



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Aggression/Gewalt gegen pflegebedürftige
Menschen in der professionellen Pflege“

VerfasserIn

Verena Graf

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium
Pflegewissenschaften

Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.“

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen Personen, die mir bei der Erstellung meiner Magisterarbeit behilflich waren, danken.

Mein großer Dank gilt hierbei meinen Eltern Edith und Walter Graf und meiner Schwester Mag. Karin Graf, die mich während der gesamten Studienzeit sowohl menschlich als auch finanziell unterstützt und mich vor allem in schwierigen Phasen immer wieder vorangetrieben haben. Weiters möchte ich besonders meinem Freund Ing. Mag. Christoph Jeitler für seine großzügige Unterstützung und für seinen Beistand danken.

Ein spezieller Dank gilt allen Freunden und StudienkollegInnen, die mich über die Jahre begleitet haben.

Mein Dank gilt der Leiterin des Lehrstuhles Pflegewissenschaften der Universität Wien, Frau Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer, sowie ihren MitarbeiterInnen, die mir eine große Unterstützung waren. Abschließend möchte ich meinem Betreuer Herrn MMag. Dr. Ferdinand Holub meinen Dank aussprechen, der mir die Chance zu diesem Abschluss ermöglichte.

Inhaltsverzeichnis

I. Abbildungsverzeichnis

II. Tabellenverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Problembeschreibung	4
2.1	Begriffsdarstellung Gewalt und Aggression.....	4
2.1.1	Sozialwissenschaftliche Definitionen	5
2.1.2	Typologie von Gewalt laut WHO	6
2.2	Theorien und Modelle	9
2.2.1	Pflegewissenschaftliche Theorien und Modelle.....	10
2.2.2	Aggressionstheorien	13
2.3	Hintergründe zur Gewaltausübung in der Pflegebeziehung	18
2.3.1	Wechselseitiges Abhängigkeitsverhältnis	19
2.3.2	Rollenkonflikte.....	21
2.3.3	Burn – out.....	24
2.3.4	Fazit.....	25
2.4	Ausdrucksformen von Gewalt durch Pflegende	26
2.5	Exkurs: Gewalt in der frühen psychiatrischen Pflege und im Nationalsozialismus	36
2.6	Exkurs: gesetzliche Grundlagen	40
2.6.1	Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich.....	40
2.6.2	Freiheitsbeschränkung	43
2.7	Fallbeispiele von Gewalttaten	47
2.7.1	Die Vorgänge in Lainz 1989.....	49
2.7.2	Aktuelle gewalttätige Vorfälle und Missstände.....	54
2.7.3	Analyse.....	55
3	Unterstützungsmöglichkeiten zur Gewaltverhinderung in der Pflege	59
3.1	Rahmenbedingungen.....	59
3.1.1	Ausbildung	59
3.1.2	Arbeitsumfeld	63
3.2	Individuelle Ebene	67
3.2.1	Selbstwahrnehmung	68
3.2.2	Teamarbeit	70
3.3	Öffentlichkeitsarbeit.....	71
3.4	Zusammenfassung	72
4	Interview	75
4.1	Zusammenfassung relevanter Passagen	75
4.2	Interpretation	77

5	Resümee	78
6	Literaturverzeichnis	81
7	Anhang	88
7.1	Zusammenfassung.....	88
7.2	Abstract	89
7.3	Lebenslauf	91

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Typologie von Gewalt, WHO Stand 2003.....	8
Abbildung 2:	Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt, WHO Stand 2003	16
Abbildung 3:	Auszug aus der Antragsstellung an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2003.....	60
Abbildung 4:	Schematische Darstellung „Anti – Gewalt – Curriculum“.....	65
Abbildung 5:	Pflegebewältigung durch Selbstsorge.....	69
Abbildung 6:	Mögliche Gewaltbeeinflussung.....	73

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kommunizieren.....	27
Tabelle 2:	Sich Bewegen.....	28
Tabelle 3:	Vitale Funktionen des Lebens.....	28
Tabelle 4:	Sich Pflegen.....	29
Tabelle 5:	Essen und Trinken.....	29
Tabelle 6:	Ausscheidung.....	30
Tabelle 7:	Sich Kleiden.....	30
Tabelle 8:	Ruhen und Schlafen.....	31
Tabelle 9:	Sich Beschäftigen, Lebensfeldgestaltung, Wohnen.....	31
Tabelle 10:	Sich als Mann oder Frau fühlen oder verhalten.....	32
Tabelle 11:	Für eine sichere Umgebung sorgen.....	32
Tabelle 12:	Soziale Bereiche des Lebens sichern.....	33
Tabelle 13:	Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen.....	33
Tabelle 14:	Ausdrucksformen von Gewalt.....	34
Tabelle 15:	Auslastung der Betten auf der Abteilung.....	52
Tabelle 16:	Ausbildung in den 1980er Jahren.....	61
Tabelle 17:	Ausbildung im Jahr 2012.....	62

1 Einleitung

Morrison (1990) definiert allgemein aggressives Verhalten im stationären Bereich wie folgt:

„Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind.“ (Morrison 1990,S.78)

Meine Arbeit behandelt die Thematik Aggression/Gewalt in der professionellen Pflege mit Berücksichtigung gewalttätiger Vorfälle, wie in Wien – Lainz 1989.

Dieses Thema ist lange in der Gesellschaft und auch in der Pflegeausbildung tabuisiert worden (vgl. Wiesemann 2003, S.122). Zu dem Bild der idealisierten, aufopfernden, charakterlich hochstehenden und ihre eigenen Bedürfnisse negierenden Pflegeperson passt diese Problematik kaum. Jedoch gab es auch Epochen, in der psychiatrischen Pflege beispielsweise, in denen die PatientInnen vom Pflegepersonal diszipliniert werden durften und Pflegepersonen im nationalsozialistischen Regime, die etwa an „Euthanasiemaßnahmen“ und Zwangsterilisationen teilnahmen (vgl. Fürst, Malina 2004, S.141).

Gewalt durchdringt das Leben vieler Menschen. In irgendeiner Weise sind alle betroffen. In dieser Arbeit werde ich speziell die Gewaltausübung durch Pflegepersonen an Pflegebedürftigen in

Alten – und Pflegeheimen thematisieren. Es sind allerdings nicht nur zu pflegende KlientInnen betroffen, sondern auch Pflegende selbst sind immer wieder gewalttätigem Verhalten ausgesetzt. Sie erleben Gewaltausbrüche durch PatientInnen oder deren Angehörigen (vgl. Hartdegen 1996, S.215). Diesen Bereich werde ich aufgrund des umfangreichen Themengebietes nicht bearbeiten.

Gewalt und aggressives Verhalten sind zwei untrennbare Begriffe. Sie gehören oft zur Tagesordnung in den Pflege – und Altenheimen in Österreich. Als noch immer bestehendes Tabuthema dringen nur vereinzelt Fälle an die Öffentlichkeit, doch falls, ist das mediale Interesse sehr groß (vgl. Maisch 1997, S.69).

Viele Gewalttaten werden nicht als solche verstanden. Pflegepersonen handeln oft im „Nichtwissen“ über ihr Tun. Schon ein einziger Blick oder ein einziges Wort kann als aggressiv gelten und dem Gegenüber schaden (vgl. Hartdegen 1996, S.90). Obwohl die Gesellschaft auf dieses Thema sensibilisiert scheint, durch das unregelmäßige Auftauchen von Pflegemissständen in den Medien, ist nur wenig zu diesem Problem bekannt. Die Forschung hat auf Grund des empfindlichen Themenbereiches einen erschwerten Zugang. In nur wenigen Fach – und Lehrbüchern der Pflege und Medizin wird auf die Problematik eingegangen (vgl. Hirsch, 2001, S.20).

Der Begriff Aggression/Gewalt ist sehr weit gestreut, es existieren verschiedene Definitionen dazu.

Von massivem Druck, verbaler Aggression bis hin zur körperlichen Gewalt kann es in Pflegesituationen kommen um zum Beispiel den Willen der Pflegeperson durchzusetzen. Auch

Vernachlässigung, Benachteiligung, Abwertung, missbräuchliche Verwendung von Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, sexuelle Übergriffe und finanzielle Ausbeutung können als Gewaltakt angesehen werden (vgl. Hartdegen 1996, S.92ff). In einzelnen Fällen töteten Pflegepersonen PatientInnen, wobei die Bandbreite der Beweggründe von Mitleid, Überforderung, psychischen Problemen bis hin zu Machtphantasien reichen können (vgl. Maisch 1997, S.98f).

Im Zuge dieser Diplomarbeit möchte ich das Thema „Aggression/Gewalt in der Pflege“ bearbeiten, auf verschiedene Definitionen, Theorien und Modelle eingehen und die unterschiedlichen Beweggründe der Pflegepersonen als auch die Ursachen zusammenfassend darstellen. Weiters werde ich eine Auflistung zeigen, wie sich aggressives Verhalten, ausgeübt von Pflegepersonen, äußert, ergänzt durch eine Anführung verschiedener Fälle, die gesellschaftliche Aufmerksamkeit errungen haben. Abschließend präsentiere ich mögliche Maßnahmen und Modelle zur Gewaltverhinderung.

2 Problembeschreibung

In dem folgenden Kapitel möchte ich einen Überblick zu der Thematik Gewalt und Aggression in der Pflege geben, zu ihren Ursachen und Formen, zu Faktoren die sie begünstigen, auslösen und fördern, unterlegt mit der Darstellung verschiedener Fälle, wie jener auf der damaligen Station für innere Medizin Lainz.

2.1 Begriffsdarstellung Gewalt und Aggression

Nach einer Beschreibung des österreichischen Wörterbuchs ist Gewalt „... jemand(en) Gewalt antun: jemand z.B. misshandeln ...“ Aggression „... Angriff; feindseliges Verhalten ...“ (Österreichisches Wörterbuch 2003, S.35, S.243).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt folgendermaßen:

„Der absichtliche 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 führt.“

[...]

„Gewalt ist ein äußerst diffuses und komplexes Phänomen, das sich einer exakten wissenschaftlichen Definition entzieht und dessen Definition eher dem Urteil des Einzelnen überlassen bleibt.“ (WHO 2003, S.14f).

Es gibt zahlreiche Definitionen von Aggressivität und Gewalt in unterschiedlichen Disziplinen. Diese Begriffe sind sehr facettenreich, auch innerhalb einzelner Forschungszweige finden sich verschiedene Auffassungen und Definitionen dazu. Es gibt sehr viele Gewaltformen, Gewalt hat viele Gesichtspunkte und Ausprägungen (vgl. Hartdegen 1996, S.8).

Sozialwissenschaftlich gesehen ist Gewalt und Aggression eine Art der Machtausübung, der illegitimen Zwangsausübung. Grenzen können nicht immer klar gezogen werden. Ab wann wäre eine Tat oder ein Verhalten als Gewaltakt zu bewerten? Das ist eine Frage, die jeder Mensch anders beantworten würde.

Nachstehend führe ich allgemeine Definitionen aus der Sozialwissenschaft an.

2.1.1 Sozialwissenschaftliche Definitionen

Aggression ist *„allgemein jede Form feindseligen Verhaltens oder feindseliger, angriffsbereiter Einstellung“* (Hillmann 1994, S.10f)

Gewalt stellt *„die Anwendung von physischen und psychischen Zwang ... als Ausdruck von Aggressivität, [...] als legitimes oder als unrechtmäßiges –Mittel zur Begründung, Aufrechterhaltung*

oder zur Überwindung bestimmter Macht – und Herrschaftsverhältnisse" dar (Hillmann 1994, S.293ff).

Weitere mögliche Begriffsdefinitionen sind beispielsweise *„Mit Aggression ist jenes Verhalten gemeint, das im Wesentlichen das Gegenteil von Passivität und Zurückhaltung darstellt"* (Bach & Goldberg 1974, S.14) oder *„an act whose goal – response is injury to another organism"* (Dollard et al. 1939, S.28).

Bei der Durchsicht verschiedener Definitionen, wird ersichtlich, dass sich die Begriffe Gewalt und Aggression kaum trennen lassen. Zwar kann Aggression eher auf der Gefühlsebene angesiedelt werden und Gewalt als Akt selbst gesehen sein, doch schließen sie einander nicht aus.

Sowohl Aggression als auch Gewalt verstehe ich somit als untrennbare Begriffe und verwende sie synonym in dieser Arbeit.

2.1.2 Typologie von Gewalt laut WHO

In dem 2003 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verfassten Bericht über Gewalt und Gesundheit, wurde eine mögliche Typologie von Gewalt erarbeitet.

In der folgenden Abbildung (Abb.1) ist die Kategorisierung des Begriffes Gewalt laut WHO in drei Dimensionen angeführt

1. „self – directed“ – die Gewalt gerichtet gegen die eigene Person
2. „interpersonal“ – die zwischenmenschliche Gewalt und
3. „collective“ – die kultuerelle Gewalt.

Die erste Dimension teilt sich in suizidales Verhalten (suicidal behaviour) und Selbstverstümmelung (self – abuse) Die kulturelle Gewalt wird als instrumentalisierte Gewaltanwendung, gegen Gruppen oder mehrere Einzelpersonen, ausgeübt von Mitgliedern anderer Gruppen, um gesellschaftliche (social), politische (political) oder wirtschaftliche (economic) Ziele durchzusetzen.

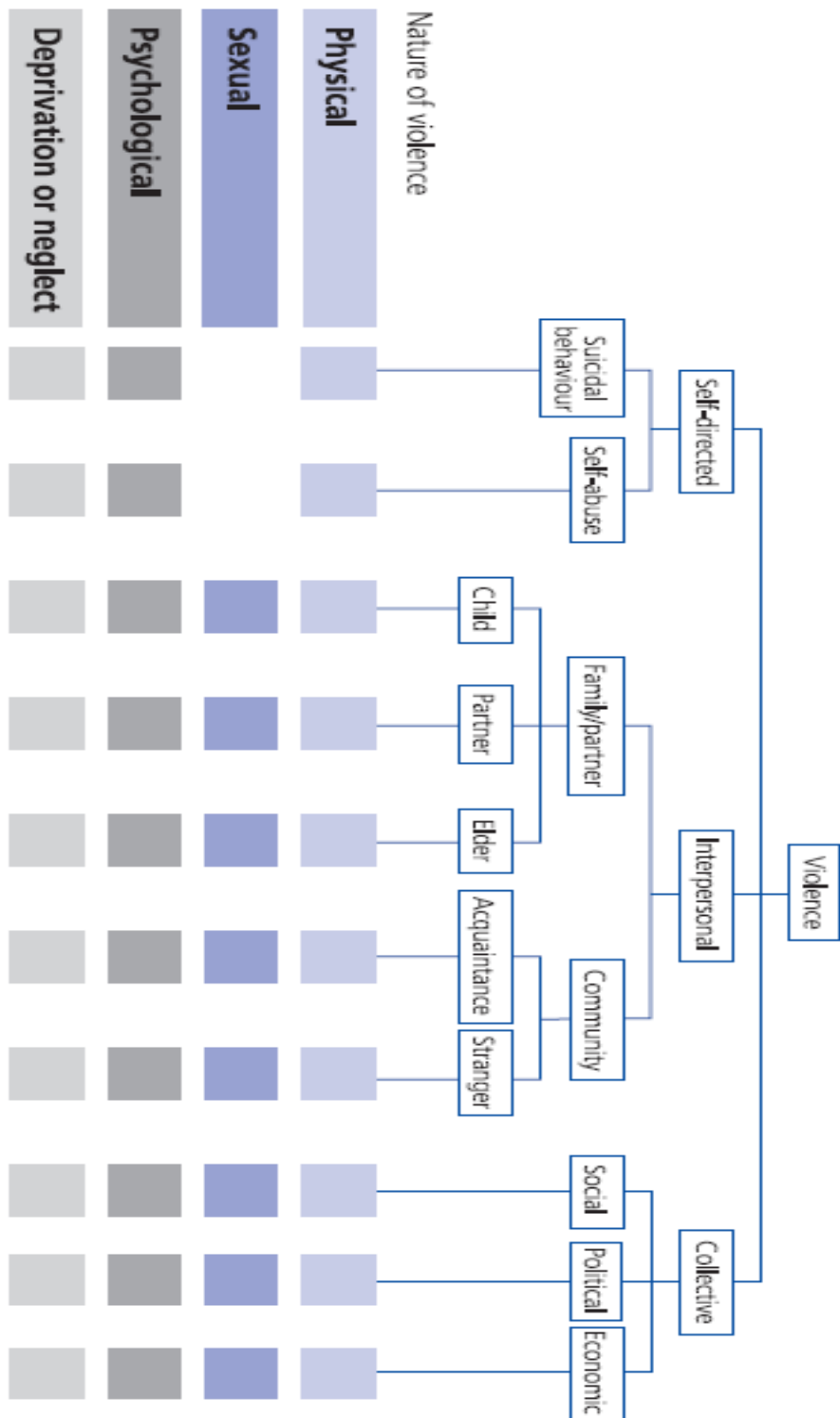


Abb. 1. Typologie von Gewalt (Quelle: WHO - Bericht 2003, S.16)

Gewalt in Alten – und Pflegeheimen oder auf geriatrischen Stationen bezieht sich auf die zweite Dimension, die zwischenmenschliche (interpersonal). Diese teilt sich wiederum in zwei Unterkategorien:

1. Familie und Intimpartner (family/partner), weitgehend im häuslichem Umfeld ausgeübt,
2. Gewalt von Gemeinschaftsmitgliedern verübt (community), oft durch nicht verwandte oder bekannte Personen ausserhalb des Zuhauses.

Auch wenn die Beziehungen zwischen Pflegepersonen und KlientInnen teilweise eng sind, gehören mögliche Gewaltaspekte zur zweiten Kategorie.

