

„Gewalt hängt
NICHT
von einzelnen
Tätern ab,
sie ist
IMMER
ein institutionelles
Problem“

Ursachen von Gewalt Kommt es in einer Pflegeeinrichtung zu Gewalt, wird schnell auf den Täter fokussiert. Dabei handelt es sich fast nie um ein Einzelphänomen, das nur über den jeweiligen Täter erklärbar ist, meint Siegfried Huhn, Experte zum Thema Gewalt in der Pflege. Es gibt immer eine institutionelle Dimension, die eine Täterschaft begünstigt oder erst möglich macht.

Interview: Brigitte Teigeler

Herr Huhn, wo fängt für Sie persönlich Gewalt in der Pflege an? Wenn ich die Patientenklingsel ignoriere, weil der Patient schon zum fünften Mal klingelt? Oder wenn ich einen Menschen mit Demenz etwas härter anfasse, um ihn zum Aufstehen zu bewegen?

Beides ist aus meiner Sicht Gewalt. Ich unterscheide drei Ebenen von Gewalt: Grenzverletzung, Vernachlässigung und Misshandlung. Ihre Beispiele sind Grenzverletzungen. Viele verstehen unter Gewalt aber vor allem die körperliche Misshandlung.

Was bedeutet Grenzverletzung genau?

Das heißt, ich verletze die Grenzen einer Person in einer Beziehung, die Vertrauen voraussetzt und in der Vertrauen erwartet werden kann. Und damit ist es eine Verletzung – der Begriff ist also sehr treffend. Abgrenzen kann man hiervon die Grenzüberschreitung. Das bedeutet, ich komme jemandem zu nah, ich treffe ihn an einem Punkt, der für ihn nicht mehr adäquat ist. Dafür kann ich mich entschuldigen und mich zurücknehmen. Wenn ich das nicht tue und mir das Recht herausnehme, diese Grenze weiter zu überschreiten, wird es zu einer Verletzung.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Eine Grenzüberschreitung wäre beispielsweise, wenn ich eine Patientin bette und ihr dabei weh tue, zum Beispiel weil ich sie unsanft anfasse oder nicht im Blick habe, dass sie eine Verletzung an der Hüfte hat. Dann kann ich sagen: „Das tut mir leid, ich versuche es jetzt noch einmal vorsichtiger.“ Eine Grenzverletzung wird es in dem Moment, wo ich sage: „Reißen Sie sich zusammen!“

Grundsätzlich ist aber doch keine Pflege oder Medizin ohne Verletzung durchführbar. Jede Injektion ist schmerzhaft.

Das stimmt. Aber ich muss einschätzen: Ist das, was ich mache, im Sinne der mir anvertrauten Person? Ist es fachlich adäquat? Entspricht es meinem pflegerischen Auftrag? Dieser Bezug auf die Fachlichkeit ist in der Pflege besonders wichtig, weil ich es hier immer mit Menschen zu tun habe, die sehr abhängig und vulnerabel sind. Deshalb muss ich ein Gespür dafür entwickeln, wenn ich eine Grenzüberschreitung vornehme.

Wie erkenne ich, ob es in einer Einrichtung zu Grenzverletzungen kommt? Oft finden diese doch nur unter vier Augen – also in Anwesenheit des Bewohners oder des Patienten – statt?

Nein. Wenn sich Grenzverletzungen in einer Einrichtung ritualisieren, wird das auch öffentlich.

Inwiefern?

