

Leistungsnachweis Nr. 3

Thema:

K U G A[®]

„Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression“

oder:

„Wie reagieren Pflegende adäquat auf physische Gewalt?“

Wie sollten sie reagieren?“

Fachgebiet:

Gesundheitspolitik

Name der betreuenden Dozentin:

Monika Heßling-Hohl

Name des Verfassers:

Martin Kuttnick

Kurs:

PDL 13

Abgabedatum:

09. September 2003

Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression

| <u>Inhaltsangabe:</u> | <u>Seite:</u> |
|---|---------------|
| 1. Einleitung | 1 |
| 2. Angst | 5 |
| 3. Statistiken | 6 |
| 4. Gewalt und Aggression | 9 |
| 4.1 Gewalt | 9 |
| 4.2 Aggression | 10 |
| 4.2.1 Sigmund Freud | 10 |
| 4.2.2 Konrad Lorenz | 10 |
| 4.2.3 Frustrations – Aggressionshypothese | 11 |
| 4.2.4 Sozial gelernte Aggression | 11 |
| 4.2.5 Pränatale und neurochemische Ursachen | 11 |
| 5. Rechtsgrundlagen | 12 |
| 5.1 § 32 Strafgesetzbuch | 12 |
| 5.1.1 Erforderlich | 12 |
| 5.1.2 Gegenwärtig | 13 |
| 5.1.3 Rechtswidrig | 13 |
| 5.2 Die hohen Rechtsgüter | 13 |
| 5.3 Schuldunfähigkeit | 14 |
| 5.4 Notwehrrecht des Pflegepersonals | 14 |
| 5.5 Garantenstellung und Aufsichtspflicht | 15 |
| 5.6 Freiheitsberaubung | 15 |
| 5.6.1 Freiheitsentziehung durch den Richter | 16 |
| 5.6.1.1 Öffentlich-rechtliche Unterbringung | 16 |
| 5.6.1.2 Familienrechtliche Unterbringung | 17 |
| 5.6.2 § 34 Strafgesetzbuch | 17 |
| 5.7 Drohung und Nötigung | 17 |
| 5.8 Fazit der Rechtsgrundlagen | 18 |
| <u>Inhalt:</u> | <u>Seite:</u> |

| | | |
|-----|---|----|
| 6. | Tabuzonen | 18 |
| 6.1 | Kehlkopf | 18 |
| 6.2 | Brustkorb | 18 |
| 6.3 | Abdomen | 19 |
| 6.4 | Genitalien | 19 |
| 6.5 | Augen | 19 |
| 6.6 | Halswirbelsäule | 19 |
| 6.7 | Finger | 19 |
| 7. | Beispiele zur „schonenden“ Intervention | 19 |
| 7.1 | Handgelenksgriff | 20 |
| 7.2 | Handgelenk mit beiden Händen | 20 |
| 7.3 | Haarzug von vorn | 20 |
| 7.4 | Würgegriff | 21 |
| 7.5 | Fremdhilfe | 21 |
| 8. | KUGA®- Grundsätze | 21 |
| 9. | Resümee | 22 |
| | Literaturnachweis | 24 |
| | Versicherung | 27 |

Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression

1 Einleitung:

Dem Gemeinde-Unfall-Versicherungsverband (GUVV) Westfalen-Lippe, der Berufsgenossenschaft des öffentlichen Dienstes, ist Mitte der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts aufgefallen, dass gewalttätige Übergriffe auf das in Psychiatrien tätige Personal mit 40 % die häufigste Ursache von Arbeitsunfällen ist. Übergriffe mit Folgen, die ich im Laufe dieser Arbeit noch beschreiben werde, kommen demnach häufiger vor als z. B. Wegeunfälle oder Nadelstichverletzungen.