Wie Abbildung 1 zeigt, differenziert die WHO den Gewaltakt in vier Bereiche, in den physikalischen, in sexuell ausgeübte Gewalt, in den psychologischen und in 'Vernachlässigung. All diese Handlungsbereiche können als aggressive Handlungen in geriatrischen Einrichtungen auftreten.

2.2 Theorien und Modelle

Nach diesem allgemeinen Überblick zu den Begrifflichkeiten Gewalt und Aggression, möchte ich im folgenden Abschnitt exemplarisch zwei Beispiele von in der Pflegepraxis gebräuchlichen Theorien und Modellen diesem gegenüberstellen. Sie sollen eine Vorstellung darüber vermitteln, in welchem Verhältnis und in welchem Bezug Pflegeperson und geriatrische PatientInnen im Pflegealltag zueinander stehen – so wie es in der Ausbildung gelehrt wird.

Weiters werde ich einige bekannte Aggressionstheorien vorstellen.

2.2.1 Pflegewissenschaftliche Theorien und Modelle

Durch die kurze Vorstellung zweier pflegewissenschaftlicher Modelle und Theorien möchte ich vermitteln wie eine gute Pflegebeziehung aussehen könnte. Die Aufgabe pflegewissenschaftlicher Theorien ist es eine Orientierungshilfe für die Praxis zu geben und Verbesserungen zu ermöglichen (vgl. Schädle – Deininger, Villinger, 1997, S.60).

In der Pflegewissenschaft werden Erklärungsansätze über Handlungen, Methoden und Zielsetzungen der Pflege als Pflegekonzepte, Pflege-theorien und Pflegemodelle bezeichnet. Theorien helfen bei der Entscheidungsfindung und dienen als Wissensvermittlung.

Theorien kommen aus der Praxis. Sie geben einen Nachweis über Pflegeleistungen, deren Effektivität und fördern bewussteres Handeln. Weiters haben sie Einfluss auf die Kommunikation.

Pflege-theorien schaffen quasi die wissenschaftliche Basis für das praktische Tun in der Pflege (vgl. Kühne – Ponesch 2004, S.13ff).

Schon 1859 verfasst Florence Nightingale als ersten Versuch einer Pflege-theorie das Werk „Notes on Nursing: What it is and what it is not“. Dabei beschreibt sie die Rahmenbedingungen, die für eine erfolgreiche Pflege nötig sind wie beispielsweise die erforderlichen hygienischen Bedingungen und die Ernährung.

Selbstpflegemodell nach Orem

Dorothea Orem stellt sich die Frage was die Aufgabe der Pflege ist. Sie begann mit den ersten Definitionen von Pflege und Praxis und kritisiert deutliche Mängel in der praktischen Ausbildung.

Diese Theorie wird heute in die Praxis implementiert.

Das Selbstpflegemodell nach Dorothea Orem (1970) gliedert sich in drei Theorieteile, in das Selbstpflegedefizit, in die Selbstpflege und das Pflegesystem (vgl. Schädle – Deininger, Villinger 1997, S.67).

Die Aufgabe einer geschulten Gesundheits – und Krankenpflegeperson ist es das Selbstpflegedefizit (verlorengegangene Fähigkeiten) zu erkennen, es abzuschätzen und die adäquaten Pflegemaßnahmen einzuleiten.

Die Hauptaufgaben der Pflegenden sieht Orem in der Aufrechterhaltung und Förderung der (noch) bestehenden Fähigkeiten der PatientIn, sie zu schützen und für sie Entscheidungen und Urteile zu treffen. Die Pflegefachkraft kompensiert sozusagen das Selbst(pflege)defizit der KlientIn.

Die Aufgaben der zu Pflegenden liegen in der Annahme der Unterstützung und in der Selbstaussführung der vorhandenen Kompetenzen. Orem's allgemeine „Selbsthilfeerfordernisse“ sind die Erhaltung von Luft, Wasser, Nahrung, Aktivität, Ruhe, Ausscheiden, Alleinsein, soziale Interaktion, Vermeidung von Gefahren und die Förderung des menschlichen Funktionierens (vgl. Schädle – Deininger, Villinger 1997, S.67).

Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm

Das Pflegemodell von Erwin Böhm (1999) vertritt die These, dass die Selbstfürsorge und Selbstpflege betagter Menschen möglichst

lange zu erhalten ist und gegebenenfalls verlorene Fähigkeiten durch pflegerische Unterstützung wiederhergestellt werden sollen.

Mittels einer genauen Pflegediagnostik und Biographiearbeit sollen die KlientInnen reaktiviert werden, sowie durch Unterstützung der Eigenständigkeit aktiviert werden. Was die PatientIn selbst durchführen kann, soll sie auch tun (vgl. Kühne Ponesch 2004).

Böhm spricht von einer „Bedürfnispflege“. Darunter versteht er, dass ein Pflegeprozess nur aufgrund von Pflegediagnosen diverse Maßnahmen rechtfertigt.

„Bei Krankheit und physischer Einschränkung können allgemeine Bedürfnisse sehr spezifische Formen annehmen. Patienten wollen mehr als bloß Aufmerksamkeit.“ (Hausmann 2005, S.38).

Zu Pflegende haben verschiedenste Bedürfnisse. Schmerzfreiheit und das Bedürfnis nach einer guten, adäquaten Pflege stehen in der Bedürfnispyramide einer KlientIn an erster Stelle. Diesen Sicherheitsbedürfnissen folgen Bedürfnisse bezüglich der sozialen Bindung wie beispielsweise nicht als gesichtslos, als eine von vielen betrachtet zu werden, sondern als mündige BewohnerIn respektvoll behandelt zu werden. Laut Hausmann ist es für Pflegepersonen ein Leichtes auf die emotionalen Bedürfnisse einzugehen und diese auch richtig zu erkennen.

Dieser kurze schematische Umriss der beiden Modelle/Theorien soll der Verdeutlichung dienen, wie die „Zusammenarbeit“ zwischen Pflegenden und zu Pflegenden ablaufen soll.

2.2.2 Aggressionstheorien

Durch die folgenden Ausführungen, basierend auf dem Werk von Hartdegen (1996, S. 16–75), gebe ich eine Zusammenfassung einiger möglicher Grundlagen, die hinter gewalttätigem Handeln stehen können.

Triebtheorien

Zum einen kennt die Literatur das „Psychoanalytische Modell nach Freud“ (Sigmund Freud, 1856-1939). Dieses führt aus, dass ein Trieb das Ergebnis von körperlichem Spannungszustand ist. Er dient der Selbsterhaltung sowie allgemein der Lebens- und Arterhaltung. Freud unterscheidet einerseits nach Primärtrieben (diese sind von Geburt an vorhanden), welche Grundbedürfnisse wie Nahrungsaufnahme, Atmen oder Sexualität stillen sollen. Andererseits führt er Sekundärtriebe an, wie zum Beispiel den Lebens- oder Todestrieb, zu diesen alle lebenserhaltenden Triebe zählen.

Wenn diese Triebe nicht passend ausgelebt werden können oder dürfen, kann dies zu Aggressionsausbrüchen führen. Zwischenmenschliche Bindungen können dies fördern oder verhindern (vgl. Hartdegen 1996, S.19f).

Zum anderen wird die „Instinkttheorie“ (bzw. endogene Aggressionstheorie) angeführt, welche von Konrad Lorenz (1903 –1989) entwickelt wurde. Durch diverse Forschungen wertete Lorenz Aggression als eine angeborene, spontan auftretende Kampfbereitschaft, die jedoch für das Überleben des Individuums unabdinglich sei. Die Aggression ist dabei intraspezifisch

gerichtet. Der angeborene Aggressionsinstinkt dient zur Verteidigung des Lebensraumes (vgl. Schädle – Deininger, Villinger 1997, S.257). Ihren Ursprung hat sie im Tierreich, von wo sie in weiterer Folge auf den Menschen „übertragen“ wurde. Das Ausleben der Aggression sieht Lorenz als Notwendigkeit zur Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit (vgl. Hartdegen 1996, S.27ff).

Frustrations-Aggressions-Hypothese

Der Terminus „Frustration“ leitet sich vom lateinischen Wort „frustratio“ ab und bedeutet so viel wie „Täuschung einer Erwartung“. Eine Gruppe von Wissenschaftlern der Universität Yale (1939) leitete daraus die Frustrations – Aggressions – Hypothese ab. In dieser wird beleuchtet,

- *) wie groß die Motivation ist, ein Ziel zu erreichen
- *) wie groß der Hemmungsfaktor ist
- *) wie oft man dabei unterbrochen wird.

Das heißt jede Aggression wäre auf eine Frustration (Triebblockierung oder Verhinderung einer Aktivität) zurückzuführen.

Aus der Hypothese kristallisieren sich drei Arten der Frustration heraus:

- *) die Hindernisfrustration, das bedeutet die Erreichung des gewünschten Zieles wird behindert
- *) die Frustration auf Grund von Entbehrungen, beispielsweise Nahrungsentzug
- *) die Frustration durch unerwünschte Reize, wie zum Beispiel Störungen durch Lärm (vgl. Dollard, Miller et al. 1939).

Die Theorie des sozialen Lernens aggressiven Verhaltens

Die „Klassische Konditionierung“ nach Petrowitsch Pawlow (1849-1936) sagt aus, dass – je öfter ein positiver Reiz auf jemanden ausgeübt wird – dieser mit positiven Reaktionen begleitet wird. Das bekannteste Experiment zu diesem Ansatz führte Pawlow mit einem Hund („Pawlow´sche Hund“) durch, wo er während dem Fütterungsprozess regelmäßig mit einer Glocke geläutet hat – nämlich genau in jenem Moment, wo es beim Hund durch das Erblicken des Futters zu vermehrtem Speichelfluss kam. Dieser Speichelfluss konnte in der Folge durch alleiniges Läuten der Glocke hervorgerufen werden, ohne dass es mit dem Füttern des Hundes einherging. Der Speichelfluss wurde somit konditioniert.

Im Gegensatz dazu wird beispielsweise das Geräusch eines Zahnarztbohrers als unangenehm empfunden. Auf dieselbe Weise kann auch aggressives Verhalten konditioniert werden.

Operante Konditionierung

Die „operante Konditionierung“ nach Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) ist im Gegensatz dazu nicht auf das Reizreaktionsverhalten beschränkt, sondern untersucht die Verbindung zwischen Verhalten als Reaktion und dem ausgeübten Reiz. Das bedeutet, das Individuum – wie etwa der oben angeführte Hund – entscheidet selbstständig, ob es beispielsweise eine Belohnung erhalten will oder nicht, indem es „etwas Gutes“ tut. Wenn darauf hin jedoch die konditionierte Belohnung vorenthalten wird, muss es zu aggressivem Verhalten kommen, um die Belohnung wie gewohnt zu erlangen.

Aggression kann somit aus Beobachtung erlernt werden, wie das Modell „Lernen am Modell“ zeigt. Weiters führen Erfolge durch aggressives Verhalten („Verstärkungslernen“) zu einer Bekräftigung (vgl. Bandura 1973).

Abschließend bleibt zu sagen, dass Aggression durch die soziale und politische Umgebung ebenso beeinflusst wird und nicht ausschließlich ein individuelles Problem darstellt.

Ökologisches Modell

Die Weltgesundheitsorganisation versucht diese Vielschichtigkeit anhand des ökologischen Modells aufzuzeigen.

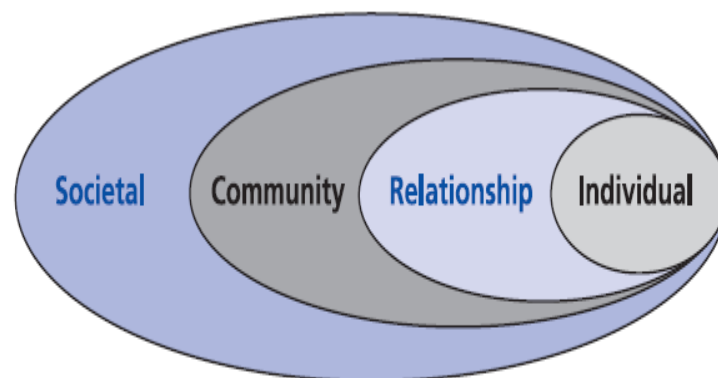


Abb. 2. Ökologisches Erklärungsmodell der Entstehung von Gewalt (Quelle: WHO - Bericht 2003, S.13)

Gewalt setzt sich aus verschiedenen Faktoren zusammen, wie etwa biologische, soziale, kulturelle, wirtschaftliche und politische Einflüsse. Erscheinungsformen von Gewalt können nicht auf bestimmte Risikofaktoren zurückgeführt werden, sondern bestehen aus einer Wechselwirkung derselben.

An Hand von Abbildung 2 soll dies verdeutlicht werden. Auf Ebene eins befinden sich die biologischen Faktoren ("Individual"), wie zum Beispiel Alter, Beruf und Einkommen, aber auch persönliche Einflüsse wie früheres Aggressionsverhalten oder Substanzenmißbrauch. Die zweite Ebene bildet die Beziehungsebene ("Relationship"), auf dieser insbesondere zwischenmenschliche Faktoren beheimatet sind. In Sektor drei ("Community") geht es besonders um soziale Beziehungen in der Gemeinschaft, wie etwa am Arbeitsplatz oder in der Nachbarschaft. Level vier bildet die gesellschaftlichen Faktoren ab ("Societal"), welche unter Umständen Gewaltbereitschaft begünstigen können.

Wie man an Hand dieses Modells erkennt, überschneiden sich die einzelnen Ebenen, um die gegenseitigen Wechselwirkungen darzustellen.

Ferner existieren physiologische Erklärungsmodelle, beispielhaft führe ich nachstehendes an.

Physiologische Grundlagen der Aggression

Das Verhalten des Menschen baut sich relativ komplex auf. Statistisch ist aufgezeigt worden, dass beispielsweise Frauen weit weniger Straftaten als Männer ausüben (vgl. Hartdegen 1996, S.37f). Dennoch ließ sich daraus wissenschaftlich nicht belegen, dass dies auf Grund des fehlenden Testosteronhormons der Fall

ist. Das bedeutet Aggression lässt sich nur schwer auf physiologische Faktoren, wie beispielsweise auf den Hormonhaushalt zurückführen. Dafür ist Aggression zu dimensionsreich aufgebaut, doch spielen die physiologischen Gegebenheiten eine Rolle zur Begünstigung von gewalttätigem Verhalten.

Weiters können physiologische Erregungen wie etwa Stress aggressives Verhalten fördern bzw. begünstigen (vgl. Hartdegen 1996, S.39f).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Aggression sehr komplex strukturiert ist und sich von Individuum zu Individuum unterschiedlich äußert.

2.3 Hintergründe zur Gewaltausübung in der Pflegebeziehung

Viele verschiedene Faktoren fördern und begünstigen aggressives Verhalten. Ich stütze mich bei den kommenden Unterpunkten hauptsächlich auf das Werk von Hartdegen (1996, S. 103 – 133).

Wie bereits teilweise in dem Abschnitt „Aggressionstheorien, Frustrations – Aggressions – Theorie“ beschrieben, lassen sich zusammenfassend fünf Frustrationsbereiche benennen, die Einfluss auf gewalttätiges Verhalten nehmen können

*) Familiäre Probleme/in der Partnerschaft – wie Einsamkeit, Konflikte oder auch sexuelle Probleme,

- *) persönliche Probleme – beispielsweise mangelnde Dankbarkeit für die verrichtete Arbeit oder Erfolglosigkeit in der Altenpflege (oft als „Endlospflege“ bezeichnet),
- *) „unverarbeitete Autobiographie“ – frühere Autoritätskonflikte, verdrängte Endlichkeit oder Helfersyndrom fallen unter diesen Bereich,
- *) Teamprobleme – Probleme mit ArbeitskollegInnen können zum Beispiel fachlich, organisatorisch oder auch persönlicher Natur sein,
- *) strukturelle Zwänge – wie die Arbeitszeiten, Personalmangel oder der Erhalt von wenig Prestige können Aggression begünstigen (vgl. Hartdegen 1996, S.54).

2.3.1 Wechselseitiges Abhängigkeitsverhältnis

Pflegepersonen und HeimbewohnerInnen stehen in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis, welches sich durch Frustration in verschiedenen Bereichen äußert.

Ungleiche Machtverteilung

Die einer Pflegenden bekannten Beziehungsmuster werden durch eine Umkehr der Machtverhältnisse verändert. HeimbewohnerInnen haben weitgehend in der Gesellschaft nicht mehr den Platz inne, wo sie sich um Mitmenschen, Familie oder PartnerIn kümmern, sondern dieses Machtverhältnis wurde umgelagert. Das Pflegepersonal ist die ausführende Kraft.

Vielen Pflegepersonen ist nicht bewusst, welche Macht ihrem Handeln zugeschrieben wird. So wurde festgestellt, dass sich rund die Hälfte aller Pflegepersonen machtlos fühle und sie in

einem Chaos der Zwänge – durch die PatientIn oder durch beispielsweise strukturelle Gegebenheiten verursacht – herumtreibe (vgl. Hartdegen 1996, S.103).

Einerseits kommt es in vielen Fällen vor, dass eine Pflegeperson bestimmte aggressive oder gewalttätige Handlungen ausführt ohne Bewusstsein darüber, wie zum Beispiel verbale Gewalt (siehe Kapitel 2.4.). Auch die Konsequenzen werden oft nicht gesehen oder bedacht. Pflegepersonen können weiters ohne besondere Ausprägung eines Schuldbewusstseins aggressive Taten verüben.

Andererseits kann auch der Wunsch Machtphantasien auszuleben ein Aktivator für gewalttätiges Handeln sein und sich unter anderem in der Missachtung der PatientInnenbedürfnisse äußern (vgl. Stemmer 2001, S.292). Es kann dazu kommen, dass pflegerische Maßnahmen gegen den PatientInnenwillen durchgeführt werden. Gegenteilig wird diese Macht auch dazu genutzt PatientInnenbelange zu schützen. Deutlich ist, dass ein Machtgefälle zugunsten der Pflegekraft besteht (vgl. Stemmer 2001, S. 298f).