Bleiben wir bei dem genannten Beispiel – eine Mitarbeiterin bettet eine Patientin und tut ihr dabei weh. Eine reflektierte Kollegin würde nun vielleicht ins Dienstzimmer gehen und fragen: „Habt ihr eine Idee, wie ich diese Frau besser betten kann, ohne dass es für sie schmerzhaft ist?“ Sie kann aber auch sagen: „Das ist ja eine fürchterliche Frau, da fasst man sie mal an und sie schreit gleich.“ Und die Kollegen stimmen ihr zu. Damit wird die Grenzverletzung öffentlich. Dann braucht es jemanden, der sagt: „So nicht!“



Siegfried Huhn ist Krankenpfleger, Gesundheitswissenschaftler und Sozialmanager. Seit 1988 ist er freiberuflich in der Pflegeberatung, Fortbildung und Qualitätsentwicklung mit dem Schwerpunkt gerontologische Pflege tätig. Seit rund 25 Jahren beschäftigt sich Huhn mit dem Thema Gewalt in der Pflege und ist in vielen Einrichtungen, in denen es zu Gewaltvorfällen gekommen ist, als Berater vor Ort. Mail: siegfried.huhn@freenet.de



Wir brauchen starke Leitungen, die sich trauen, Dinge klar anzusprechen und verbindliche Regeln aufzustellen

Das heißt, in der Form, in der ich mich über Patienten und Bewohner äußere, offenbare ich auch meine Grundhaltung im Hinblick auf Gewalt?

Genau. Manchmal erleben Sie komplette Teams, die ihre Patienten als lästig empfinden. Die sagen: „Man kommt hier ja überhaupt nicht zum Arbeiten, wenn die Patienten dauernd klingeln.“

So etwas ist ja schnell mal gesagt. Muss ich hier als Leitungsperson schon hellhörig werden?

Das kommt auf die Situation an. Wenn ich als Pflegedienstleitung auf eine Station komme und höre, dass sich Pflegenden über das häufige Schellen eines Patienten beschweren, dann kann ich nachfragen: Was ist daran so lästig? Was ist genau mit diesem Patienten? Dann kann ich herausfinden, ob die Beschwerden nachvollziehbar sind oder ob ich eine Grundstimmung von Gewalt wahrnehme. Zu bedenken ist aber: In einem gewaltgeneigten Kollektiv haben die Teammitglieder in der Regel eine ähnliche Haltung. Aber sie tragen diese nicht nach außen. Das heißt, wenn die Pflegedienstleitung dabei ist, sprechen sie anders über ihre Klienten.

Formen von Gewalt

Verbale Aggression, emotionale Gewalt, psychosoziale Vernachlässigung: Verbale Aggression zeigt sich häufig in Form von Anschreien, Drohungen und Beleidigungen, aber auch subtiler als Rechthaberei und Herabwürdigung der Patienten/Bewohner und deren Auffassung. Emotionale Gewalt tritt oft als Folge von Überforderung in bestimmten Pflegesituationen auf oder wenn Patienten/Bewohner als „lästig“ und „anspruchsvoll“ empfunden werden. Ärger mit Angehörigen kann sich auch auf die Begegnung mit den Pflegebedürftigen auswirken. Auslöser können banale Missverständnisse sein.

Emotionale Gewalt und psychosoziale Vernachlässigung können sich auch durch Vernachlässigung in der Versorgung, durch Nicht-Beachten und Warten-Lassen (Klingel nicht bedienen), Zurückhalten von Informationen, Ignoranz oder Isolation und so weiter zeigen. In den meisten Fällen gehen alle anderen Gewaltformen auch mit emotionaler Gewalt einher.

Körperliche Misshandlung: Häufig wird körperliche Gewalt angewandt, um ein bestimmtes Verhalten zu erzwingen, wie eine unsanfte oder schmerzhaft Berührung, um die Person zum Aufstehen zu bewegen. Vielfach kommt es aber unbedacht zu der Misshandlung. Ein fachliches Fehlverhalten liegt vor, könnte aber korrigiert werden, wenn die Pflegeperson ihr Fehlverhalten einsehen würde. Direkte körperliche Misshandlungen finden sich bei Schlägen oder unsachgemäßem Durchführen von Pflegehandlungen wie zu kalt oder zu heiß duschen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen: Es werden mechanische und medikamentöse freiheitsentziehende Maßnahmen unterschieden. Insbesondere demenziell erkrankte alte Menschen werden diesen Maßnahmen ausgesetzt. Dabei handelt es sich auch um Gewalt, wenn zum Erhalt der richterlichen Anordnung oder Rezeptierung von Medikamenten Falschaussagen gemacht werden.

