personalbemessungssystem, wie es derzeit erarbeitet wird, und die Einführung von Personaluntergrenzen sind daher unabdingbar.



Pflegekräfte haben großes Interesse an Weiterbildungen zur Gewaltprävention.

Mehr Sicherheit im Umgang mit Gewalt zu gewinnen ist in doppelter Hinsicht sinnvoll. Denn etwa 56 der 402 Befragten haben in der DIP-Studie angegeben, in den vergangenen drei Monaten selbst Gewalt durch Pflegebedürftige erfahren zu haben. Eine Ausbildung von Pflegekräften in deeskalierendem Verhalten hilft allen Beteiligten. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hat darauf reagiert und für ihre Mitgliedsbetriebe die Fördermöglichkeiten zur Ausbildung innerbetrieblicher Deeskalationstrainer erweitert.

Aber in erster Linie gilt es, alte, kranke und verletzte Menschen zu schützen, die sich nicht wehren können. Wenn die Gesellschaft darauf ein Auge hat, muss niemand Angst haben, in prekärer gesundheitlicher Lage selbst zum Opfer zu werden. ■

Eva Richter ist freie Journalistin für Gesundheits- und Pflegethemen in Rösraht. **Kontakt:** redaktionsbuero.richter@gmx.de

Web- und Lesetipps

- www.dip.de > Materialien > aus der Projektarbeit > Studie „Gewalt in der Pflege“ vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung
- www.zqp.de > ZQP-Befragung „Gewaltbarometer“, 14. Juni 2017
- Jürgen Osterbrink, Franziska Andratsch: **Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt. Wie man sie erkennt. Was wir dagegen tun können.** Beck Verlag 2015