Ängste der Pflegeperson

Die Ängste einer Pflegeperson können sich auf alle fünf oben genannten Frustrationsbereiche beziehen. Wenn die eigene Persönlichkeit nicht ausreichend stabilisiert ist um sich vor äußeren Einflüssen schützen zu können, dann wird aggressives Verhalten häufig dazu eingesetzt um die Störfaktoren zu beseitigen. Hartdegen differenziert zwischen zwei Formen der Angst, die Angst vor dem Verschlungenwerden und die Angst vor dem Ausgestoßensein. Das bedeutet, das Pflegepersonal hat Angst

- *) vor Erschöpfung und Kraftlosigkeit
- *) vor Kritik, Beschimpfung, Missbilligung
- *) vor Ablehnung, Zurückweisung, Entlarvung von Defiziten
- *) vor Schwäche, Versagen und dem „unaufhörlichem Sterben“.

Diese Ängste können Auslöser von gewalttätigen Handlungen sein oder diese verstärken (vgl. Hartdegen 1996, S.106).

2.3.2 Rollenkonflikte

Rollenkonflikte einer Pflegekraft werden durch ihre Ängste häufig bestärkt. Hildegard Peplau beschreibt in ihrer Pflegetheorie verschiedene Rollen der Pflegeperson, die sie im Pflegeprozess einnehmen soll (vgl. Kühne – Ponesch, S.126f).

Die „Rolle des Unbekannten“ bezieht sich auf die erste Begegnung. Die Pflegeperson sollte der KlientIn höflich und unbefangen entgegentreten. Weiters kommt die „Rolle der Hilfsperson“ zum Tragen. Die Pflegende gibt der PatientIn Auskunft auf alle möglichen Fragen. Später nimmt sie die „Lehrerrolle“ ein, die sich wiederum in die „Gebende“ und „Nehmende“ teilt. Als „Gebende“ tritt sie in eine BeraterInnenfunktion und als „Nehmende“ nimmt sie schlussendlich die Rolle der LehrerIn als BeobachterIn ein. Unter der „Führungsrolle“ sollten die zu Pflegenden motiviert werden, durch die „Beraterrolle“ wird auf die Wünsche der PatientIn eingegangen, wobei die Beratung so erfolgen sollte, dass die KlientIn die Vorschläge verstehen und annehmen kann. Als letzte Rolle nennt Peplau die „Stellvertreterrolle“. Darunter versteht sie, dass die PatientIn die Pflegeperson nicht als solche wahrnimmt, sondern als eine andere Person und somit die Möglichkeit besteht die zu Pflegende als Mensch zu akzeptieren

(vgl. Kühne – Ponesch 2004). Diese verschiedenen Rollen können während des Pflegeprozesses öfter aufkommen. Auch Mischformen sind möglich. Je nachdem in welcher „Rolle“ sich die Pflegeperson befindet, wird ihr Verhalten beeinflusst. Sie können auch widersprüchlich werden. Die Pflege soll das Wohlbefinden der PatientIn im Vordergrund sehen.

Die Pflegekraft nimmt nicht nur möglicherweise Rollen ein, die sie schwer oder nicht erfüllen kann, was wiederum Aggressivität fördert, sondern dem Berufsbild der Pflegenden werden gesellschaftlich auch Rollen zugeschrieben. Das weitverbreitete idealisierte Bild der Gesellschaft von einer Pflegekraft fordert viel ab. Sie wird als uneigennützig, aufopfernd, wohlätig und einfühlsam gesehen. Weiters sollte sie kompetent, gut ausgebildet, teamfähig, kooperativ und diszipliniert sein (vgl. Hartdegen 1996, S.111f). Diese Aufzählung könnte noch weitergeführt werden und soll zeigen, dass durch die hohen Erwartungen Ängste und in weiterer Folge Rollenkonflikte auftreten können.

In neueren Lehrbüchern werden zwar gewisse Fähigkeiten gefordert, doch werden sie als erlernbar betrachtet. Trotzdem ist vielen Pflegekräften dieses Bild „anerzogen“ worden, wo die individuelle Persönlichkeit in den Hintergrund rückt (vgl. Hartdegen 1996, S.112).

Helferrolle

Der Psychoanalytiker Wolfgang Schmidbauer („Hilflose Helfer“ 1977) hat den Begriff „Helfersyndrom“ geprägt. Eine Person, die an dem Helfersyndrom leidet, versteift sich zunehmend auf ihre Helferrolle. Dieses Syndrom tritt häufig in sozialen Berufen auf. Personen, die davon betroffen sind, leiden an einem geringen

Selbstwertgefühl, welches sie ausschließlich durch ihre Taten nähren. Dies kann sich so stark äußern, dass sie ihre Hilfe regelrecht aufzwingen, sie ihre eigenen Grenzen und Bedürfnisse übersehen und mögliche Hilfestellungen anderer ablehnen (vgl. Hartdegen 1996, S.116f). Betroffene Personen sehen sich in ihrer Umwelt oft als „gut und böse“. Dieses Denken ist laut Schmidbauer in der Kindheit verwurzelt, indem sie häufig für die Gefühlslage von ihnen nahestehenden Personen verantwortlich gemacht wurden – beispielsweise wie „Mama ist wegen dir traurig“. Sie haben in der Kindheit gelernt, dass sie von der Anerkennung anderer abhängig sind. Deshalb verspüren sie den Drang stets ein „guter“ hilfsbereiter Mensch zu sein, ansonsten wären sie ein „schlechter“, egoistischer Mensch. Sie fühlen sich nur geliebt und angenommen, wenn andere Menschen ihnen dankbar sind. Das bedeutet sie erwarten von den Menschen, denen sie (aufgezwungen) helfen, Dankbarkeit (vgl. Hartdegen 1996, S.119f).

Dieser Drang nach Anerkennung und Dankbarkeit kann schnell in Aggression umschlagen, da vom Helfersyndrom Betroffene ihre eigenen Ängste, Gefühle und Bedürfnisse sehr lange unterdrücken und sich ein „Frustrationsstau“ bilden kann. Der so entstandene „Frustrationsstau“ wird häufig in Wutausbrüchen und gewalttätigem Verhalten entladen. Pflegepersonen mit dem genannten Syndrom verfügen über eine hohe Selbstdisziplin um ihre Gefühle nicht nach außen zu kehren. Sie zeigen in der Interaktion mit PatientInnen keine Empathie, dadurch könnten bei ihnen selbst Gefühle aufkommen, die nicht auftreten „sollten“ (vgl. Hartdegen 1996, S.121).

2.3.3 Burn – out

Der von dem amerikanischen Psychologen Herbert Freudenberger (1974) in die Psychologie eingeführte Begriff „Burn – out“, stammt von dem englischen Wort „to burn out“, was so viel bedeutet wie ausbrennen.

Der Begriff Burn – out ist inzwischen bis in den täglichen Sprachgebrauch vorgedrungen.

Freudenberger (2002) meint, dass Burn – out als Konsequenz aus unbedingten Erwartungen einer narzisstischen Helferpersönlichkeit auftritt.

Ein weiterer Ansatz wäre von Aronson, Pines und Kafry (1983), die Burn – out als Folge von chronischem emotionalem Stress sehen.

Eine bekannte Burn – out Forscherin, Christina Maslach (2001), stützt sich auch auf den Ansatz von Aronson, Pines und Kafry (1983). Sie entwickelte dazu drei Subdimensionen:

1. emotionale Erschöpfung / rasche Ermüdung
2. Depersonalisierung / Gleichgültigkeit im sozialen Kontakt
3. reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit im Beruf / Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung.

Maslach et al. (2001) beschreiben Burn – out in neueren Veröffentlichungen als Reaktion auf chronische, emotionale und interpersonelle Stressfaktoren am Arbeitsplatz (vgl. Litzcke, Schuh 2007, S.155ff).

Burn – out kann als Konsequenz der unerfüllten Erwartungen eines Helfersyndroms auftreten, aufgrund von arbeitsbedingtem Stress – emotional, zwischenmenschlich oder auch organisatorisch. Es gibt eine ungemein breite Palette an

auslösenden und begünstigenden Faktoren, die ich im Zuge dieser Arbeit nicht genauer ausführen werde. Doch lassen sich folgende Gemeinsamkeiten erarbeiten

- *) hohe Motivation zu Berufsbeginn
- *) Frustration, da unbedingte Erwartungen nicht erreicht werden können, daraus resultiert Depersonalisierung
- *) widersprüchliche und oder zu hohe Anforderungen bei nicht ausreichenden Ressourcen – im „sieben – Phasen Modell“ nach Burisch (2006) kann es bei Burn – out – Gefährdeten zu emotionalen Reaktionen (inklusive Schuldzuweisungen) und Aggressionen kommen.
- *) Bewältigungsversuche sind ineffektiv
- *) Burn – out ist ein Prozess, der sich aus einer langen und erfolglosen Auseinandersetzung einer Person mit ihrer Arbeit ergibt (vgl. Litzcke, Schuh 2007, S.159).

Anhand der aufgeführten Gemeinsamkeiten liegt die Annahme nicht weit, dass gewalttätiges Verhalten in Pflegeberufen daraus resultieren kann, wobei auch ein reduziertes Engagement für PatientInnen, Zynismus und eine negative Arbeitseinstellung, eine Form der Aggression darstellen kann (vgl. Maslach, Jackson 1986).

2.3.4 Fazit

Gefühle der Frustration, ausgelöst durch verschiedene Konflikte einer Person mit ihrer Umwelt oder sich selbst, mag die Hauptmotivation für aggressives Verhalten in der Pflege darstellen.

Frustration und gewalttätiges Verhalten resultiert aus vielen verschiedenen Faktoren, oder aus einem Zusammenspiel dieser. Rollenkonflikte, wie die nicht erhaltene Anerkennung, die Personen mit Helfersyndrom benötigen, haben eine entscheidende Funktion. Auch das Burn – out – Syndrom, welches aus der versteiften Helferrolle gewachsen ist – Burn – out kann sich allerdings aus sämtlichen Auslösern zusammensetzen, wie auch durch organisatorische und strukturelle Zwänge – hat einen Stellenwert bei den Hauptauslösern von aggressivem Verhalten.

Die ungleiche Machtverteilung in der Beziehung zwischen Pflegepersonen und ihrer KlientInnen ist ebenfalls ein fördernder Verursacher. Unbemerkt, durch Mimik oder Gestik (siehe Kapitel 2.4.) oder bewusst, in der Ausübung von Machtphantasien, äußert sich die ungleiche Verteilung. Ängste vor beispielsweise Zurückweisung, Schwäche oder Versagen begünstigen ebenso aggressives Verhalten.

2.4 Ausdrucksformen von Gewalt durch Pflegende

Es stellt sich einerseits die Frage, wie sich gewalttätiges Verhalten von Pflegepersonen ausgeübt äußert und weiters welche möglichen „Handlungen“ des Pflegepersonals den betagten BewohnerInnen schaden – laut den Definitionen aus Kapitel 2.1.

Die nachstehenden Auflistungen übernehme ich aus dem Werk von Hartdegen (1996, S.92 – 96).

Diese tabellarischen Aufzählungen wurden ursprünglich vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe erarbeitet und waren unter anderem als Stütze für den Pflegeunterricht gedacht. Es werden verschiedenste aggressive Handlungen benannt, welche sich auf die zwölf Bereiche der Lebensaktivität beziehen.

Kommunizieren
▪ Zwang zur Kommunikation ▪ Bevormundung ▪ Lautes Reden ▪ Verweigern von Hörgeräten oder putzen der Brille ▪ Verwendung von Schimpfwörtern ▪ Unaufmerksamkeit ▪ Nichtbeachtung ▪ Desinteresse ▪ Unterhaltung mit Dritten über den Kopf des älteren Menschen hinweg ▪ Unterlassung ▪ Konfliktvermeidung ▪ Entzug von Zuwendung ▪ Unterschätzung ▪ Vermeidung von Blickkontakt (z.B. beim Sprechen) ▪ Verniedlichung des Namen ▪ Rügen wie z.B. „Haben Sie sich schon wieder voll gemacht?“ ▪ Abfällige Äußerungen wie z.B. „Frau X sabbert.“ ▪ Kritik vor anderen Menschen ▪ Sprechverbot ▪ Unaufgefordertes Duzen ▪ Respektlose Anrede wie z.B. „Oma“

Tab.1 Kommunizieren (Quelle: Hartdegen 1996, S. 92)

Sich Bewegen
▪ Unangemessene Unterstützung der Bewegungen (zu fest, zu grob, zu unachtsam) ▪ Unangemessene Form der Berührung ▪ Einschränkung des Bewegungsspielraums, z.B. Rollstuhl zu eng an den Tisch schieben ▪ Fixierung (körperlich, medikamentös) ▪ „Seniorenstuhl“ aufzwingen (Stuhl mit indirekter Fixierung durch angebrachten Tisch) ▪ Blockieren der Ausgänge ▪ Liegenlassen im Bett ▪ Zwanghafte Lagerung ▪ Zwangsmobilisation ▪ Verweigerung bzw. Nichtanpassung von Gehhilfen ▪ Verweigerung eines speziell angepassten Rollstuhls ▪ Nichtanpassung an motorische Fähigkeiten (z.B. beim Gehen: zu schnell gehen, mitziehen) ▪ Ausführen von ruckartigen Bewegungen ▪ Anbringung eines „Bewegungsmelders“ wider Willen

Tab.2 Sich Bewegen (Quelle: Hartdegen 1996, S. 92)

Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
▪ „Durchzug machen“ ▪ Lüften bzw. zu viel Lüften ▪ Lüften, wenn jemand nackt ist ▪ Schlechte Gerüche belassen ▪ Wassertemperatur bestimmen ▪ Den Bedürfnissen nicht angepasste Kleidung anziehen (zu warm oder zu kalt) ▪ Falsches Bettzeug zuteilen ▪ Rationalisierung von geäußerten Bedürfnissen z.B. „sie brauchen keine Decke, es ist doch nicht kalt draußen.“

- Verweigerung einer Wärmflasche
- Vorenthaltung von KonsiliarärztInnen
- Vorenthaltung einer LogopädIn
- Vorenthaltung von Ergo – bzw. Beschäftigungstherapien

Tab.3 Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten (Quelle: Hartdegen 1996, S. 93)

Sich Pflegen

- Zwang zur Körperpflege
- Zwang zu Vollbad, Dusche oder Haarwäsche
- Feste Einrichtung eines Badetages
- Zwanghafte Anwendung eigener Hygienevorstellungen
- Unzureichendes oder übertriebenes Abfrottieren
- Haare schneiden gegen den Willen
- Ungewolltes Fingernagelschneiden
- Ungewollte Rasieren bzw. Belassen eines Bartes
- Zwangsparfümierung
- Nächtliches Waschen
- Ungewollte Anwendung von Babypflegemittel
- Organisation einer „Waschstraße“ (mehrere BewohnerInnen eines Heims werden gleichzeitig im Bad gewaschen)

Tab.4 Sich Pflegen (Quelle: Hartdegen 1996, S. 93)

Essen und Trinken

- Vorenthaltung von Ess – und Trinkhilfen
- Missachtung gewohnter Esssitten und Esssgewohnheiten
- Anwendung von Lätzchen und/oder Plastikgeschirr
- Einflößen von Nahrung
- Stopfen
- Zu schnelles „Füttern“
- Verwendung des Wortes „Füttern“
- Nicht ausreichend Flüssigkeit bzw. Nahrung geben

▪ Durch starre Esszeiten die Bewohner in feste Tagesabläufe zwingen ▪ Unzureichende Platzierung des Essens ▪ Verabreichung des Essens auf dem Nachtstuhl ▪ Anwendung von keiner oder zu viel Mundpflege ▪ Festlegung des Speiseplans ▪ Routinemäßige Verabreichung passierter Kost ▪ Vorenthaltung der Zahnprothese

Tab.5 Essen und Trinken (Quelle: Hartdegen 1996, S. 93)

Ausscheidung
▪ Sitzenlassen auf der Toilette ▪ „drin liegenlassen“ ▪ Anbringen eines „Dauerkatheters“ zur Arbeitsentlastung des Pflegepersonals ▪ Verabreichung von Abführmittel anstelle von entsprechender Kost ▪ Einrichtung von „Abführtagen“ ▪ Einführung von „Analtamos“ oder Fäkalkollektoren (spezielles Ableitungssystem für stuhlinkontinente PatientInnen) ▪ Waschen auf dem Toilettenstuhl ▪ Zu wenig Toilettengänge

Tab.6 Ausscheidung (Quelle: Hartdegen 1996, S. 94)

Sich Kleiden
▪ Einschließen von Kleidung ▪ Ungewolltes Anziehen ▪ Ungewolltes Anziehen von Jogginganzügen, Morgenmänteln oder Strumpfhosen statt Strümpfen ▪ Auch tagsüber nur Nachthemden bzw. Nachtkleider anziehen ▪ „Strampelsack“

- Anziehen von ungewollter Rollstuhlleidung
- Generell Kleider von Verstorbenen als Stationskleider anbieten
- Verweigern von Niederwäsche

Tab.7 Sich Kleiden (Quelle: Hartdegen 1996, S. 94)

Ruhen und Schlafen

- Zu zeitiges Wecken
- Nächtliche Waschungen
- Verabreichung von Schlafmittel ohne die PatientInnen zu informieren und ohne, dass sie es wünschen
- Anstrahlen der BewohnerInnen mit Taschenlampen während der Nachtwachen
- Verordnung von Zwangsruhe und Mittagsschlaf

Tab.8 Ruhen und Schlafen (Quelle: Hartdegen 1996, S. 94)