Pflegerische Vernachlässigung, Unterversorgung: Das Problemspektrum der Vernachlässigung umfasst alle Versorgungsbereiche, wie absichtlich keine Körperpflege durchführen, Vernachlässigen der Mundpflege, mangelhafte Inkontinenzversorgung, nicht ausreichende Ernährung (insbesondere beim Essen-Anreichen), mangelhafte Wundhygiene und zu seltener Wechsel der Kleidung sowie nicht wettergerechte Kleidung.

Eine weitere Einteilung der Gewaltvorkommnisse liegt in der Schädigungsintention und in der Situation. Gewaltsituationen können spontan auftreten oder situationsübergreifend als allgemeine Umgangsform. Sie können eine Schädigungsintention haben, aber auch ohne Schädigungsabsicht auftreten (Görgen 2010).

Kommt es aus Ihrer Sicht häufig vor, dass ein ganzes Team eine Gewaltneigung zeigt?

Das ist leider der Fall. Es mag in seltenen Fällen vorkommen, dass es Einzeltäter gibt, zum Beispiel wenn ein neuer Mitarbeiter ins Team kommt und irgendwann auffällt, dass dieser die Patienten anschreit. Ich glaube aber, dass ein Einzeltäter keine Chance hat, wenn er in ein Team kommt, das keine Gewaltneigung hat. Dann würde man ihn konfrontieren und sagen: „So gehen wir nicht mit Patienten um. Entweder du passt dich an unsere Umgangsweise an – oder wir müssen uns trennen.“ Ein Täter kann über längere Zeit nur zum Zuge kommen, wenn seine Kollegen und die Leitung das mittragen.

Aber gerade im Hinblick auf Patiententötungen hat es doch zahlreiche Einzeltäter gegeben?

Ja, die Ausführung erfolgte durch einzelne Täter. Aber selbst die schlimmsten Fälle, die wir kennen, waren im Vorfeld bekannt. Es gab Verdachtsmomente, bis zur praktischen Unterstützung, bis zur Aufforderung, eine Tat zu begehen. In der Charité wurde zum Beispiel der tödenden Krankenschwester von ihren Kollegen gesagt: „Da musst du mal etwas machen.“ Das hieß mit anderen Worten: „Bring sie um!“ Oder: „Der ist überfällig!“ Auch der Pfleger Niels H. aus Delmenhorst war schon lange vorher auffällig. Was ich in den meisten Einrichtungen erlebe, in denen es zu Gewaltvorfällen gekommen ist, ist ein kollektives Mittragen – und nicht nur einzelner Stationen, sondern ganzer Häuser. Es gibt wirklich ganze Einrichtungen, in denen eine grundständige Gewaltneigung zu erkennen ist.

Diese Vorstellung ist sehr erschreckend. Es erscheint schwer vorstellbar, dass es in einem ganzen Team niemanden gibt, der sagt: „Halt, Stopp!“

Es gibt natürlich Mitarbeiter, die das nicht mittragen möchten. Die fühlen sich aber ohnmächtig oder werden nicht ernst genommen. Viele verlassen dann die Einrichtung. Das ist ein wesentliches Merkmal, bei dem Leitungspersonen hellhörig werden müssen: wenn eine hohe Fluktuation vorliegt oder wenn häufig neue Mitarbeiter nach kurzer Zeit das Kollektiv verlassen. Ich trenne hier bewusst die Begriffe Team und Kollektiv. Ein Team ist durch Respekt geprägt und entwickelt gemeinsame Ziele. Kollektive machen ihren Job und wollen sonst am liebsten nichts damit zu tun haben.