Dieses Ergebnis verlangte Konsequenzen. Der GUVV beauftragte den Soziologen Dr. Dirk Richter, Qualitätsmanager der Klinik für Psychiatrie in Münster, mit einer wissenschaftlichen Studie, die „prospektiv über einen Zeitraum von sechs Monaten körperliche Übergriffe, Tötlichkeitssituationen sowie die psychischen und physischen Folgen in sechs psychiatrischen Kliniken erhob“ (1).

1999 hat Dr. Richter die Studie in dem Buch „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“ (2) veröffentlicht.

Resultate der Veröffentlichung von Dr. Richters Studie sind u. a. die in vielen Psychiatrien angebotenen Deeskalationstrainings und auch die Durchführung des Praxisseminars KUGA[®], das ich in dieser Arbeit vorstellen werde.

Ein Ziel des Praxisseminars KUGA[®] ist, dass Personal die Angst vor Gewaltsituationen nicht unbedingt verliert, aber kontrollieren kann.

Ein Kapitel wird sich deshalb dem Thema Angst widmen. Und wenn vom Personal die Rede ist, meine ich nicht ausschließlich das Personal in psychiatrischen Fachkrankenhäusern – gemeint ist ebenfalls das „Personal in Altenheimen, Gerontopsychiatrien, Einrichtungen der Jugend- und Altenhilfe, der Behindertenhilfe sowie Mitarbeiter der Sozialarbeit im weitesten

(1) Fuchs, Jürgen M., „Gewalt verhindern“, in Faktor Arbeitsschutz 04/2001, S.6-8

(2) Richter, Dirk, Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken, Lambertus Verlag, Freiburg, 1999

Sinne“ (3). Denn auch diese Mitarbeiter wissen, was „Angst in einer Konfliktsituation“ bedeutet.

Deshalb ist es mein Wunsch, dass sich alle Kollegen der angesprochenen Berufsgruppen von der hier vorliegenden Arbeit angesprochen fühlen.

Intensiv werde ich mich mit den Themen Gewalt und Aggression beschäftigen – schließlich sind diese Begriffe Hauptbestandteile der Überschrift.

Ausführlich werde ich auf die juristischen Aspekte der Gewalt und Gegengewalt eingehen. *Kontrollierter* Umgang mit physischer Gewalt und Aggression bedeutet auch *bewusster* Umgang! Die Rechtsgrundlagen, die ein Eingreifen erlauben, fordern oder verlangen, so wie KUGA[®] es lehrt, werde ich in Kapitel 5 vorstellen und erklären.

Die hier vorliegende Arbeit kann die Teilnahme an einem Praxisseminar nicht ersetzen und erhebt auch nicht diesen Anspruch. Wie bei allen praktischen Tätigkeiten (z. B. Handwerk, Sport, das Erlernen eines Musikinstrumentes, Erste Hilfe, Fahrrad fahren etc.) lernt man niemals allein durch die Theorie oder das Lesen entsprechender Leitfäden. Angesagt ist „*Learning by Doing*“ (Lernen durch Tun)! Aus diesem Grunde sind die in Kapitel 7 vorgestellten Eingriffstechniken auch sehr kurz gefasst. Niemand soll auf die Idee kommen, die dort nur kurz beschriebenen Interventionsmöglichkeiten zu imitieren – die Verletzungsgefahr bei unsachgemäßer Handhabung wäre zu groß!