Sich Beschäftigen, Lebensfeldgestaltung, Wohnen

- Vorenthalten von Orientierungshilfen
- Kindergartenspiele
- Missachtung der persönlichen Sphäre (z.B. nicht anklopfen)
- Anstaltsmöbel
- Keine Möglichkeit zur Eigenmöbilisierung lassen
- Einhalten bzw Vorgeben eines starren Tagesablaufs
- Zwang zum Feiern bzw. Fröhlichsein
- Vorenthalten von Feiern
- Älteren Menschen Tätigkeiten aufzwingen, die üblicherweise junge Menschen gerne tun (z.B. Basteln mit Salzteig, Seidenmalerei usw.)
- Private Möbel einer BewohnerIn ungefragt zum Sperrmüll geben
- Verkümmern lassen von geistigen Aktivitäten

Tab.9 Sich Beschäftigen, Lebensfeldgestaltung, Wohnen (Quelle: Hartdegen 1996, S. 94)

Sich als Mann oder Frau fühlen oder verhalten
▪ Verhindern von zwischengeschlechtlichen Beziehungen ▪ Schneiden von Einheitsfrisuren ▪ Frauen ungewollt in „Jogginghosen stecken“ ▪ Schamgefühl verletzen ▪ Waschungen im Intimbereich ohne Sichtschutz oder bei offener Tür ▪ Sexuelle Äußerungen älterer Menschen negativ kommentieren oder belächeln ▪ Duzen ▪ Anbringen eines Katheters zur Entlastung des Pflegepersonals ▪ Anbringen eines Urinkondoms (in der Gebrauchsanweisung steht, Personal soll das Glied erigieren) ▪ Unreflektierter Einsatz von Inkontinenzmaterial ▪ Keine Beachtung des jeweiligen Geschlechts bei der Zuteilung des beim Waschen behilflichen Pflegepersonals ▪ Netzhosen

Tab.10 Sich als Mann oder Frau fühlen oder verhalten (Quelle: Hartdegen 1996, S. 95)

Für eine sicher Umgebung sorgen
▪ Fixierung bzw. Bettgitter ▪ Überversorgung ▪ Entzug von Maßnahmen zur Sicherheit ▪ Vertrauensbruch ▪ Nichteinhaltung von Verabredungen ▪ Unterstützende Mittel vorenthalten (z.B. Brille in den Nachtschrank legen oder Gehhilfen wegstellen) ▪ Defekte Steckdosen nicht reparieren ▪ Legen eine Kabels mitten durchs Zimmer ▪ Entwenden der Klingel ▪ Zu feuchtes Wischen ▪ Stehenlassen von Wasserlachen

- Uhren und Kalender nicht aufhängen
- Keine Handläufe anbringen

Tab.11 Für eine sichere Umgebung sorgen (Quelle: Hartdegen 1996, S. 95)

Soziale Bereiche des Lebens sichern
▪ Jemand sich selbst überlassen ▪ „Aus dem Zimmer werfen“ ▪ Beaufsichtigung („ins Zimmer setzen“) ▪ Mehrbettsäle einrichten ▪ „Taschengeld“ verweigern ▪ Einrichten von festen Besuchszeiten ▪ Keine Außenkontakte ermöglichen oder fördern ▪ Reizarmes Umfeld ▪ Dauerberieselung durch Radio – oder Fernsehprogramm ▪ Zwangsberieselung durch Fernseher bzw. Radio, z.B. bei Übertragung von Gottesdiensten ▪ Nichtachtung des Musikgeschmacks der BewohnerInnen (z.B. durch Spielen von Techno - , Heavy Metal – oder Popmusik) ▪ Ausschließen von Angehörigen ▪ Zwangsvermittlung unter den BewohnerInnen (z.B. „Frau X, ich setze sie jetzt mal zu Frau Y ins Zimmer, dann können sie sich schön unterhalten“) ▪ Vernachlässigung oder Überbewertung der Wünsche der Angehörigen ▪ Weigerung, Einkäufe für die BewohnerInnen auszuführen ▪ Aufzwingen von Gesprächen ▪ Hausordnung

Tab. 12 Soziale Bereiche des Lebens sichern (Quelle: Hartdegen 1996, S. 95)

Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen
▪ Missachtung oder Nichtbeachtung der Religiosität

- Vermitteln von Hoffnungslosigkeit
- Verbreiten von plumpen Optimismus, wie z.B. in Form von Floskeln wie: „Das wird schon wieder“ o.Ä.
- „Negativgespräche“
- Abblocken von Gesprächen
- Versuch, Gespräche über das Sterben und den Tod zu unterdrücken

Tab. 13 Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen (Quelle: Hartdegen 1996, S. 96)

Die angeführten Tabellen mögen auf den ersten Blick sehr umfangreich und ausführlich erscheinen. Jedoch thematisieren sie nur einen Ausschnitt von möglichen „Gewalttaten“ beziehungsweise fremdbestimmten Handlungen, die in der Interaktion zwischen Pflegepersonen und KlientInnen vorkommen können.

Gewalt teilt sich in zwei Ausdrucksformen, in die aktive und die passive. Die aktiven und passiven Formen teilen sich wiederum in jeweils zwei Unterdimensionen, in physisch und verbal und diese können sich direkt oder indirekt äußern.

Aktive Formen	Passive Formen
physisch/verbal →direkt/indirekt	physisch/verbal →direkt/indirekt

Tab.14 Ausdrucksformen von Gewalt (selbst erstellte Tabelle)

Eine genaue Analyse der Auflistungen zeigt, dass aggressive Verhaltensmuster schnell in der Kommunikation auftauchen

können. Nicht körperliches aggressives Verhalten wie beispielsweise Ignoranz, fügt der „Gegenüberperson“ dennoch häufig Schaden zu (zum Beispiel in Form von Angst, Passivität, Rückzug, usw.). Diese verbale Art der Aggression wäre als passiv und direkt zu klassifizieren, da sie gezielt auftritt und verübt wird (vgl. Hartdegen 1996, S.89).

Wie bereits in vorangegangenen Kapiteln erwähnt, wird gewalttätiges Verhalten nicht immer wissentlich oder absichtlich ausgeübt. Viele Personen sind sich dessen nicht bewusst. Sie begegnen ihrem Gegenüber beispielsweise ablehnend (etwa durch Mimik) oder beeinflussen die Befindlichkeit negativ durch zum Beispiel respektlose Anreden wie „Opa“ oder auch durch den Gebrauch von unpassenden Wörtern wie „füttern“. Gewaltbegünstigendes Verhalten durchdringt oft den Berufsalltag wie:

- *) eine PatientIn muss auf einen Termin warten, ohne dass ihr die Verspätung erklärt wird
- *) der Geburtstag einer Patientin wird vergessen
- *) eine Pflegekraft verbietet beim Nachtdienst den PatientInnen grundsätzlich, dass sie spätabends oder frühmorgens ins Badezimmer gehen (vgl. Schädle – Deininger, Villinger 1997, S.261f).

Es ist wichtig zu verstehen, dass Gewalt und Aggression subjektiv wahrgenommen und verstanden werden. Eine Person fühlt sich zum Beispiel verletzt, eine andere hingegen empfindet dieses Verhalten nicht als aggressiv. Dieses hängt von verschiedenen Aspekten ab (beispielsweise Alter, kulturelles Umfeld, Milieu, Geschlecht, Stellung in der Gesellschaft usw.). Gezielte Schulungen in der Kommunikation mit BewohnerInnen und eine gewisse Sensibilität in der verbalen und auch in der nonverbalen Ausdrucksweise sind sehr wichtig und entscheidend

für eine erfolgreiche Interaktion zwischen Pflegeperson und zu Pflegenden. Auch auf bekannte nonverbale Äußerungen sollte sensibilisiert werden, wie das Abwenden des Blickes, des Gesichtes oder hektisches, hastiges, nervöses Verhalten. Diese Anzeichen können Hinweise auf aggressive Stimmungslagen geben, durch Bewusstmachung kontrolliert werden und somit gegebenenfalls vermieden werden (vgl. Hartdegen 1996, S.91).

2.5 Exkurs: Gewalt in der frühen psychiatrischen Pflege und im Nationalsozialismus

Gewalttaten gegenüber psychiatrischen PatientInnen im neunzehnten Jahrhundert waren in der Pflege an der Tagesordnung. Die KlientInnen wurden mit kriminell gewordenen Personen auf gleich gestellt. Dies geschah oft auf unaussprechlichen menschenunwürdigen und schmerzhaften Wegen, von deren Genesungsförderung nichts belegt war (vgl. Gaßmann 2006, S.5).

Gegen Ende des neunzehnten Jahrhunderts, durch das Aufkommen des Humanismus, der Philosophie und der Psychoanalyse Sigmund Freuds wurde begonnen psychische Erkrankungen aus einem anderem Blickwinkel zu sehen. „Menschlichere“ Behandlungen rückten in den Vordergrund. Die Hintergründe zu verschiedenen Erkrankungen und das Interesse am ihrem Ursprung änderten dennoch nichts an den Gewaltanwendungen ausgeführt an den PatientInnen der psychiatrischen Abteilungen. Auch in etablierten, angesehenen

Spitälern und Einrichtungen wurden diese speziellen „Methoden“ angewandt (vgl. Gaßmann 2006, S.10).

Im Nationalsozialismus erreichte nicht nur die Psychiatrie, sondern auch die ideologische Beeinflussung des Pflegepersonals einen Tiefpunkt. Die sogenannten „schwarzen Jahre“ der Pflege begannen in Österreich mit dem Anschluss an Deutschland 1938. Das gesellschaftliche Bild einer Pflegeperson wurde als die liebevolle Mutter forciert, sie stärkt und versorgt die Soldaten vorbildlich. Im Gegensatz dazu wurde die Ausbildungsdauer drastisch verkürzt (vgl. Fürstler, Malina 2004, S.69), für die psychiatrische Pflege wurden beispielsweise nur noch Weiterbildungskurse angeboten, die in der kurzen Zeit keine fundierte Ausbildung bewerkstelligen konnten. Wichtig war die schnelle Rekrutierung möglichst vieler Frauen um die Versorgung der Soldaten zu bewerkstelligen.

Doch nicht nur in den Lazaretten, sondern auch in den bestehenden Krankeneinrichtungen wurden Pflegende „gebraucht“ (vgl. Fürstler, Malina 2004, S.85f).

Die positiven Ansätze zu Therapieformen, die sich einige Jahre zuvor in der psychiatrischen Pflege bewährt hatten, wurden untersagt. Die Klassifizierung der Bevölkerung erfolgte nach Rassen und sonstigen Kriterien („Höherwertige“ versus „Minderwertige“). Die Pflege erfolgte nach Aufwand – Nutzen – Aspekten und schloss somit chronisch Kranke, körperlich Beeinträchtigte, „Asoziale“, Alte, „Gemeinschaftsfremde“ usw. nahezu aus (mündliche Auskunft, F.H.). Die Rassenpolitik machte sich in den Einrichtungen breit. Gewalttaten eines unvorstellbaren Ausmaßes wurden durch unzählige Pflegepersonen, Hebammen und ÄrztInnen betrieben (vgl. Gaßmann 2006, S.11).

Psychisch Erkrankte und körperlich beeinträchtigte Erwachsene und auch Kinder waren meldepflichtig durch Hebammen und „Gemeindeschwestern“ (vgl. Fürstler, Malina 2004, S.11, S. 139ff). Zwangsterilisationen wurden durchgeführt und Euthanasieverbrechen verübt. Geriatriische Heime und Krankenhäuser wurden „*buchstäblich leergemordet*“ (vgl. Fürstler, Malina 2004, S.141) um Platz für Kriegsgefangene zu erhalten.

An dieser Stelle muss auch gesagt werden, dass es sehr wohl auch Angehörige des Gesundheitsberufes gab, die sich diesen Massenmorden entgegenstellten. Der Großteil allerdings unterstützte nationalsozialistische Thesen von der Schaffung einer „leidfreien Gesellschaft“ durch „Ausmerze“ (mündliche Auskunft, F.H.).

Vor 1941 wurden die durch den „Ausleseprozess“ gefundenen Personen in eigens eingerichtete (Vernichtungs)Anstalten gebracht, nach 1941 fanden die Tötungen direkt in den Pflegeheimen und Krankenanstalten statt („wilde Euthanasie“).

Ein Auszug zu dem geplanten „Euthanasie – Gesetz“, 1942 verfasst, lautet folgendermaßen: *„In der Ausübung des zu erwartenden Euthanasie – Gesetzes wird man nicht Anstalten haben dürfen, die sehr bald in den Ruf von Sterbeanstalten kommen würden, das heißt Anstalten, in denen der dorthin Verlegte vom Tod erwartet wird. Eine der wesentlichen Forderungen bei der Ausführung der Euthanasie wird die möglichst unauffällige Form sein. Die Euthanasieverordnungen und ihre Ausführung müssen sich vollkommen im Rahmen des üblichen Anstaltsgeschehens vollziehen. So wird sich auch mit wenigen Ausnahmen der Tod eines Euthanisierten vom*

natürlichen Tod kaum unterscheiden. [...]" (Fürstler, Malina 2004, S.142).

Eigens eingerichtete Räume sollten die Tötungen vor den anderen PatientInnen verbergen, doch wurden diese auch direkt am Krankenbett durchgeführt.

Ausgewählte Frauen, Kinder und Männer wurden auch teilweise in verschiedene Krankenanstalten gebracht, um dort „euthanasiert“ zu werden.

Die Beweggründe der TäterInnen waren unterschiedlich und umfassten zum Beispiel eugenische und sozialdarwinistische Einstellungen, blinden Autoritätsglauben gegenüber ÄrztInnen, Leichterlösungsrechtfertigungen usw. (mündliche Auskunft, F.H.). Fürstler und Malina haben in ihrem Werk „Ich tat nur meinen Dienst – Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS – Zeit“, 2004 veröffentlicht, sechs „Euthanasie“ – Prozesse in Österreich nach 1945 aufgearbeitet. Darin wurden Loyalität zum Vorgesetzten, dienstlicher Auftrag, Angst vor Kündigung oder Versetzung, Drohungen usw. thematisiert. Kaum jemand der angeklagten Personen zeigte Reue, die Morde galten vielfach als Erlösung von Leiden.

Viele der TäterInnen begannen nach dem Kriegsende 1945 wieder mit ihrem „normalen“ Dienst. Taten wurden verdrängt, geleugnet, abgeschwächt oder negiert. Zur Rechenschaft wurden nur einige wenige gezogen und es ist sehr fraglich, ob die unglaublichen Verbrechen durch die wenigen verhängten Urteile abgegolten werden können (vgl. Fürstler, Malina 2004, S.143f). Österreich hat sich erst sehr spät und zögernd mit den Verbrechen in der Medizin, die in der nationalsozialistischen

Vergangenheit begangen wurden, auseinandergesetzt (vgl. Fürstler, Malina 2004, S.145).

2.6 Exkurs: gesetzliche Grundlagen

Dieser Abschnitt soll die gesetzlich vorgeschriebenen Aufgaben der Pflege aufzeigen und durch Auszüge aus dem Heimaufenthaltsgesetz ergänzt werden.

Das Gesundheits – und Krankenpflegegesetz (GuKG) regelt als Bundesgesetz die Gesetzeslage von Gesundheitsberufen. Von allgemeinen Bestimmungen über Ausbildung, Fort-, Weiter- und Sonderausbildungen bis hin zum Inkrafttreten dieser und der Bestrafung bei Verstößen ist hier relevantes festgehalten.

Es wird zwischen einem eigenverantwortlichen, interdisziplinären, mitverantwortlichen und speziellen Tätigkeitsbereich in der Gesundheits – und Krankenpflege gesprochen.

2.6.1 Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich

Der eigenverantwortliche Bereich ist in § 14 Abs. 1 GuKG folgendermaßen formuliert *„Die Ausübung des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst die eigenverantwortliche Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen im intra- und extramuralen Bereich (Pflegeprozess), die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, die Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der*

Pflege".(<http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/14.html> am 19.12.2012).

Absatz 2 des besagten Paragraphen beschreibt die Eigenverantwortlichkeit genauer *„Der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst alle Maßnahmen, die der Patient oder Klient bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens aufgrund seiner körperlichen, geistigen oder sozialen Lage nicht mehr oder nur mehr teilweise ausüben kann, zu unterstützen oder überhaupt zu übernehmen.“* (<http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/14.html>, Zugriff am 19.11.2012).

Dieser Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere zwölf „Aufgaben“:

1. Pflegeanamnese
2. Pflegediagnose – bildet die Grundlage zur Auswahl der passenden Pflegehandlungen um die erwarteten Pflegeziele zu erreichen
3. Pflegeplanung
4. Durchführung der Pflegemaßnahmen
5. Pflegeevaluation

Bei der Pflegeanamnese wird die aktuelle Befindlichkeit, und die medizinische Vorgeschichte der KlientIn durch die Pflegeperson ausführlich erhoben. Sie dient dem Einstieg und bildet die Grundlage für die Pflegediagnose.

Zur Auswahl der individuellen Pflegehandlungen um die erwarteten Pflegeziele zu erreichen dient die Pflegediagnose, auf welcher die Pflegeplanung aufbaut. Die Durchführung der Pflegemaßnahmen und die Auswertung der Resultate der

Maßnahmen durch die ständige Evaluation bilden den stetigen Prozess der Pflege.

Die sieben weiteren eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiche sind

6. Information über Krankheitsvorbeugung und Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen

7. psychosoziale Betreuung

8. Dokumentation des Pflegeprozesses

9. Organisation der Pflege

10. Anleitung und Überwachung des Hilfspersonals, sowie Anleitung, Unterweisung und begleitende Kontrolle von Personen gemäß

11. Anleitung und Begleitung der Schüler im Rahmen der Ausbildung und

12. Mitwirkung an der Pflegeforschung (<http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/14.html>, Zugriff am 19.11.2012).