Wenn Täter gedeckt und Taten verharmlost werden – betrifft das die Kollegen oder auch die Leitungen?

Beides. Ich kenne auch Fälle, in denen eine Misshandlung durch die Pflegedienstleitung gedeckt wurde. Ein großes Problem ist, dass die Täter – auch bei brutalen Übergriffen – viel zu häufig entschuldigt werden. Ein Pfleger hatte beispielsweise absichtlich frisch gekochten Kaffee in das Gesicht einer Bewohnerin gegossen. Die Frau kam ins Krankenhaus, der Arzt sagte: „Das kann nicht mit rechten Dingen zugegangen sein.“ Er informierte die Polizei, und die Tat wurde offengelegt. Die Pflegedienstleitung sagte anschließend zu mir: „Wenn Sie die Bewohnerin kennen würden, würden Sie den Pfleger verstehen.“ Dabei ist ein solches Verhalten doch ein Entlassungsgrund!

Ist so etwas ein Einzelfall?

Leider nein, auch wenn die Ausprägung der Gewalt nicht immer so massiv ist. Ein anderes Beispiel, hier geht es um eine Grenzverletzung: Ein Bewohner bittet eine Mitarbeiterin: „Ich hätte so gerne eine Tasse Kaffee.“ Die sagt: „Nein, vor'm Essen gibt es keinen Kaffee mehr.“ Es war 20 nach zehn, Mittagessen gab es erst um zwölf. Daraufhin der Mann: „Ich hätte aber so gerne einen Kaffee.“ Das geht einige Male hin und her, und zum Schluss sagt die Pflegerin: „Wissen Sie, wenn Sie wirklich Durst haben, dann trinken Sie auch Limo“ und schiebt ihm eine Limo hin. Dabei stand frischer Kaffee direkt hinter ihr in einer Thermoskanne.

Also ein reines Machtspiel.

Genau. Ein anderer Fall: In einer Einrichtung wurde mir im Vorgespräch gesagt: „Wenn wir jemanden haben, der nicht aufstehen kann, dann schieben wir ihn mit dem Bett in den Tagesraum, damit er am Leben der Station teilhaben kann.“ Ich habe das beobachtet. Drei Tage lang wurde eine Frau im Bett aus ihrem Zimmer in den Tagesraum geschoben. Aber drei Tage war sie so platziert, dass sie weder in den Raum hineinschauen konnte noch dass sie Kontakt zu anderen Bewohnern aufnehmen konnte. Die Pflegenden haben die Frau zwar aus dem Zimmer geholt, aber nicht weiter darüber nachgedacht. Das ist für mich Gewalt. Es ist würdelos, so mit Menschen umzugehen.

Wie hoch schätzen Sie das Ausmaß an Gewaltvorfällen ein?

Das genaue Ausmaß lässt sich wohl nicht beschreiben. Es gibt Untersuchungen, in denen bis zu 70 Prozent der Pflegepersonen angeben, in irgendeiner Form Gewalt erlebt zu haben. Je nach Studie variieren die Angaben zwischen elf und 70 Prozent. Die meisten Gewaltvorfälle liegen wohl in der Grenzverletzung und Vernachlässigung, deutlich geringer ausgeprägt ist der Anteil sexualisierter Gewalt und Tötungen. Ich denke, dass die Dunkelziffer immer höher liegt, als es die erhobenen Daten angeben. Zahlen sind hier allein aber auch nicht wesentlich. Wir wissen, dass das Problem da ist, und wir müssen daran arbeiten.

Häufig wird mit dem Zeitmangel argumentiert, um Grenzverletzungen oder Vernachlässigungen zu rechtfertigen. Stimmen Sie dem zu?