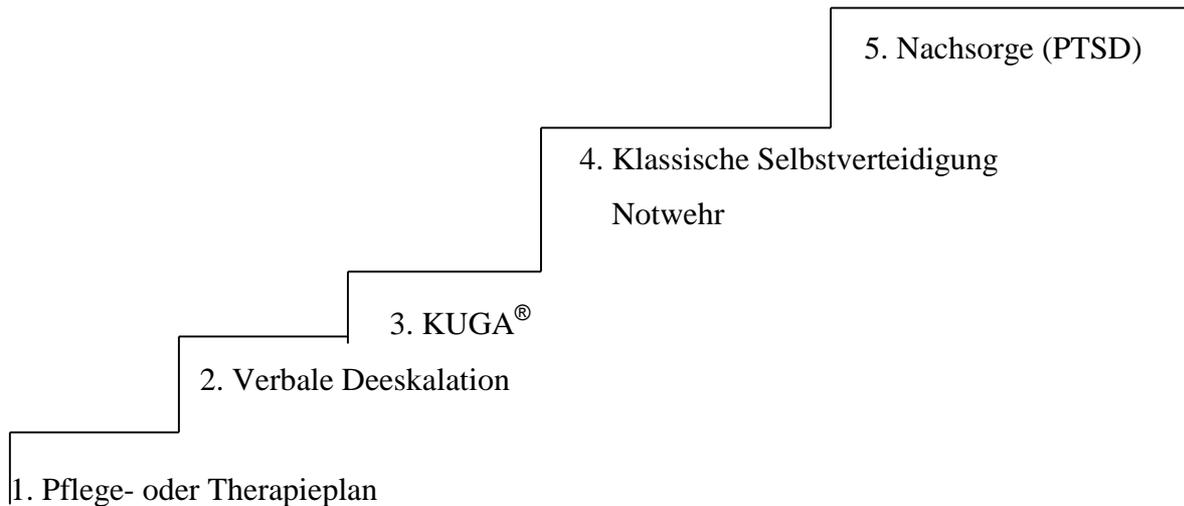
Anwenden darf und soll man die in Kapitel 7 vorgestellten Techniken nur nach dem Besuch eines Seminars.

Drei elementare Grundsätze, die sich durch die gesamte Arbeit ziehen werden, müssen bereits in der Einleitung klar gestellt werden:

1. KUGA[®] arbeitet niemals ohne verbale Deeskalation. Wann immer man in den Patientenkontakt tritt, findet auch das Gespräch statt.
2. KUGA[®] ist keine Selbstverteidigungssportart im Sinne von Judo, Karate oder ähnlichem. KUGA[®] bietet schonende Möglichkeiten der Intervention und des Gewaltmanagements.
3. KUGA[®] bietet keine Patentrezepte!

(3) Fuchs, Jürgen M, „Gewalt verhindern“ in Faktor Arbeitsschutz 04/2001, S. 6-8

Am folgenden Stufenplan wird deutlich werden, wo KUGA[®], was die Gewaltprävention betrifft, einzuordnen ist:



Zu 1: Pflegende arbeiten nach einem **Pflegeplan**, Therapeuten nach einem **Therapieplan**. Sollte der Plan funktionieren, also der Bewohner/Patient und Personal arbeiten harmonisch miteinander, haben sich die folgenden Punkte erledigt. Falls nicht, tritt das Personal in die Phase der

Zu 2: **verbale Deeskalation**, in der versucht wird, den Bewohner/Patienten zu beruhigen und vom Sinn der Maßnahme partnerschaftlich zu überzeugen. Versagt die verbale Deeskalation, und Mitpatienten/Mitbewohner oder Personal sehen sich einer realistischen physischen Bedrohung gegenüber, kommt es zu

Zu 3: **KUGA[®]**. Hier werden Techniken und Griffe angewandt, die den Bedrohten befreien, ohne den Bedrohenden zu verletzen. Festhalte- und Teamtechniken werden angewandt.

Und erst, wenn KUGA[®] versagen sollte, kommt es zur

Zu 4: **klassischen Selbstverteidigung** als letzter Möglichkeit nach § 32 Strafgesetzbuch (StGB), auf den ich in Kapitel 5 dieser Arbeit noch detailliert eingehen werde.