Eigenverantwortlichkeit versteht sich nicht als verzichtbares Recht, sondern als unverzichtbare Pflicht. Dies bedeutet, dass Pflegepersonen, die durch mangelnde Kenntnisse oder nicht fachgemäßer Vorgangsweise infolge dessen Schaden anrichten selbst haften und sich zivilrechtlich und/oder strafrechtlich unmittelbar verantworten müssen. Gegenüber dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der diplomierten Gesundheits – und Krankenpflegeperson gibt es kein fachliches

Weisungsrecht, sie trägt die Anordnungsverantwortung und die Durchführungsverantwortung (<http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/14.html>, Zugriff am 19.11.2012).

2.6.2 Freiheitsbeschränkung

Leben, körperliche Unversehrtheit und Gesundheit sind als absolut geschützte Rechtsgüter zu sehen. Rechtswidriges Verhalten tritt dann ein, wenn gegen Verbote und/oder Gebote der Rechtsordnung oder gegen die guten Sitten verstoßen wird (vgl. Allmer 1998, S. 165ff).

Nach dem Heimaufenthaltsgesetz (§3 HeimAufG) ist die Freiheitsbeschränkung in Alten und – Pflegeheimen folgendermaßen festgelegt.

„(1) Eine Freiheitsbeschränkung im Sinn dieses Bundesgesetzes liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im Folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird.

(2) Eine Freiheitsbeschränkung liegt nicht vor, wenn der einsichts- und urteilsfähige Bewohner einer Unterbindung der Ortsveränderung, insbesondere im Rahmen eines Vertrages über die ärztliche Behandlung, zugestimmt hat.“

(https://www.jusline.at/index.php?cpid=f04b15af72dbf3fdc0772f869d4877ea&law_id=381, Zugriff am 23.11.2012).

Eine Freiheitsbeschränkung unterliegt verschiedenen Voraussetzungen, die in §4 HeimAufG bis §7 HeimAufG festgehalten sind.

Zulässigkeitsvoraussetzungen

§4 HeimAufG beschreibt die Zulässigkeitsvoraussetzungen:

„Eine Freiheitsbeschränkung darf nur dann vorgenommen werden, wenn

(1) der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet,

(2) sie zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen ist sowie

(3) diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann.“

(<https://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=381&paid=4&mvpa=3>, Zugriff am 23.11.2012).

Vornahme einer Freiheitsbeschränkung

§5 HeimAufG sichert die Vornahme einer Freiheitsbeschränkung:

(1) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur auf Grund der Anordnung einer dazu befugten Person vorgenommen werden. Anordnungsbefugt sind

1. für Freiheitsbeschränkungen durch medikamentöse oder sonstige dem Arzt gesetzlich vorbehaltenen Maßnahmen und alle

damit in unmittelbarem Zusammenhang erforderlichen Freiheitsbeschränkungen ein Arzt;

2. für Freiheitsbeschränkungen durch Maßnahmen im Rahmen der Pflege ein mit der Anordnung derartiger freiheitsbeschränkender Maßnahmen von der Einrichtung betrauter Angehöriger des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege und

3. für Freiheitsbeschränkungen durch Maßnahmen im Rahmen der Betreuung in Einrichtungen der Behindertenhilfe die mit der pädagogischen Leitung betraute Person und deren Vertreter.

(2) Sofern der Bewohner länger als 48 Stunden dauernd oder über diesen Zeitraum hinaus wiederholt in seiner Freiheit beschränkt wird, hat der Leiter der Einrichtung unverzüglich ein ärztliches Gutachten, ein ärztliches Zeugnis (§ 55 Ärztegesetz 1998) oder sonstige ärztliche Aufzeichnungen (§ 51 Ärztegesetz 1998) darüber einzuholen, dass der Bewohner psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet. Diese ärztlichen Dokumente müssen im Zeitpunkt der Vornahme der Freiheitsbeschränkung aktuell sein.

(3) Eine Freiheitsbeschränkung darf nur unter Einhaltung fachgemäßer Standards und unter möglicher Schonung des Bewohners durchgeführt werden.

(4) Eine Freiheitsbeschränkung ist sofort aufzuheben, wenn deren Voraussetzungen nicht mehr vorliegen."

(<https://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=381&paid=5&mvpa=4>, Zugriff am 23.11.2012)

Dokumentation

Laut §6 HeimAufG unterliegt eine freiheitsbeschränkende Maßnahme der Dokumentation:

„(1) Der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer der Freiheitsbeschränkung sind schriftlich zu dokumentieren. Ärztliche Zeugnisse und der Nachweis über die notwendigen Verständigungen sind diesen Aufzeichnungen anzuschließen.

(2) Ebenso sind der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit festzuhalten.“

(<https://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=381&paid=6&mvpa=5>, Zugriff am 23.11.2012).

Aufklärung und Verständigung

Nach §7 HeimAufG muss die betroffene Person entsprechend informiert werden:

„(1) Die anordnungsbefugte Person hat den Bewohner über den Grund, die Art, den Beginn und die voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung auf geeignete, seinem Zustand entsprechende Weise aufzuklären. Zudem hat sie von der Freiheitsbeschränkung, von deren Aufhebung und von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich den Leiter der Einrichtung zu verständigen.

(2) Der Leiter der Einrichtung hat von der Freiheitsbeschränkung und von deren Aufhebung unverzüglich den Vertreter und die Vertrauensperson des Bewohners zu verständigen und diesen Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Diese Personen sind auch von einer mit dem Willen des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit sowie deren Aufhebung unverzüglich zu verständigen.

(3) Bei der Kommunikation sind nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten der Einrichtung hinreichende Maßnahmen zur Datensicherheit zu treffen."

(<https://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=381&paid=7&mvpa=6>, Zugriff am 23.11.2012).

Zusammengefasst, ist es eine rechtmäßige Vorschrift freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu dokumentieren, einen oder mehrere Gründe dafür anzugeben und auch der Zeitpunkt muss festgehalten werden.

2.7 Fallbeispiele von Gewalttaten

Die Beziehung zwischen betreuten Personen in einer Gesundheits-, Betreuungs- oder Sozialeinrichtung ist eine asymmetrische. KlientInnen sollten dort menschlich und fachlich kompetent versorgt werden und trotzdem findet gerade dort häufig Gewalt statt, wo es am wenigsten erwartet wird. Die ungleiche Machtverteilung ist vielen Pflegenden nicht bewusst, vor allem da PatientInnen wegen ihrer Hilfsbedürftigkeit abhängig sind (vgl.

Stemmer 2001, S.294). Aggressives Verhalten kann schnell, beabsichtigt oder unbeabsichtigt, auftreten, doch nicht jedes unfreundliche Wort stellt ein solches dar. Davon ist eine direkt ausgeübte physische Handlung ausgenommen. Ausübungen dieser Art können auch ausufern und sogar mit PatientInnentötungen enden.

Herbert Maisch (1997) arbeitet etliche bekanntgewordene Fälle von PatientInnen(serien)tötungen auf. Beispielhaft möchte ich einige dieser Vorfälle anführen.

*) 1975 geriet in einem niederländischen Spital der Krankenpfleger und Leiter der geriatrischen Abteilung in Verdacht, zwischen 15 und 79 PatientInnen durch Injizieren von Medikamenten ins Koma versetzt zu haben, in dem sie später verstarben. Fünf Mordfälle konnten ihm nachgewiesen werden.

*) 1981 wurde der Krankenpfleger und Direktor eines Altenpflegeheims in Norwegen, der Tötung durch Vergiftung von etwa 60 PatientInnen verdächtigt, verhaftet. Wegen 22 nachgewiesenen vollendeten Morden und aufgrund von einem Mordversuch wurde er verurteilt.

*) 1983 wurde ein Krankenpfleger in Ohio (USA) des Mordes an einem komatösen Unfallpatienten beschuldigt. Nach der Verhandlung wurde er der Tötung an insgesamt 33 PatientInnen in zwei Bundesstaaten (Kentucky, Ohio; USA) für schuldig gesprochen. Als Tötungsart wurde auch hier Vergiftung durch Medikamenteninjektionen gewählt.

*) 1986 wurde in Deutschland eine Intensivkrankenschwester festgenommen, mit dem Verdacht von Tötungen an 20

PatientInnen durch Injektionen. Sie wurde wegen eines Mordversuchs und sieben vollendeter Morde verurteilt.

*) 1989 Vorfälle in Wien Lainz (vgl. Kapitel 2.7.1).

Die Dunkelziffer der tatsächlichen Tötungen lag in allen Fällen weitaus höher, als nachgewiesen werden konnte. Die Gründe hierfür lagen im meist langen Tatzeitraum, in der Schwierigkeit toxikologische Rückstände bei den Verstorbenen nachzuweisen und zu analysieren und besonders in der versteckten Vorgehensweise bei der Tötung, wodurch ein „natürlicher“ Tod simuliert wurde.

2.7.1 Die Vorgänge in Lainz 1989

Auf die Geschehnisse in Lainz 1989 möchte ich genauer eingehen, da sie einerseits in Österreich stattgefunden haben und diese Fälle durch eine Besonderheit gekennzeichnet sind. Nicht, wie bis dato bekannt, agierte eine Einzeltäterin, sondern vier Pflegepersonen gemeinsam.

Tathergang

1989 wurden in Wien vier nichtdiplomierte Pflegerinnen aufgrund des dringenden Tatverdachtes, in einem Zeitraum von mindestens sechs Jahren eine noch unbekannte Zahl an PatientInnen getötet zu haben, in Gewahrsam genommen. Die vier Beschuldigten waren teilweise schon seit Jahren auf einer großen Abteilung für Innere Medizin in der damaligen Krankenanstalt Lainz

beschäftigt. Hochbetagte Personen wurden überwiegend auf der besagten Station behandelt (vgl. Wiesemann et al. 2003, S.124). In dem angenommen Tatzeitraum gäbe es etwa 400 suspekten Todesfälle, so die Vermutung. Eine der vier Hauptverdächtigen gestand bei der ersten Befragung sogar 39 Morde, die sie später jedoch widerrief. Angeklagt wurden die Pflegerinnen in 41 Fällen, verurteilt wegen:

*) Angeklagte a: Mord in 15 Fällen, 17 Mordversuche, zwei vorsätzlich schweren Körperverletzungen, lebenslängliche Haftstrafe

*) Angeklagte b: fünffacher Mord, zweifacher Mordversuch, lebenslänglicher Freiheitsentzug

*) Angeklagte c: Mordversuch in sieben Fällen und einer Beihilfe zum Mord, 20 Jahre Gefängnis

*) Angeklagte d: zweifacher Mordversuch, zwölf Jahre Haft (vgl. Maisch 1997, S.106f).

(Anmerkung: alle vier Täterinnen sind bereits entlassen worden und arbeiten teilweise wieder als Pflegekraft)

Die Tötungsart erfolgte auch hier, wie in den bereits genannten Vorfällen (vgl. Kapitel 2.7), durch die Injektion verschiedener Medikamente – Überdosen von Insulin und Rohypnol, einem starken Schlafmittel. Doch entwickelten die Täterinnen weiters eine „neue“ äußerst brutale Möglichkeit des Tötens, welche fast nicht nachweisbar war. Sie infiltrierten Leitungswasser in die Luftröhre der PatientInnen und führten somit einen Erstickungstod herbei. Zynisch bezeichneten sie dies als „Mundhygiene“ (vgl. Maisch 1997, S.147).

Gründe

Die folgenden Punkte beziehen sich auch allgemein auf alle bereits angeführten Verbrechen.

Wie kann es zu solchen Ereignissen gerade an Orten kommen, wo Hilfe benötigt und angeboten wird?

Die Tatorte stellten immer den Arbeitsplatz dar. Sterben und Tod gehören in den Gesundheits – und Sozialeinrichtungen oft zum Alltag, somit können die Delikte unauffällig verübt werden. Die Opfer waren meistens hochbetagte Personen, durch mehrere chronische Krankheiten belastet und/oder durch ein langes Krankheitsbild geprägt. Die Möglichkeit „plötzlich“ zu sterben bestand fortwährend (vgl. Maisch 1997, S.111f).

Älter als 75 Jahre waren 1988 in der Krankenanstalt Lainz rund 45 Prozent der PatientInnen, überdurchschnittlich hoch im Vergleich mit anderen Spitälern. Sterben und Tod wurden allgegenwärtig. Die überwiegend hochbetagten, multimorbiden PatientInnen der inneren Abteilung von Lainz, wurden teilweise nur mehr „versorgt“ und warteten auf einen Platz in einer geriatrischen Institution. Somit kam es bei den Pflegekräften selten zu „Erfolgserebnissen“ (mündliche Auskunft, F.H.).

Die besagte interne Station Lainz hatte für 29 zu Pflegenden Platz, teilweise mussten aber sogar 36 – 40 PatientInnen betreut werden (vgl. Maisch 1997, S.116f). Diese Überbelegung erschwerte den Pflegealltag ebenso zunehmend (vgl. Tab 15). Dies resultierte in einer mangelnden PatientInnenpflege. Doch ufernten die Missstände bald aus, angefangen von einer selten bis kaum ausgeführten Körperpflege, über eine achtlose Speisenverabreichung, bis hin zur fahrlässigen Dokumentation der Medikation (vgl. Pándi 1989, S.21f).

Auslastung der Betten	
1983	93,9 %
1986	95,4 %
1988	103,1 %

Tab.15 Auslastung der Betten auf der Abteilung (selbst erstellt, Quelle: Pándi 1989, S.21)

Weitere Umstände waren gegeben:

- *) veraltete Bausubstanz (zum Beispiel große Säle)
- *) keine Unterschiede in der Tätigkeit zwischen Diplomkräften und StationsgehilfInnen
- *) Personalknappheit
- *) fehlende beziehungsweise sehr mangelnde Kontrolle durch die Dienstaufsicht als auch durch die Ärzte (so fiel etwa der extrem hohe Verbrauch an Rohypnol nicht auf)

Eigenwillige Seilschaften und Hierarchien entwickelten sich. So nahm die Stationsgehilfin a eine dominante Stellung ein und führte den drei anderen Mittäterinnen die Tötungen vor, – sie verschaffte den Opfern einen „Patz im Himmel“ – beziehungsweise assistierten sie ihr (mündliche Auskunft F.H.). Auf der Lainzer Station bestand auch ein Ungleichgewicht zwischen diplomierten und nicht diplomierten Pflegepersonal, die tätigen ÄrztInnen achteten nicht auf die Qualifikationen und Aufgabenbereiche der Pflegepersonen, sondern zogen jede verfügbare Kraft, ob geeignet oder nicht, als Unterstützung für medizinische Maßnahmen heran. Auch bei den Diensterteilungen wurde nicht auf eine adäquate Verteilung der

Berufsgruppen geachtet, so mussten StationsgehilfInnen Aufgaben einer diplomierten Pflegeperson häufig übernehmen (vgl. Pándi 1989, S.21f).

Dies sind nur einige Beispiele den Pflegealltag betreffend, die verdeutlichen sollten wie unzureichend und mangelhaft die Pflege ausgeübt wurde

Ein weiterer möglicher Grund, weshalb die Taten erst sehr spät Aufmerksamkeit erregten, betraf die Tötungsart. Das Verabreichen von Medikamenten und Injektionen gehörte, damals wie heute, zum medizinischen – pflegerischen Alltag. Die Tatwerkzeuge hinterließen deshalb auch kaum sichtbare oder ungewöhnlichen Verletzungen. Die meisten Tötungen erfolgten zusätzlich während der Nachtdienste.

Die TäterInnen befanden sich somit in einem sicheren Umfeld, weshalb auch eine große Dunkelziffer an PatientInnentötungen angenommen wird (vgl. Maisch, 1997, S.113). Doch die Situation besserte sich nicht. Kurz nach einer Tötung erfolgte eine Neuaufnahme einer KlientIn.

Die Ereignisse in Lainz riefen ein großes (auch internationales) Interesse hervor. Vor allem die sogenannten „Boulevardzeitungen“ schrieben von „Mordschwestern“, „Killerinnen in Weiß“ oder „Todesengeln“ und verdächtigten die Hauptangeklagte eine Geheimplasticierte gewesen zu sein. Auch die Bevölkerung reagierte geschockt und forderte restlose Aufklärung. Besonders empörend fand das Pflegepersonal die Aussagen in den Medien von der Generaloberin des Pflegewesens der Stadt Wien, nach der StationsgehilfInnen weder Medikamente austeilen noch alleine Nachtdienste machen würden (mündliche Auskunft, F.H.).

2.7.2 Aktuelle gewalttätige Vorfälle und Missstände

Auch gegenwärtig und in unmittelbarer Vergangenheit, beschäftigen immer wieder Missstände in Alten – und Pflegeeinrichtungen die Öffentlichkeit:

*) 2003 tauchen erneut in Lainz – mittlerweile umbenannt in „Geriatrizentrum am Wienerwald“ – Missstände auf, zum Beispiel massive Hygienemangel und Fehler des Pflegepersonals im persönlichen Umgang mit den PatientInnen. Die BewohnerInnen wurden unzureichend versorgt, das Essen wurde unsachgemäß oder auch gar nicht verabreicht, nicht nur die Unzulänglichkeit bei der Körperhygiene, sondern auch die der Zimmer waren gravierend. Die PatientInnen bekamen kaum Zuwendung durch die Pflegepersonen, eine Kommunikation fand kaum statt (vgl. <http://www.profil.at/articles/0337/560/64665/pflegeskandal-keine-zeit-essen>, Zugriff am 18.12.2012).

*) 2005 werden, unter anderem durch die BewohnerInnen, gegen ein privates Pflegeheim in Wien Vorwürfe erhoben. Diese beziehen sich auf den gravierenden Personalmangel und die Überforderung der Pflegepersonen, die Anordnung durch ungeschultes oder unbefugtes Personal und mangelnde ärztliche Aufsicht. Weiters war die Körperpflege so unzureichend, dass einige BewohnerInnen über Monate hinweg keine Dusche erhielten, Medikamente wurden unregelmäßig bestellt, so war die Versorgung teilweise unterbrochen, Insulin wurde aufgrund von Schätzungen verabreicht, Dekubitus verursacht durch fehlende

Pflegemaßnahmen wurde auch folglich nicht adäquat behandelt und äußerte sich gravierend, über Antidekubitusmatratzen verfügte die Einrichtung nicht (vgl. <http://archiv.wien.gruene.at/gesundheit/artikel/lesen/775/>, Zugriff am 26.12.2012).