Nein, das lasse ich nicht gelten. Die Fachlichkeit der Pflege muss weiter gewährleistet sein, auch unter Zeitdruck. Ich muss schauen: Was hat Priorität? Wie bekomme ich auch bei engem Zeitrahmen die wesentlichen Aufgaben so bewältigt, dass es nicht zu Grenzverletzungen oder Vernachlässigungen kommt? Natürlich kann es unter Zeitdruck mal vorkommen, dass ich kurz davor bin, die Nerven zu verlieren. Aber dann kann ich zu meinen Kollegen sagen: „Ich bekomme das mit diesem Patienten nicht mehr hin. Wer von euch kann übernehmen?“ Das ist berechtigt, und in einem Team funktioniert so etwas auch.

FlexiSealTM PROTECT



Grünes Licht für ein sicheres Gefühl
 Grün-rot zeigt Ihnen die optimale Befüllung oder Überblockung an.



www.convatec.de

Gebührenfreie Kundenberatung 0800 – 78 66 200
 Vor Gebrauch Packungsbeilage beachten.
 ®/™ Eine Marke von ConvaTec Inc.

Sie waren in vielen Einrichtungen, in denen Gewaltvorfälle aufgetreten sind, als Berater vor Ort. Was sind typische Gemeinsamkeiten?

Als typisch erlebe ich eine geringe Frustrationstoleranz der Mitarbeiter und ein äußerst geringes Empfinden von Selbstwirksamkeit. Diese Menschen fühlen sich ohnmächtig und nicht in der Lage, etwas zu bewirken. Was ebenfalls auffällt: In gewaltgeneigten Kollektiven wird immer nach Schuldigen gesucht.

Und die Schuldigen sind dann die Kollegen oder die Bewohner?

In Pflegeheimen sind es vor allem die Angehörigen, in Krankenhäusern die Ärzte oder andere Berufsgruppen. Auch fällt auf, dass es in gewaltgeneigten Kollektiven sehr häufig Feindseligkeiten untereinander gibt. „Die anderen arbeiten weniger als wir“, heißt es dann. Oder: „Die lassen alles Mögliche für den Spätdienst liegen“. Und ein dritter Punkt, der sehr wichtig ist: Es gibt eine schwache Leitung.

Was kennzeichnet aus Ihrer Sicht eine schwache Leitung?

Sie nimmt ihre Leitungsaufgaben nicht wirklich wahr, hat Angst, Dinge klar anzusprechen, oder aber verbrüdet oder verschwestert sich mit einzelnen Mitarbeitern. Sie hat Angst vor Konsequenzen – eine häufig genannte Angst ist zum Beispiel: „Wenn ich etwas sage, dann bringt der Mitarbeiter mir morgen einen gelben Schein.“ Aus dieser Angst heraus hält sie sich zurück. In allen Einrichtungen, in denen ich war und in denen Gewaltvorfälle aufgetreten sind, gab es schwache Leitungspersonen. Oft sind auch Beziehungen untereinander nicht klar.

Innerhalb des Teams?

Ja, man weiß nicht, wie Monika zu Erika steht – deshalb sagt man besser nichts. Oder es gibt Geheimnisse innerhalb des Teams oder Regeln, die nicht für alle gelten. Es gibt beispielsweise ein Rauchverbot im Haus, aber die Pflegedienstleitung raucht in ihrem Büro. Damit ist sie nicht mehr konfliktfähig, sie ist ja erpressbar. Oder jemand nimmt Medikamente mit nach Hause oder isst unerlaubterweise Patientenspeisen. Das sind Geheimnisse, die erpressbar machen, auch wenn das nie thematisiert wird.

Welche Rolle spielt die Qualifikation der Pflegenden bei Gewaltvorfällen?

Gewalt erfolgt durch Pflegepersonen aller Qualifikationsebenen. Dennoch ist auffallend: Tötungsdelikte werden überwiegend durch fachlich hochqualifizierte Mitarbeiter ausgeführt. Es braucht ja Fachwissen, um die Tat zu verschleiern. Häufig arbeiten diese sehr qualifizierten Täter in Kollektiven mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus. Die anderen gehen dann bei Auffälligkeiten davon aus, wenn der das macht, wird das schon richtig sein.