Zu 5: **PTSD Syndrom:** siehe Kapitel 3 „Statistiken“

Diese Arbeit zu schreiben ist mir ein persönliches Bedürfnis. Denn aus langjähriger Erfahrung als Krankenpfleger auf einer geschlossenen akutpsychiatrischen Abteilung weiß ich, dass viele Verletzungen sowohl bei Patienten als auch beim Personal hätten verhindert werden können, wenn man auf Drohgebärden, Schikanen und „wilde Prügeleien“ verzichtet und statt dessen KUGA[®] angewandt hätte.

Im Zeitraum von 1998 bis 2001 habe ich an insgesamt drei zweitägigen KUGA[®] - Praxisseminaren teilgenommen.

Die dem Leser in dieser Arbeit vorgestellten Informationen stammen nicht ausschließlich, aber zum größten Teil aus den Seminaren. Bei Informationen, die nicht aus einem der Praxisseminare stammen, sind die Literaturhinweise angegeben.

Im Leitfaden „Lehrgänge und Seminare 2003“ des GUVV (4) ist KUGA[®] im Rahmen der Prävention inzwischen etabliert. Viele Einrichtungen des Gesundheitsdienstes haben KUGA[®] in ihren Fortbildungskatalog aufgenommen, denn „*durch Fortbildungen gibt es bis zu 90 % weniger Fixierungen in den Einrichtungen*“ (5).

Zurzeit gibt es bundesweit 26 interne KUGA[®] Multiplikatoren.

KUGA[®] wird gelehrt von:

Herrn Jürgen M. Fuchs

Lehrrettungsassistent und Sozialwissenschaftler

Herrn Karl-Heinz Bergers

Kommunalbeamter (Ordnungsamt) und Trainer für sanfte Selbstverteidigung

Adresse: Nordstraße 18

42781 Haan

Tel.: 02129/31608

FAX: 02129/31609

www.kuga.de

info@kuga.de

(4) Lehrgänge und Seminare 2003, Fortbildungsleitfaden des GUVV, Münster 2003

2 Angst:

(„Althochdeutsches Wort, dessen Wurzel „ang“ auch in „eng“ steckt. Verwandt mit dem griechischen Wort *anxietas* – im Gegensatz zur Furcht gegenstandsloses, qualvolles Gefühl“) (6)

Wer als Personal in Psychiatrien, Gerontopsychiatrien, Jugendpsychiatrien oder ähnlichen Einrichtungen arbeitet, kennt das Gefühl der Angst; Angst vor einer gewaltbereiten, aggressiven Klientel, die verbal nicht mehr zu erreichen ist, die wütend ist, die „geladen“ ist, die „alles kurz und klein schlagen“ könnte.

In dieser Situation, die jeden Moment eskalieren kann, verdrängt die Angst vor der realistischen physischen Bedrohung alles, was man als Personal über den Umgang mit „gewaltbereiter Klientel“ gelernt hat. Man hat Angst vor Schmerzen, vor Verletzungen, Angst davor, zu versagen. Vielleicht hat man sogar Angst um das eigene Leben.

Während der Ausbildung lernen Pflegende Schmerzen zu lindern, nicht Schmerzen zuzufügen. Viele Pflegende haben Angst davor, jemandem weh zu tun oder gar jemanden zu verletzen.

Gelernt hat man während der Ausbildung, dass Wut eine Reaktion des Patienten auf ein Gefühl von Bedrohung und Verletzung ist und dass das Gefühl des Eingesperrtseins die aggressive Spannung noch verstärkt.

Jedem professionell in entsprechenden Einrichtungen Arbeitenden ist klar, dass der Patient oder Bewohner nicht die Pflegenden persönlich verletzen oder angreifen will, sondern dass sich seine Aggression gegen die Institution richtet, die von den Pflegenden vertreten wird – gegen die Institution, die ihn gegen seinen Willen festhält. Deshalb soll dem Impuls der Gegenaggression widerstanden werden.

Eine weitere Ursache könnte einfach nur der große Verwirrtheitszustand sein, in dem sich der Aggressor befindet.