*) Im Landespflegeheim Schwanberg (Steiermark) soll 2010 der Pflegestationsleiter und einige MitarbeiterInnen PatientInnen misshandelt haben. Alle Anklagen durch die Staatsanwaltschaft wurden fallen gelassen, nur die gegen den Stationsleiter blieb aufrecht (vgl. [http://www.pflegenetz.at/index.php?id=161&tx_ttnews\[tt_news\]=629](http://www.pflegenetz.at/index.php?id=161&tx_ttnews[tt_news]=629), Zugriff am 18.12.2012). Er soll zwischen 2000 und 2006 diverse Grausamkeiten verübt haben, wie beispielsweise bei der Waschung die Pflegebedürftigen mit dem Kopf unter Wasser getaucht haben und die KlientInnen getreten und geschlagen haben (vgl. <http://derstandard.at/1343743529789/Ex-Krankenpfleger-wegen-Misshandlung-von-Patienten-vor-Gericht>, Zugriff am 18.12.2012).

2.7.3 Analyse

Die nachstehende Schilderung basiert auf dem Werk von Wiesemann et al. (2003, S.126 – 136).

Die meisten TäterInnen nannten keine nachvollziehbaren Motive für ihr Handeln.

„Genannt wurden Zwänge, Lustgewinn, das Gefühl, unterschätzt zu werden, oder freie Heimplätze schaffen zu müssen. Die überwiegende Mehrzahl an Täter beruft sich allerdings auf Mitleid. Sie gaben an, dass sie die Opfer vom Leiden erlösen, den

Todeskampf erleichtern oder unwürdige Situationen beenden wollten." (Wiesemann 2003, S.126).

Täterin a wurde beispielsweise zur Herrscherin über Leben und Tod und wollte den KlientInnen einen „Platz in Himmel“ verschaffen (mündliche Auskunft, F.H.).

Das Mitleidsmotiv muss speziell bei den PatientInnentötungen in Lainz kritisch hinterfragt werden, da ihre Methoden sehr grausam waren und die Opfer hatten nicht um eine „Erlösung“ gebeten. Wiesemann sieht das Mitleid der TäterInnen nicht auf das Leiden ihrer Opfer gerichtet, sondern auf ihre eigene Überforderung projiziert.

Gesellschaftliche Ebene

Die demographische Entwicklung einer alternden Gesellschaft ist ein bekanntes Phänomen. Auf die Hintergründe dazu, wie beispielsweise die sich laufend verbessernden medizinischen Behandlungen – und Therapiemöglichkeiten, möchte ich im Zuge dieser Arbeit nicht näher eingehen. Wichtig daraus zu erkennen ist, dass immer mehr professionelle Pflege benötigt wird. Die Anforderungen an das Pflegepersonal steigen, da sie eine fortwährend größere Anzahl von schwerstpflegebedürftigen, multimorbiden, dementen Menschen in ihrer täglichen Arbeit versorgen. Der wissenschaftliche medizinische – technische Fortschritt beschäftigt sich vorwiegend mit der Heilung akuter Krankheiten, chronisch – degenerative Erkrankungen stehen meist erst an zweiter Stelle. Die Behandlungsmöglichkeiten sind oft erschöpft und die Pflegenden fühlen sich häufig allein gelassen mit der Situation (vgl. Wiesemann et al. 2003, S.129ff). Der Tod ist häufig die Folge einer Entscheidung über Behandlung oder Nichtbehandlung. Eine angemessene Sterbebegleitung kann

nicht in jedem Fall erfolgen. Pflegende können durch diese Rahmenbedingungen mit heftigen Schuldgefühlen zu kämpfen haben.

Krankenhäuser und Altenheime

In diesen Einrichtungen gibt es viele ungelöste, belastende Probleme. Strukturelle Angelegenheiten wären etwa starre hierarchische Strukturen, erhebliche Defizite in der Kommunikation zwischen den Teammitgliedern oder ÄrztInnen und Pflegepersonen, Personalengpässe und auch der noch immer bestehende schlechte Status der Pflege. Die Arbeit wird eher funktional als patientenorientiert gestaltet, Akutversorgungsstationen haben einen hohen Anteil an pflegeintensiven PatientInnen zu versorgen, wobei ihre Organisation nicht darauf ausgerichtet ist (vgl. Wiesemann 2003, S. 132).

Pflegeberufe

Pflegeberufe sind durch eine große Diskrepanz geprägt. Einerseits hat jede Pflegeperson hohe Ansprüche an sich selbst, indem sie PatientInnen ganzheitlich und umfassend pflegen möchte. Die Ansprüche der KlientInnen eine fachlich kompetente und emotional feinfühlig Versorgung zu erhalten, wachsen ebenfalls (vgl. Wiesemann 2003, S.132). Auf der anderen Seite sind die nötig gebrauchten Rahmenbedingungen oft nicht vorhanden, die Einflussmöglichkeiten der Pflegekräfte in den Kliniken sehr gering, wodurch der Professionalisierungsprozess der Pflege nicht gestützt wird (vgl. Wiesemann 2003, S.132).

Belastet wird die Arbeitssituation auch durch die wenigen bereitgestellten Rückzugsräume, wo Pflegepersonen gezielt reflektieren und sich abgrenzen können von dem Geschehen um sie herum, wo sie für einen Moment „abschalten“ können. Gerade die emotionale Arbeit und die ständige Überschreitung der Intimgrenzen (durch beispielsweise Waschen oder Verbandwechsel, etc.) fordern Menschen sehr (vgl. Wiesemann 2003, S.133).

Die Fähigkeiten der TäterInnen mit Belastungen und Stress zurechtzukommen, schienen sehr gering gewesen zu sein. Einerseits mussten sie sich hohen emotionalen Anforderungen aussetzen, andererseits bestanden Frustrationsgefühle durch beispielsweise abgebrochene Pflegeausbildungen (vgl. Wiesemann 2003, S.133). Sie waren vermutlich durch die gesellschaftliche Ebene, durch den Zustand in den Krankenhäusern und Altenheimen, sowie durch die Diskrepanz im Pflegeberuf, gekennzeichnet. „ [...] und letztendlich das subjektive Gefühl der Täter, dass die Tötung eines Kranken in irgendeiner Art einen Sinn erfüllt.“ (Wiesemann 2003, S.133).

Durch diese kurze Analyse sollen die Taten nicht erklärt, gerechtfertigt oder gar entschuldigt werden, sondern die Beleuchtung des Umfeldes und der Rahmenbedingungen erscheint für die Erstellung möglicher Präventionsmaßnahmen wichtig.

3 Unterstützungsmöglichkeiten zur Gewaltverhinderung in der Pflege

Verbesserungsmöglichkeiten für den Umgang mit Gewalt und Aggression sind sehr vielfältig und vielschichtig.

Gewalttätiges Verhalten ist nicht ausschließlich auf die individuelle Handlung der TäterInnen zurückzuführen. Der ganze Kontext sollte entsprechende Betrachtung und Berücksichtigung finden. Durch Fehler im Umfeld und im System werden aggressive Taten unterstützt (vgl. Pándi 1989, S.166). Um aggressives Verhalten nicht zu begünstigen, sind gute Rahmenbedingungen und die stetige Auseinandersetzung mit der eigenen Person nötig.

In den folgenden Unterkapiteln versuche ich einen Überblick über mögliche Lösungsansätze und Präventionsmaßnahmen in verschiedenen Bereichen aufzuzeigen, welche das Arbeitsklima verbessern können.

3.1 Rahmenbedingungen

3.1.1 Ausbildung

Nicht erst im Berufsalltag, sondern schon in der Ausbildung sollten bereits entsprechende Maßnahmen thematisiert und angesetzt werden.

Pflegeskandale, wie beispielsweise die Vorfälle in Lainz 1989 und 2003, erhöhen das mediale Interesse. Diese gesellschaftliche Aufmerksamkeit fordert politisches und legislatives Handeln (Ganner 2006, S.8).

So wurde im September 2003, kurz nach dem Bekanntwerden der Vorfälle in Lainz 2003, eine Anfrage durch verschiedene Abgeordnete an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, betreffend den Pflegeheimskandal in Lainz und andere Einrichtungen in Wien, gestellt. Die in Abbildung 3 angeführten Fragen aus der Antragsstellung, zeigen mögliche Problemverursacher auf und fordern passende Interventionen, Reaktionen und Lösungen.

- 8.) Sind die Wurzeln des Skandals allenfalls (auch) bei der Berufsausbildung im Pflegebereich zu suchen oder handelt es sich Ihrer Meinung nach ausschließlich um Versäumnisse auf der Ebene der Stadt Wien als Betreiber dieser Einrichtungen?

9.) Welche Schritte werden Sie setzen, um die Pflegesituation in Österreich zu verbessern?

Abb. 3 Auszug aus der Antragsstellung an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2003 (Quelle: www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/J/J_00802/index.shtml, Zugriff am 19.12.2012)

Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen stuft die Ausbildung zum gehobenen Dienst in der Gesundheits – und Krankenpflege als qualifiziert, modern und den Erfordernissen angepasst ein

(vgl. www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXII/AB/AB.../index.shtml, Zugriff am 19.12.2012).

Es können zusätzliche Weiterbildungsmöglichkeiten, die besondere Erkenntnisse vermitteln, wie in der geriatrischen Pflege, in der Pflege bei Demenz oder chronisch erkrankten PatientInnen, von Pflegepersonen absolviert werden. Allerdings tragen die Dienstgeber Sorge für die Fortbildung ihres Pflegepersonals.

Die Ausbildungsstunden – bei Stand 2012 – in der allgemeinen Gesundheits – und Krankenpflege, wurden verglichen mit denen aus den 1980er Jahren in jenen Bereichen erweitert (siehe Tab. 16; Tab. 17), bei denen vermehrt auf die Beziehungen zwischen Pflegeperson und KlientIn eingegangen wird. Die nachstehenden Tabellen beziehen sich auf die gesamte Dauer der theoretischen Ausbildung.

Ausbildung in den 1980er Jahren	
Geriatrische Pflege	20 Stunden
Psychologie des kranken Menschen	40 Stunden
Pädagogik und Menschenführung	20 Stunden
Soziologie und Psychohygiene	10 Stunden

Tab. 16 Ausbildung zur allgemeinen Gesundheits – und Krankenpflege in den 1980er Jahren (selbst erstellte Tabelle basierend auf: Pándi 1989, S.44)

Ausbildung im Jahr 2012	
Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie	30 Stunden
Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene	90 Stunden
Kommunikation, Konfliktbewältigung, Supervision und Kreativitätstraining	120 Stunden
Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der Pflege, Arbeitsmedizin	40 Stunden

Tab. 17 Ausbildung im Jahr 2012 zur allgemeinen Gesundheits – und Krankenpflege im Jahr 2012 (selbst erstellte Tabelle basierend auf: http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=1759, Zugriff am 19.12.2012)

Auch wenn, stundenmäßig, eine positive Entwicklung stattgefunden hat, ist es wichtig zu betonen, dass die zukünftigen Pflegenden, schon während der theoretischen Ausbildung, auf mögliche belastende und konfliktreiche Situationen im Berufsalltag vorbereitet werden sollten.

Wie bereits erwähnt (siehe 2.7.3 Analyse) geht es hier um einen sehr emotionalen Tätigkeitsbereich mit der ständigen

Überschreitung der menschlichen Intimgrenzen auf beiden Seiten. Diese Gegebenheiten fordern wahrscheinlich alle Menschen früher oder später und können aggressives Verhalten begünstigen. Im Vorhinein sollte der Umgang mit belastenden Situationen „gelernt“ werden. Schlechte Vorbereitung resultiert schnell in Überforderung. Taktiken psychohygienischer Art zur Problemlösung unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen erscheinen wesentlich. Individuelle Copingstrategien und die Erarbeitung eines persönlichen „Stresskonzeptes“ sind unbedingt nötig, sowie ein offener Diskurs zu heiklen Themen (vgl. Wiesemann 2003, S.134).

3.1.2 Arbeitsumfeld

Gesundheitseinrichtungen

„Aggression und Gewalt im Krankenhaus kann bereits durch die Kenntnis und Reduzierung der Entstehungsmechanismen wirksam bekämpft oder eingeschränkt werden.“ (Hartdegen 1996, S.184).

Nach Hirsch (2001, S.19) können Institutionen in folgenden Punkten präventiven Einfluss nehmen um gewalttätiges Verhalten zu verhindern oder zu vermeiden:

- *) „Philosophie“ – eine Enttabuisierung muss stattfinden, ein gänzliches Überdenken des gesellschaftlichen Bildes der Pflege
- *) Struktur – die Einrichtungen sollen transparent nach Innen und Außen sein
- *) Arbeitsbedingungen – Absprache bei der Dienstplanerstellung, Einhaltung von Pausen, etc.

- *) Unterstützung des Personals – „Nicht – Sanktionierung“ bei Fehlern
- *) Qualifikation des Personals
- *) Qualitätssicherung
- *) Pflegemanagement
- *) Ausreichende Anzahl des Personals – Der Personalmangel in Gesundheitseinrichtungen ist ein stark thematisiertes Problem. Häufig werden 20 – 40 KlientInnen alleine versorgt (siehe Kapitel 4), was Pflegende vor unmögliche Herausforderungen stellt.
- *) Fortbildungsmaßnahmen (auch Supervision) – Weiterbildungsmöglichkeiten müssen ermöglicht werden.
- *) Psychohygiene – Schulungen zur Selbstwahrnehmung anbieten (vgl. Abb. 4)
- *) Ausreichende medizinische Versorgung
- *) Räumliche Aufteilung der Zimmer (u.a. Architektur) – auch Rückzugsorte für das Personal sollen vorhanden sein.
- *) Arbeitsmittel – durch die Bereitstellung aller nötigen Arbeitsutensilien, ist ein reibungsloser und stressgeminderter Arbeitsablauf möglich.

Die folgende Abbildung zeigt in schematischen Zügen das „Anti – Gewalt – Curriculum“ der Bonner Initiative gegen Gewalt. So könnte eine mögliche Schulung, angeboten durch die Institutionen, für Pflegekräfte auch in Österreich aussehen.

Zeitungsumfang: 12 Sitzungen à 90 Minuten Dozenten: 2 Dozenten von HsM

Gestaltung: Seminarstil Mittel: Folien, Video u.a.

Termingestaltung: Block-Veranstaltungen bzw. nach Absprache <u>1. Sitzung</u> Vorstellung der HsM-Initiative/Referentinnen/ Ziele Vorstellung der Teilnehmer in Bezug auf Gewalterfahrung (Brainstorming) Klärung von Erwartungen/Ziele Methode: <i>Kleingruppe, Partnerinterview, Auswertung in der Großgruppe</i> <u>2. Sitzung</u> Sensibilisierung für das Thema anhand Der Aktivitäten des Lebens nach Kroh-Winkel (AEDL), Anknüpfung an die Erfahrungen der Teilnehmer Methode: <i>Kleingruppen, Rollenspiel</i> <u>3. Sitzung</u> Theorie zu Gewalt Professioneller Umgang mit Gewalt (allgemein) Methode: <i>Vortrag, Einzelarbeit</i> <u>4. Sitzung</u> Aktuelle Gewaltmomente am Beispiel „Umgang mit dem eigenen Ärger“ Methode: <i>Vortrag, Übungen</i> <u>5. Sitzung</u> Umgang mit Gewalt und ihrer Lösungswege aus Sicht der Pflegeperson (prophylaktisch, aktuell/situativ, rehabilitativ) Methode: <i>Vortrag, Übungen</i> <u>6. Sitzung:</u> Umgang mit Gewalt und ihre Lösungswege aus Sicht des Gepflegten Methode: <i>Vortrag, Übungen, Fallarbeit</i>	<u>7. Sitzung:</u> Vertiefung der Thematik aus den beiden vorausgegangenen Sitzungen (besondere Berücksichtigung von Macht/Ohnmacht, Toleranz/Akzeptanz, Übertragung/Gegenübertragung) Methode: <i>Gespräch, Übungen, Fallarbeit, Kleingruppen</i> <u>8. Sitzung:</u> Erweiterung des Begriffes Gewalt hinsichtlich anderer Kulturen, Gruppen und Institutionen Methode: <i>Gruppenarbeit, Rollenspiel</i> <u>9. Sitzung:</u> Konkrete Lösungen Konfliktbewältigungsstrategien u.a. am Beispiel der „Kollegialen Beratung“ Methode: <i>Vortrag, Gruppenarbeit</i> <u>10. Sitzung:</u> Leistungs- u. Rollenerwartungen aus Sicht des Umfeldes (Institution, Angehörige, Pflegende, Gepflegte, Leistungsanbieter) Methode: <i>Vortrag, Gespräch, Übungen</i> <u>11. Sitzung:</u> Gewaltbegünstigte Faktoren durch bestimmte Krankheitsbilder Methode: <i>Vortrag, Gespräch, Gruppenarbeit</i> <u>12. Sitzung:</u> Transfermöglichkeiten in die Praxis, Multiplikationsfunktion Auswertung Methode: <i>Gespräch</i>
---	--

Abb. 4 Schematische Darstellung „Anti – Gewalt – Curriculum“ (Quelle: Hirsch 2001, S.21)

Arbeitsmilieu

Auch das Arbeitsmilieu sollte einen positiven Einfluss auf das Befinden der MitarbeiterInnen und ebenso auf das der BewohnerInnen haben. Hirsch (2001) hat folgende kurze Liste bezüglich des Stationsumfeldes zusammengestellt:

„[...]