Können Sie ein Beispiel nennen?

Es gab einen Fall, da war der Täter Krankenpfleger und gleichzeitig Diakon. Über lange Zeit hat dieser Mann Frauen katheterisiert, Untersuchungen mit einem Spekulum vorgenommen und so weiter. Das gehörte nicht zu seinen Aufgaben, aber alle haben gedacht: Wenn er das macht, dann wird das schon richtig sein. Die Pflegenden waren zum Teil dabei, und er hat sogar Schüler darin an-

geleitet. Aufgefallen ist der Missbrauch erst, als dieser Mann begonnen hat, Frauen Gegenstände in die Vagina zu schieben, und man sich nicht erklären konnte, wie diese dahingekommen sind. Anfangs wäre niemand auf die Idee gekommen, dass hier ein sexueller Missbrauch vorliegt. Als die Tat auffiel, war der Mann geständig und ist verurteilt worden.

Wie kann es gelingen, Taten wie diese aufzudecken?

Zunächst braucht es einen guten Verdachtsmoment oder zumindest eine klare Vermutung, hier stimmt etwas nicht. Einen Verdacht zu haben, bedeutet: Ich habe etwas Konkretes gesehen oder gehört, zum Beispiel dass jemand geschrien hat. Oder ich habe sogar direkt mitbekommen, wie ein Bewohner geschlagen worden ist. In diesem Fall muss man die Polizei holen und diesen Verdacht anzeigen. Und die Polizei muss den Beweis erbringen, dass es sich um eine Straftat handelt – das ist nicht unsere Aufgabe.

Haben Mitarbeiter nicht Angst, dass ihnen nicht geglaubt wird?

Ja, deshalb braucht es ein System innerhalb der Einrichtung, das es dem Mitarbeiter ermöglicht, einen Verdacht zu äußern. Diese Kollegen müssen ernst genommen und geschützt werden. Darauf muss sich jeder verlassen können. Und oft braucht es dann auch jemanden von außen, der sich den Fall genau anschaut. In einem Krankenhaus gab es beispielsweise den schwerwiegenden Verdacht des sexuellen Missbrauchs. Ein etwa 16-jähriges Mädchen sagte damals, dass sie ein bestimmter Krankenpfleger sexuell berührt hätte. Die Eltern des Mädchens haben sich daraufhin direkt an die Pflegedienstleitung gewandt.

Wie hat sie reagiert?

Sie hat mit dem betreffenden Pfleger gesprochen und gesagt: „Ich vertraue dir. Trotzdem möchte ich, dass du jetzt nach Hause gehst und erst einmal ein paar Tage nicht kommst.“ Sie hat dann eine externe Expertin kommen lassen, die mit missbrauchten Kindern arbeitet. Nach dem zweiten Gespräch war klar: Der Vorwurf des Mädchens stimmte nicht – es gab aber innerhalb der Familie einen Missbrauch. Hätte die Pflegedienstleitung selbst das Gespräch mit dem Mädchen geführt, hätte man ihr nie geglaubt und der Fall wäre nie aufgeklärt worden. Man ist es auch dem Mitarbeiter gegenüber schuldig, solche Dinge sehr ernst zu behandeln.

Was passiert, wenn ein Gewaltvorfall in einer Einrichtung tatsächlich auffällt?

Häufig wird die Tat bagatellisiert. Oft werden Mitarbeiter, die auffällig geworden sind, in einen anderen Bereich versetzt. Manchmal sogar mehrfach. Das heißt, diese Personen werden oft sehr lange geschützt und entschuldigt. Oft wird argumentiert, die betroffenen Patienten seien besonders schwierig gewesen. Und ein Wegschauen wird schnell zum Selbstläufer: Man macht dreimal die Augen zu, und beim vierten Mal kann man auch nichts mehr sagen. Das ist das Problem.

Wo kann man überhaupt ansetzen, wenn es zu Gewalt gekommen ist?