- *) überfürsorgliches Verhalten*
- *) Schweigen über eigene Ängste und Unsicherheit*
- *) Identifikation mit der Philosophie einer "totalen Institution"*
- *) Unkenntnis der einschlägigen Gesetze*
- *) Lösung von Konflikten durch destruktiven Einsatz von Macht*
- *) Überängstlichkeit von Vorgesetzten*
- *) mangelhafte medizinische Versorgung*
- *) überzogene und unsachliche Vorwürfe von Dritten ohne soziale Unterstützung*
- *) übertriebenes Verantwortungsbewusstsein und Mangel an Zivilcourage*
- *) Mangel an fachlichen Kenntnissen und möglichen Alternativen zur Gewalt.*

[...]“ (Hirsch 2001, S.20).

Diese Punkte sind Blockaden für ein „gewaltabweisendes Milieu“ auf Stationen von Gesundheits – und Sozialeinrichtungen und sollten weitgehend durch die Zusammenarbeit von „Station“ und MitarbeiterInnen vermieden werden.

Heimaufsicht

Die gesetzlich festgelegte Heimaufsicht ist idealerweise ein Team, zusammengesetzt aus SpezialistInnen, welches unter

anderem als Aufsichtsorgan für Wohn – und Pflegeheim dient. Diese Gruppe setzt sich aus VerwaltungsbeamtenInnen und Amtssachverständigen – aus den Bereichen Gesundheits- und Krankenpflege, Medizin, Soziale Arbeit, Technik und Sicherheit (Feuerpolizei, Feuerwehr) – zusammen.

Die Aufgaben umfassen:

„*) Überprüfung der rechtlichen Vorgaben

*) Kontrollen auf Grund von Beschwerden

*) Behebung von Mängeln

*) Regelmäßige Begutachtungen und Beratung der Träger der Einrichtungen sowie der MitarbeiterInnen"

(<http://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/heimaufsicht/index.html>, Zugriff am 29.12.2012).

Ziel ist es durch regelmäßige Kontrollen die bestmögliche Betreuung für die BewohnerInnen der Sozial – und Gesundheitseinrichtungen zu erreichen (<http://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/heimaufsicht/index.html>, Zugriff am 29.12.2012).

Die Heimaufsicht fungiert dementsprechend als präventives Organ.

3.2 Individuelle Ebene

Abgesehen von den Maßnahmen, die in der Ausbildung, oder in den Institutionen angestrebt werden sollten, ist auch die Mitarbeit jeder einzelnen Pflegeperson für ein gewaltablehnendes Umfeld unabdingbar.

Pflegende wollen ihre PatientInnen ganzheitlich versorgen, eine teilweise sehr kraftintensive Aufgabe. Es ist für eine Pflegeperson

von Bedeutung abschätzen zu können wo die eigenen Grenzen der Belastbarkeit liegen und sich einer fortwährenden Selbstreflexion zu unterziehen.

3.2.1 Selbstwahrnehmung

Die Selbstwahrnehmung ist ein entscheidender Faktor. Folgende Fragestellungen könnten diese anregen:

„) In welcher Situation ist mir das letzte Mal beinahe die Hand ausgerutscht?*

[...]

**) Welche Phantasien entwickle ich, wenn ich mich ungerecht behandelt fühle?*

[...]

**) In welchen Zusammenhängen denke ich vermehrt darüber nach, was menschliches Leben lohnend, was es unwert macht?*

[...]

**) Wie reagiere ich auf Entscheidungen von ‚oben‘, die ich für falsch halte?*

[...]

**) Welche Handlungsstrategien beherrsche ich, meine Stärken einzusetzen, meine Schwächen mitzuberechnen, um Probleme und Konflikte zu lösen?*

[...]

**) Wie gehe ich damit um, wenn ich nicht unterscheiden kann, ob ein Patient sich auf die faule Haut legt oder nicht fähig ist, etwas zu tun, und mich das wütend macht?*

[...]

**) Wie reagiere ich, wenn zu viel Durcheinander auf mich einstürmt und ich mich überfordert fühle? [...]" (Schädle – Deininger, Villinger 1997, S. 258f).*

Bestimmte Reaktionsmuster und eine latente Gewaltbereitschaft trägt jeder Mensch in sich (vgl. Schädle – Deininger, Villinger 1997, S. 258). Sie zu erkennen ist oft nicht einfach. Durch die verschärfte Selbstwahrnehmung sollten solche Aspekte identifiziert werden. In Folge kann die Pflegekraft die Probleme schrittweise angehen, indem sie wirksame Verhaltensweisen, beispielsweise verschiedene Entspannungstechniken, wie Atemübungen, in für sie belastenden Situationen anwendet und möglicherweise Hilfe oder Unterstützung anfordert oder zulässt.

Selbstsorge

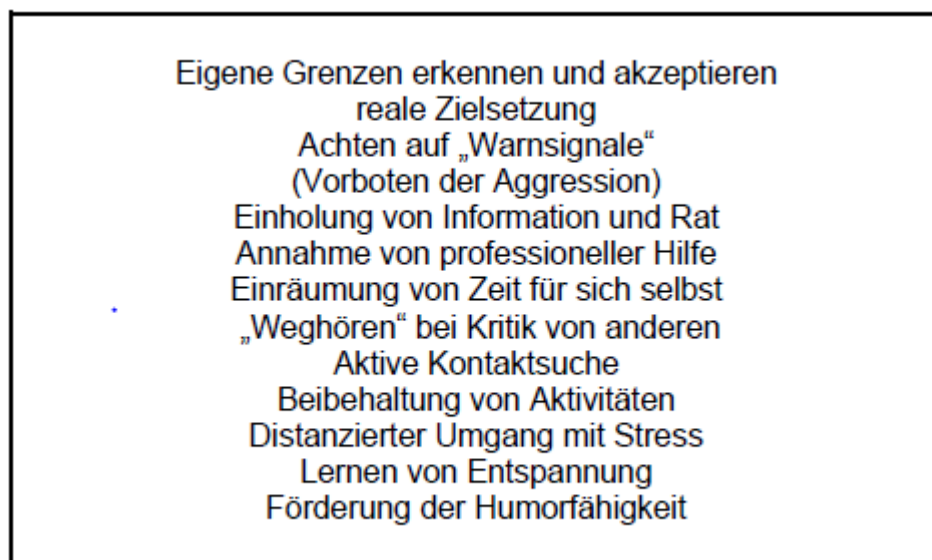


Abb. 5 Pflegebewältigung durch Selbstsorge (Quelle: Hirsch 2001, S.22)

Durch die Selbstsorge – ähnlich wie bei der Selbstwahrnehmung – soll der Pflegealltag erleichtert, die Distanz und der Umgang mit Nähe in Beziehungen bewältigt werden (vgl. Hirsch 2001, S.22).

Burnout

Das Burnout – Syndrom ist wie in Kapitel 2.3.3 beschrieben ein auslösender Faktor für gewalttätiges Verhalten. Aufmerksamkeit und Ehrlichkeit zu sich selbst machen ein rechtzeitiges Erkennen möglich – relevante Symptome wären etwa Schlaflosigkeit, Müdigkeit, Lustlosigkeit, Ängste, ein Gefühl der Leere und des Ausgenutzseins (vgl. Hartdegen 1996, S.186).

Distanzierung

Die Distanzierung zum Beruf, die Trennung vom Privat – und Arbeitsleben, fördert das eigene Wohlbefinden. Auch innerhalb der Gesundheitseinrichtung gewährleistet eine klare Rollenverteilung, also eine eindeutige Abgrenzung der Kompetenzen eine „gesunde“ Distanz (vgl. Hartdegen 1996, S.187).

3.2.2 Teamarbeit

Ein gut funktionierendes Team kann für Pflegepersonen als „Auffangbecken“ dienen. Dazu ist es wichtig, dass die einzelnen Teammitglieder sensiblen Themen gegenüber offen sind, niemand verurteilt und ausgegrenzt wird. Eine enge Zusammenarbeit fördert die Strategieentwicklung um mit

schwierigen und belastenden Situationen besser zurechtzukommen. Meinungen können ausgetauscht und Standpunkte diskutiert werden (vgl. Schädle – Deininger, Villinger 1997, S. 272ff). Ein fließender Informationsaustausch vor allem bei der Schichtübergabe beugt Missverständnissen auf die PatientIn bezogen vor.

„[...] gemeinsame Einigung im Team auf Werte im beruflichen Ablauf (wie Pünktlichkeit, Vertraulichkeit, Respekt, Treue, Achtung der Würde, Würdigung der Intimsphäre anderer etc. pp.) [...]“ (Hartdegen 1996, S. 234).

In den genannten Fällen (Kapitel 2.7) war die Zusammenarbeit der einzelnen Teams oft nicht sehr ausgeprägt, weshalb erste Warnzeichen nicht frühzeitig bemerkt oder angesprochen wurden und wenn doch, von vorgesetzten Stellen keine effiziente Reaktion erfolgte (vgl. Wieseemann 2003, S. 134).

3.3 Öffentlichkeitsarbeit

Das Bewusstsein für eine bestehende Gewaltproblematik muss in der Öffentlichkeit erweckt werden (vgl. Weltbericht Gewalt und Gesundheit 2003, S.36).

Das mediale Interesse bei der Aufdeckung von Missständen ist stets sehr groß und es wird teilweise reißerisch von den Vorkommnissen berichtet (vgl. Maisch 1997, S.69), unter der Voraussetzung, dass Vorfälle öffentlich bekannt werden (vgl. Wieseemann 2003, S.123).

„Gerade im Fall Lainz [Anm. Vorfälle 1989] zeigte sich, dass die Bevölkerung informiert werden will, eine sofortige Reaktion haben will. Die Medien befriedigen den Bedarf, indem, sie schnell verurteilen. [...]“ (Pándi 1989, S.28).

Trotzdem die Medien gegebenenfalls nicht vor einer plakativen Berichterstattung absehen („Lainzer Mordschwestern“), ist eine Enttabuisierung der Thematik Gewalt an alten Menschen nötig (vgl. Hartdegen 1996, S.263). Gewalt in der Pflege ist ein unangenehmes und emotionales Thema in der Gesellschaft, das auch von den Berufsverbänden und der Pflege oftmals negiert oder abgeschwächt wird.

3.4 Zusammenfassung

„Personen, die Gewalthandlungen gegenüber Pflegebedürftigen begehen, zeichnen sich etwa aus durch geringe Berufszufriedenheit, geringe Zufriedenheit mit der Organisation der Arbeit in der konkreten Einrichtung, Angewiesensein auf das Geld bei fehlender Tätigkeitsmotivation, eine mangelnde positive Grundeinstellung zur pflegerischen Tätigkeit, Gleichgültigkeit, negative Haltungen gegenüber Alter, Schutz und Hinfälligkeit, das Verkennen der Bedürfnisse von Bewohnern und eine Erziehungsideologie gegenüber alten Menschen.“ (Görgen o.J., S.5).

An diesen genannten Aspekten sollte in der Ausbildung beginnend über die ständige Selbstreflexion im Arbeitsalltag und auf Seiten der Gesundheits – und Sozialeinrichtungen gearbeitet werden.

Die nachstehende Abbildung (Abb. 6) fasst nochmals einige mögliche Faktoren zusammen, die gewalttätigem Verhalten vorbeugen können (vgl. 3.1.2).

Institution:	„Philosophie“ Struktur Arbeitsbedingungen Unterstützung des Personals Qualifikation des Personals Qualitätssicherung Pflegemanagement Ausreichende Anzahl des Personals Fortbildungsmaßnahmen (auch Supervision) Psychohygiene Ausreichende medizinische Versorgung Räumliche Aufteilung der Zimmer u.a. Architektur Arbeitsmittel
Personal:	Teambesprechung Dokumentation Gegenseitige soziale Unterstützung Fachliche Kompetenz Klärung von Beziehungsproblemen (Nähe und Distanz) Arbeitsmotivation
Vorgesetzte:	Soziale Unterstützung Förderung von Emanzipation und Teamarbeit „Helfen“ statt „Strafen“ Förderung von Problembewußtsein Entwicklung und Erarbeitung von Alternativen zur Gewalt
Region:	„Runder Tisch“ Beratungs- und Krisenstelle „Gewalt-Telefon“ Öffentliche Veranstaltungen
Gesellschaft:	Anerkennung der Arbeit mit alten Menschen Enttabuisierung von „Gewalt“ Einstellung zum Alter u. Altern Gleichstellung von somatisch und psychisch Kranken
Wissenschaft:	interdisziplinäre Forschung zur „Gewalt“ Untersuchung von Alternativen Erstellung eines Leitfadens zum Umgang mit Gewalt

Abb. 6 Mögliche Gewaltbeeinflussung (Quelle: Hirsch 2001, S.19)

Zusammengefasst sind Präventivkonzepte und unterstützende Maßnahmen zur Gewaltvorbeugung sehr breit gefächert. Besonders vorzuheben ist, dass die Ursache von aggressiven Verhalten nicht nur in der Persönlichkeit der TäterIn oder ihrer Umgebung gesehen werden kann, sondern unterschiedliche sich oft beeinflussende Faktoren spielen zusammen. Folglich müssen Maßnahmen diese Aspekte identifizieren und thematisieren. Ansonsten können Interventionen und Konzepte zu einer oberflächlichen „Kosmetikbehandlung“ verkümmern.

4 Interview

Dieses Kapitel befasst sich mit einem qualitativ geführten Interview.

Das Interview beschäftigt sich mit dem Tagesablauf einer geriatrischen Station und mit den Schwierigkeiten, die sich im Pflegealltag ergeben. Die Interviewpartnerin hat langjährige Berufserfahrung im Gesundheitsbereich und speziell in der Altenpflege.

Ziel des Gespräches war es die möglichen Erfahrungen mit Gewalt, aus der Sicht einer Pflegefachfrau zu sehen.

Die interviewte Person ist über das Thema dieser Arbeit informiert. Aufgrund dessen gibt es keine Aufzeichnungen, lediglich handschriftliche Notizen. Weiters ist es Wunsch der Interviewten anonym zu bleiben, demzufolge der Name Frau X.

Die Gesprächsdauer betrug etwa 90 Minuten.

4.1 Zusammenfassung relevanter Passagen

„Ich bin gerne Altenpflegerin. Schon meine Großmutter wurde bei uns zu Hause gepflegt, da hab ich schon recht viele Aufgaben übernehmen müssen und mir gedacht, das ist ein Beruf wo ich auf meine Kosten komm und weil ich ja so gern helf [...] Zukunft hat der Bereich auch, weil alt werden alle. [...]“

Frau X erzählt von ihrer Ausbildung, für Ethikunterricht und Pädagogik seien nicht viele Stunden eingeplant gewesen. „Bei

den Praxisstunden hatten wir eine Ausbilderin, die sehr viel Wert auf die Beziehung Pfleger – Patient gelegt hat. Sie meinte wir müssen immer, auch beim Windeln wechseln und beim Waschen, respektvoll sein und unser Gegenüber achten. Das sei ganz wichtig [...]“.

Mit der nachstehenden Auflistung möchte ich besonders bezeichnende Aussagen, die mit dem Thema Gewalt zusammenhängen, herausheben.

**) „[...] als ich noch auf meiner alten Station war, habe ich es immer sehr einfach gefunden, weil die Patienten ja nicht ansprechbar waren, die meisten waren komatös [...]. Da habe ich immer meine Arbeit gemacht, ohne auf die Gefühle des Patienten achten zu müssen [...]da hatte ich eigentlich nur Kontakt mit den Angehörigen [...] was bei meinem jetzigen Posten recht angenehm ist, ist die Arbeit mit teilweise aktiven Patienten [...]“.*

**) „Anstrengend und auszehrend wird es aber öfter bei Nachtdiensten. Wir haben zu dritt ungefähr 25 Patienten zu versorgen, wenn dann zum Beispiel eine Magen – Darm – Grippe umhergeht, dann laufen wir die ganze Nacht, und wenn dann noch Urlaubszeit ist, wird’s noch schlimmer.“*

**) „Ich selbst schaue ja immer, dass es meinen Patienten bestmöglich geht, ich find das ja wichtig, dass sie zufrieden sind, dann geht’s mir auch besser [...] wissen Sie, wir haben eine Patientin, sie hatte früher einen Vogel, den Michael. Sie schreit oft Stunden nach Michael, auch in der Nacht und da haben wir, natürlich nach Absprache, einen Wellensittich gekauft, den hat sie aber nicht so annehmen wollen [...] da konnten wir mal nicht anders und ich habe sie auf den Balkon geschoben und die Tür*

geschlossen (PAUSE) nicht für lang, aber da war wenigstens kurz Ruhe [...]."

4.2 Interpretation

Ein gegenseitiges Verstehen ist in der Beziehung zwischen Pflegeperson und PatientIn wichtig. Es ist hilfreich um in bestimmten Fällen neue Denkmöglichkeiten zu eröffnen und verdeckte Verwicklungen aufzuklären (vgl. Orlando 1996, S.74). So sei es auch nach Frau X wichtig eine gute und respektvolle Beziehung zu ihren PatientInnen aufzubauen. Trotz dem ihr ein würdevoller Umgang mit den KlientInnen wichtig scheint, ist dieser nicht dauernd zu bewerkstelligen. Etwa wie sie die „auszehrenden“ Nachtschichten beschreibt, mangelt es nicht nur an Zeit sondern auch am Personal um sich den BewohnerInnen angemessen widmen zu können. Die umgebenden Bedingungen ermöglichen keine bessere Versorgung. Dass Frau X ihre Patientin auf den Balkon geschoben hat, ist ein bedenkliches Resultat, kombiniert aus der Überlastung durch das Arbeitsumfeld sowie hinsichtlich ihrer Person. Frau X fehlt in diesem Fall ein Reflektieren von Lösungsansätzen (vgl. Hartdegen 1996, S.228) und eine Kurzschlussreaktion folgte.