Ich empfehle, jemanden kommen zu lassen, der das Sys-

tem analysiert – der sich direkt vor Ort die Situation anschaut und Gespräche führt. Aus meiner Sicht braucht es sehr viel Konsequenz, um gegen Gewalt anzukommen. Das bedeutet zum Beispiel auch, ein bestehendes Kollektiv aufzulösen. Oder die Leitungsperson auszutauschen. Ich persönlich glaube, dass man bei der Leitung ansetzen muss. Wir brauchen starke Leitungen, die sich trauen, Dinge klar anzusprechen, die Regeln aufstellen und wirklich schauen, ob diese auch eingehalten werden. Diese Regeln müssen für alle bindend sein – und das ohne Ausnahme.

Was muss in diesen Regeln geklärt sein?

Wie gehen wir mit Klienten um? Was machen wir, wenn es zu Konflikten mit Klienten kommt? Und welche Konsequenzen müssen folgen, wenn ein nicht adäquates Handeln beobachtet wird? Es muss klar sein: Derjenige, der anzeigt, bekommt Gehör und Schutz. Aber wir müssen natürlich auch prüfen, ob die Aussage wirklich der Wahrheit entspricht. Für all dies braucht es klare Regeln, sonst traut sich niemand. Und dann muss geklärt sein: Wann schalten wir die Polizei ein? Wann brauchen wir einen externen Berater? Gleichzeitig muss überlegt werden: Wie schütze ich die restlichen Mitarbeiter, wenn es zu einem Gewaltvorfall gekommen ist? Das ist ungeheuer traumatisierend. Wir hatten Mitarbeiter, die sind nicht mehr einkaufen gegangen, weil sie im Laden beschimpft worden sind.

Wenn das Thema nach einem Gewaltvorfall angegangen wird – kann man es dann in den Griff bekommen?

Ja. Man muss sich aber ein paar Jahre Zeit lassen und konsequent daran arbeiten. Und das auf allen Ebenen. Das geht nicht von heute auf morgen. Und es ist wichtig zu sehen: Gewalt kommt in allen Berufsgruppen vor, nicht nur bei den Pflegenden. Es kann auch der Hausmeister sein, der Arzt, die Physiotherapeutin. Wir reden jetzt nur von den Pflegenden, weil das unsere Berufsgruppe ist. Aber es passiert überall.

Wenn Sie nur eine Sache in den Einrichtungen ändern könnten, um Gewaltvorfällen vorzubeugen – wo würden Sie ansetzen?

Ich würde immer die Position der Leitungsperson stärken. Gute Leitungen nehmen ihre Personalaufgaben wahr. Sie lenken das Geschehen durch Fachlichkeit, klären Regelwidrigkeiten, strukturieren Konfliktmomente. Sie beteiligen sich nicht an Feindseligkeiten und sind als Person präsent. Sie haben eine Vorbildfunktion.

Was sind weitere Maßnahmen, die zur Gewaltprävention beitragen können?

Wichtig ist, offen mit dem Thema umzugehen. Hier muss gelten: Thematisieren statt Skandalisieren. Diskutieren statt Bagatellisieren. Was ich als möglich anerkenne, kann ich lenken, was ich leugne, wird wachsen.

Ich danke Ihnen für das Gespräch, Herr Huhn.

Mail: brigitte.teigeler@bibliomed.de



UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Näher am Leben

Mein Fachbereich Gesundheit & Pflege

- Berufspädagogik für Gesundheits- und Sozialberufe (B.A.)
- Gesundheits- und Sozialmanagement (B.A.)
- Health Care Studies (B.Sc.)
- Management von Organisationen und Personal im Gesundheitswesen (M.A.)
- Pflegemanagement (B.A.)

hfh-fernstudium.de

✓ Staatlich anerkannte Abschlüsse ✓ Über 50 Studienzentren ✓ Praxisrelevante Studieninhalte ✓ 98% Weiterempfehlung