Frau X scheint es weiters nicht bewusst zu sein, dass sie auch ein Vokabular („Windel“) verwendet, welches an die Kinderbetreuung erinnert (vgl. Abstractband Pflegekongress unter <http://www.pflegekongress.at/>). Wie bereits erwähnt, ist auch diese Art der Sprache als ein Gewaltakt zu deuten (vgl. Hartdegen 1996, S.92).

5 Resümee

Diese Arbeit zeigt, dass sich Aggression und Gewalt, ausgeübt durch das Pflegepersonal, aus verschiedenen Faktoren zusammensetzt (vgl. ökologisches Erklärungsmodell, Abb.2).

Aggression ist komplex strukturiert und äußert sich bei jedem Menschen anders. Mögliche Auslöser lassen sich zum Beispiel durch die verschiedenen Triebtheorien (nach Freud oder Lorenz) oder etwa auch die Frustrations – Aggressions – Theorie erklären.

Frustration wird durch ungleiche Machtverteilung, verursacht durch eine Umkehr der bekannten Beziehungsmuster, gefördert, die Pflegeperson ist dann die ausführende Kraft (vgl. Hartdegen 1996, S.103).

Der Wunsch nach Machtphantasien kann ebenfalls ein Aktivator für gewalttätiges Handeln in der professionellen Pflege sein.

Durch Ängste der Pflegeperson vor beispielsweise Erschöpfung, Kritik, Ablehnung oder auch durch das Konfrontiertsein mit dem „unaufhörlichem Sterben“ können Rollenkonflikte bei Pflegenden bestärkt werden (vgl. Hartdegen 1996, S.106).

Durch ein ausgeprägtes Helfersyndrom bildet sich häufig ein „Frustrationsstau“, der sich in gewalttätigem Verhalten entladen kann (vgl. Hartdegen 1996, S.118).

Ebenso stellt Burnout ein Risiko für solches Handeln dar.

Ausgelöst durch verschiedene Konflikte einer Person mit sich selbst und/oder ihrer Umwelt zeigen sich aggressive Aktionen bei der professionellen Pflege in den zwölf Lebensbereichen wie zum Beispiel beim Kommunizieren (durch respektlose Anreden),

durch den Zwang zur Körperpflege oder auch durch unangemessenes Verhalten bei der Essensreichung (vgl. Kapitel 2.4). Aufgezeigt wurde, dass Gewalt im Pflegealltag verankert ist, bewusst oder unbewusst durch die Pflegeperson verübt.

In der frühen psychiatrischen Pflege waren gewalttätige Therapieformen an der Tagesordnung und gefordert um die KlientInnen zu „heilen“. Einen Tiefpunkt erreichte die Pflege allgemein in der Zeit des Nationalsozialismus. Die „schwarzen Jahre“ waren durch Euthanasieverbrechen und Zwangsterilisationen geprägt. Millionen von Menschen fielen diesen zu Opfer (vgl. Fürstler, Malina 2004, S.11).

Durch die Auflistung von einigen Fallbeispielen zeigt sich, dass Gewalt in Form von PatientInnentötungen auch in näherer Vergangenheit, wie die Vorfälle in Wien – Lainz 1989, stattfanden. Aufgrund des sicheren Umfeldes in dem die Taten verübt wurden, vermutet man eine große Dunkelziffer (vgl. Maisch 1997, S.113). Erst 2010 wurde ein Skandal von gewalttätigem Verhalten in dem steirischen Landespflegeheim Schwanberg öffentlich bekannt (vgl. <http://derstandard.at/1343743529789/Ex-Krankenpfleger-wegen-Misshandlung-von-Patienten-vor-Gericht>, Zugriff am 18.12.2012).

Die Motive der TäterInnen setzen sich aus verschiedenen Aspekten der gesellschaftlichen Ebene, aus den Vorgaben der Gesundheits – und Sozialeinrichtungen und auch daraus zusammen, wie der Pflegeberuf gesehen wird (vgl. Hirsch 2001, S.19). Individuelle Probleme tragen zusätzlich dazu bei.

Somit müssen präventive Maßnahmen in allen mitwirkenden Bereichen gesetzt werden. Angefangen bei der Ausbildung zur

allgemeinen Gesundheit – und KrankenpflegerIn durch eine eingehende Vorbereitung auf mögliche belastende pflegealltägliche Situationen, sowie die umfassende Schulung zum Umgang mit diesen. Eine bessere Kontrolle des Arbeitsmilieus und des Arbeitsumfeldes, beispielsweise durch den Einsatz einer ExpertInnengruppe, wären mögliche Ansätze (<http://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/heimaufsicht/index.html>, Zugriff am 29.12.2012).

Auf individueller Ebene sollte jede Pflegeperson ebenso arbeiten. Das ständige Training der Selbstwahrnehmung und das Betreiben von Selbstsorge können vorbeugend wirken. Auch eine gut funktionierende Teamarbeit kann als „Auffangbecken“ für latente Aggressionsneigungen dienen (Schädle – Deininger, Villinger 1997, S. 258f).

Gewalt und Aggression werden durch soziale und politische Rahmenbedingungen ebenso beeinflusst und stellen nicht ausschließlich ein individuelles Problem dar.

Jeder Mensch trägt eine gewisse Gewaltbereitschaft in sich (vgl. Schädle – Deininger, Villinger 1997, S. 258).

Politisch und legislativ gesehen besteht in Österreich noch einiges an Handlungsbedarf, das Bewusstsein für eine bestehende Gewaltproblematik muss in der Öffentlichkeit geweckt werden (vgl. Weltbericht Gewalt und Gesundheit 2003, S.36).

„Ob ein Problem verhindert oder gelöst werden kann oder nicht, ist im Grunde genommen eine Frage der Wahl des Zeitpunktes“ (Orlando 1996, S.89).

6 Literaturverzeichnis

Abstractband Pflegekongress 2012, Zugriff am 07.01.2012
unter: <http://www.pflegekongress.at/>.

Allmer, G.(1998): Eigenverantwortlichkeit in der Gesundheits –
und Krankenpflege – Strafrechtliche Verantwortung und
zivilrechtliche Haftung. In: Kozon, V. / Fortner, N. (Hrsg.):
Impulse für die Pflegepraxis. ÖGVP - Österr. Ges. für Vaskuläre
Pflege, Wien, S.161-181.

Archiv „Die Grünen Wien“ Bereich Gesundheit, Zugriff am
26.12.2012 unter:
<http://archiv.wien.gruene.at/gesundheit/artikel/lesen/775/>.

Bandura, A. (1973): Aggression. A social learning analysis. New
Jersey.

Beine, K.H. (2011): Krankentötungen in Kliniken und Heimen:
Aufdecken und Verhindern. Lambertus – Verlag.

Biermann, U. (2009): Der Alte stirbt doch sowieso!. Haider,
Freiburg.

Boran, T., Matzinger, O. (2003): Definition der Pflegediagnose
nach NANDA. Österreichische Pflegezeitschrift. 3/03, S.14ff.

Brandl, K. (2005): Möglichkeiten zur Gewaltprävention in der Altenpflege. Eine Herausforderung für die Ausbildung. Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", Band 12. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Bundesgesetz über die Gesundheits- und Krankenpflegeberufe – GuKG, Zugriff am 19.11.2012 unter: <http://www.oegkv.at/recht/index-gukg/14.html>

Burisch, M. (2006): Das Burnout – Syndrom. Heidelberg.

Der Standard (2012): Ex – Krankenpfleger wegen Misshandlung vor Gericht. Zugriff am 18.12.2012 unter <http://derstandard.at/1343743529789/Ex-Krankenpfleger-wegen-Misshandlung-von-Patienten-vor-Gericht>.

Dollard, J. / Miller, N.E. et al. (1939): The hypothesis suggests that the failure to obtain a desired or expected goal leads to aggressive behavior. Frustration and aggression. Yale University Press, New Haven

Dörner, K. (2002): Tödliches Mitleid. Zur sozialen Frage der Unerträglichkeit des Lebens. 4. Auflage, Paranus Verlag, Neumünster.

Fürstler, G. / Malina, P. (2004): "Ich tat nur meinen Dienst." Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS – Zeit. Facultas, Wien.

Fussek, C./ Schober, G. (2008): Im Netz der Pflegemafia. Wie mit menschenunwürdiger Pflege Geschäfte gemacht werden. Verlag C. Bertelsmann, Gütersloh.

Ganner, M. (2005): Selbstbestimmung im Alter. Privatautonomie für alte und pflegebedürftige Menschen in Deutschland und Österreich. Springer Verlag, Wien.

Gaßmann, M. et.al. (2006): Psychiatrische Gesundheits – und Krankenpflege, Mental Health Care. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Görger, T. (o.J.): Gewalt im stationären Bereich. Zugriff am 24.11.2012 unter:
http://scholar.google.at/scholar_url?hl=de&q=http://www.bibb.de/redaktion/altenpflege_saarland/literatur/pdfs/gewalt_03.pdf&sa=X&scisig=AAGBfm0h6egdO_6mfnmAaLfNyLHq76PELg&oi=scholar&ei=dazgUNjZNqLk4QTo6YDwCg&ved=0CC4QgAMoADAA.

Grond, E. (2007): Gewalt gegen Pflegende. Huber, Berlin.

Hartdegen, K. (1996): Aggression und Gewalt in der Pflege. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Hausmann, C. (2005): Psychologie und Kommunikation für Pflegeberufe. Facultas, Wien.

Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG), Zugriff am 23.11.2012 unter:
https://www.jusline.at/index.php?cpid=f04b15af72dbf3fdc0772f869d4877ea&law_id=381.

Heimaufsicht der Abteilung Soziales, Sozial – und Gesundheitseinrichtungen (MA 40), Zugriff am 29.12.2012 unter:

<http://www.wien.gv.at/gesundheit/strukturen/heimaufsicht/index.html>.

Hillmann, K.H. (1994): Wörterbuch der Soziologie. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart.

Hirsch, R.D. (2001): Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen. Zugriff am 20.12.2012 unter:

www.humanrights.ch/upload/pdf/050825_hirsch_praevention.pdf

Johnson T.F. (1991): Elder Mistreatment: Deciding Who is a Risk. Greenwood press, Westport.

Jones J. S., Holstege C., Holstege H. (1997): Elder Abuse and neglect: Understanding the Causes and Potential Risk Factors. American Journal Of Emergency Medicine 15, S.579 – 583.

Kaselitz, V. / Lercher, L. (2001): Gewaltbericht des Bundesministeriums: Gewalt in der Familie. Rückblick und neue Herausforderungen. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen, Wien.

Kozon, V. [Hrsg.] (2000): Gegenwart und Perspektiven der Pflege. ÖGVP - Österr. Ges. für Vaskuläre Pflege, Wien.

Kozon, V. / Fortner, N. [Hrsg.] (1998): Impulse für die Pflegepraxis. ÖGVP - Österr. Ges. für Vaskuläre Pflege, Wien.

Kühne – Ponesch, S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Facultas, Wien.

Litzcke, S.M., Schuh, H. (2007): Stress, Mobbing und Burn – out am Arbeitsplatz. Springer Verlag, Heidelberg.

Maisch, H. (1997): Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. Kindler, München.

Maslach, C. / Jackson, S.E. (1986): The Maslach Burnout Interventory. Manual. 2. Auflage, Palo Alto.

Morrison, E.F. (1990): Violent psychiatric inpatients in a public hospital. Scholarly inquiry for nursing practice, Springer Publishing Company.

o.A. (2003): Österreichisches Wörterbuch. ÖVB&HPT Verlag. Wien

o.A. (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. Weltgesundheitsorganisation.

Orlando, I. J. (1996): Die lebendige Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Hans Huber Verlag, Bern.

Pándi, C. (1989): Lainz – Pavillon V. Hintergründe und Motive eines Kriminalfalles. Ueberreuter, Wien.

Panke – Kochinke, B. (2008): Gewalt gegen Pflegekräfte. Problematische Situationen erkennen und lösen. Mabuse – Verlag, Frankfurt.

Pflegenetz (2012): Ex-Krankenpfleger wegen Misshandlung von Patienten vor Gericht. Zugriff am 18.12.2012 unter: [http://www.pflegenetz.at/index.php?id=161&tx_ttnews\[tt_news\]=629](http://www.pflegenetz.at/index.php?id=161&tx_ttnews[tt_news]=629).

Pillemer K., Finkelhor D. (1988): The Prevalence of Elder Abuse: A Random Sample Survey. *The Gerontologist*, 28, S.51 – 57.

Profil (2003): Pflegeskandal: Keine Zeit zum Essen. Zugriff am 18.12.2012 unter: <http://www.profil.at/articles/0337/560/64665/pflegeskandal-keine-zeit-essen>.

Rippon, T.J. (2000): Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing* 31(2), Blackwell Science Ltd.

Salzburger Pflegekonferenz (2010), S.29 – 65, Zugriff am 26.07.2012 unter: http://www.fhs-forschung.at/fileadmin/documents/zfz/Tagungsdokumentation_Pflegekonferenz_2010_v5.pdf

Schädle – Deininger, H. / Villinger, U. (1997): *Praktische Psychiatrische Pflege*. 2.Auflage. Psychiatrie – Verlag, Bonn.

Scharf, W. (1997): *Gewalt in der Pflege*. Ullstein Mosby, Berlin.

Schirmer, U. et al. (2006): *Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege*. Schölersche, Hannover.

Schneider, C. (2005): Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Erfahrungen von Pflegenden. Schlütersche, Hannover.

Stemmer, R. (2001): Grenzkonflikte in der Pflege. Patientenorientierung zwischen Umsetzungs – und Legitimationsschwierigkeiten. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Walter, I. (2003): Zur Entstehung der beruflichen Krankenpflege in Österreich. In *Historicum, Zeitschrift für Geschichte*, Wien.

Walter, I. / Seidl, E. / Kozon, V. [Hrsg] (2004): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege. ÖGVP - Österr. Ges. für Vaskuläre Pflege, Wien.

Warneke, P. (2009): Gewalt in der stationären Altenpflege als Herausforderung für das Personalmanagement. GRIN Verlag, Bachelorarbeit, Göttingen.

Weissenberger – Leduc, M. / Weiberg, A. (2010): Gewalt und Demenz. Ursachen und Lösungsansätze für ein Tabuthema in der Pflege. Springer, Wien.

Wiesemann, C. et al. [Hrsg] (2003): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

7 Anhang

7.1 Zusammenfassung

Thema dieser Arbeit ist Gewalttaten in Alten – und Pflegeheimen, ausgeübt von Pflegepersonen an ihren KlientInnen. Gewalt/Aggression lässt sich nicht leicht erklären, sie äußert sich einerseits bei jedem Menschen anders, ist komplex strukturiert und wird durch verschiedene Konflikte einer Person, mit sich selbst und/oder mit ihrer Umwelt, begünstigt. Diese Faktoren und mögliche Auslöser werden durch diverse Theorien erklärt, welche ich in dieser Arbeit anführe. In der professionellen Pflege zeigen sich aggressive oder gewalttätige Aktionen in zwölf Lebensbereichen. Gewalt und aggressive Handlungen sind im Pflegealltag verankert und werden bewusst oder unbewusst begangen. Die Taten können von teilweise massiver (psychischer) Druckausübung/Erpressung über verbale Aggression bis hin zu körperlicher Gewalt reichen. In der früheren psychiatrischen Pflege und anschließend im Nationalsozialismus wurde Gewalt in unvorstellbarem Ausmaß an den PatientInnen verübt. Auch in näherer Vergangenheit tauchen einige Fälle auf, bei denen sich Gewalt sogar in der Tötung von KlientInnen äußert, Hauptaugenmerk lege ich in dieser Arbeit auf die Vorfälle auf der internen Station in Wien – Lainz 1989. Die Tatmotive hängen von unterschiedlichen Aspekten ab, wie der gesellschaftlichen Stellung sowie durch Vorgaben der Gesundheits –, Betreuungs – und Sozialeinrichtungen, aber auch individuelle Probleme, tragen hierzu bei. Die Beweggründe des Pflegepersonals Gewalttaten an den BewohnerInnen auszuüben

sind somit sehr unterschiedlich. Mögliche Maßnahmen und Modelle die in allen mitwirkenden Bereichen präventiv gesetzt werden können, werden in dieser Arbeit vorgestellt.

7.2 Abstract

This thesis investigates violent acts perpetrated against clients by nursing personnel in elderly hospices and nursing homes. Conceptually and in practice, violence is not easily explained. It expresses itself for every person differently, is complexly structured and is fostered by diverse conflicts a person might have with him/herself or with his/her environment.

The factors and possible catalysts cited above have been previously been analyzed using various methodological approaches, which I will synthesize in my thesis. In professional care, violent acts against clients have been identified in twelve areas of day-to-day living. Violence and aggressive behavior are herein shown to be regular acts in the daily routine of client care, whether consciously or unconsciously committed.

The actions range from partially massive (psychological) pressure/extortion to verbal aggression and in some cases to physical violence. In the early psychiatric care and later on in National Socialism, violence on patients was committed to an inconceivable extent. But there are also a few cases that have emerged in the recent past, in which violence has escalated into killing patients, I will especially enlarge on the case "Wien - Lainz". The motivations are composed of different aspects, such as a social status as well as specifications of the health and social institutions, and also individual problems can add to this. The motivations for care personnel to commit violent acts differ

consequently. Possible measures and models that could be used preventative in all areas will be presented in this paper.

7.3 Lebenslauf

Verena Graf

Kontakt:
verena-graf@hotmail.com



Persönliches

Geboren am 29. Juli 1986 in Mödling

Ausbildung

Matura 2004 Untere Bachgasse Mödling (AHS)

Seit 2004 Studentin an der Universität Wien / Technischen Universität Wien

Seit 2006 Studium Pflegewissenschaften Universität Wien /
Medizinische Universität Wien