„Professionell ist es, nach der Auseinandersetzung auf jeden Fall mit dem Patienten über das Vorgefallene zu sprechen, um ihm und sich selbst die Möglichkeit zu geben, zu reflektieren und somit eine Wiederholung eventuell auszuschließen“ (7).

(6) Pschyrembel, Willibald, Med. Wörterbuch, 253. Auflage, Berlin 1977

(7) Tölle, Rainer, „Psychiatrie“, Springer Verlag, Berlin, 6. Auflage, 1982, S. 41 und 110

In diesem Moment der Bedrohung hilft das erwähnte Wissen nicht. Sowohl Mitpatienten als auch Personal müssen vor dem Angriff geschützt werden.

Auch die Schuldfrage wird in diesem Moment nicht überlegt oder diskutiert. Mitpatienten und Personal ist es egal, ob der Aggressor für seine Tat verantwortlich gemacht werden kann oder nicht. Eventuelle Schmerzen und eventuelle Angst werden durch dieses Wissen nicht geringer.

Einige Kollegen/innen machen aus lauter Angst gar nichts – andere wiederum besuchen, um das oben beschriebene Gefühl der Angst bewältigen zu können, Selbstverteidigungskurse, in denen sie lernen, sich in solchen Fällen zu behaupten.

Die Idee, so gut und nachvollziehbar sie auch ist, birgt aber auch eine Gefahr:

Die Gefahr, den mir anvertrauten Patienten, für den ich verantwortlich zeichne, erheblich zu verletzen. Es ist vorgekommen, dass Personal nach Besuch entsprechender Kurse „mit Kanonen auf Spatzen geschossen“ hat. *Womit nicht gesagt werden soll, dass Berufskollegen, die entsprechende Kurse besucht haben, „mit Kanonen auf Spatzen schießen“!*

Aber genau das zu verhindern hat sich KUGA[®] zum Ziel gesetzt; zwar mit Vorsicht, Achtung und Respekt, aber ohne lähmende Angst dem Patienten entgegen zu treten und mit anatomisch logischen Mitteln dem Aggressor die Möglichkeit zu nehmen, gewalttätig zu sein. Dabei wird dem Patienten klar, wo die Grenzen für nicht mehr tolerierbares Verhalten liegen. KUGA[®] lehrt, was Angst ist, „denn mutig kann nur der sein, der Angst kennt und sie zu bezähmen weiß!“ (8).

3 Statistiken:

In dem Buch von Dr. Richter „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“ wurde die Studie, wie in der Einleitung erwähnt, veröffentlicht. Empirisch werden dort seine Aussagen zur Gewalt an Schaubildern erklärt, um deutlich zu machen, wann, wo und von wem Gewalt in sozialen Einrichtungen zu erwarten ist.

Einige, für KUGA[®] relevante Statistiken, werden in diesem Kapitel vorgestellt:

Die Zahl „N“ gibt den Stichprobenumfang an.

(8) Chinesische Weisheit

Anzahl der Vorfälle nach Klinikbereich in Prozent (N=155) (9)

| Allg. Psychiatrie | Sucht | Geronto-Psychiatrie | Förderbereich | Forensik | Keine Angaben |
|-------------------|-------|---------------------|---------------|----------|---------------|
| 57,4 % | 5,2 % | 21,3 % | 9,7 % | 5,2 % | 1,3 % |

Es wird deutlich, dass ein Fortbildungsbedarf nicht nur in der Allgemeinpsychiatrie besteht. Auch bei verwirrter Klientel im Geronto- und Förderbereich ist verstärkt mit Gewalttendenzen zu rechnen.

Hauptdiagnosegruppen der Patienten in Prozent (N=155) (10)

| Alterserkrankung | Schizophrenie | Affekt. Psychose | Alkohol/Drogen | Neurosen | Geistige Behinderung | And. Art o. unbekannt |
|------------------|---------------|------------------|----------------|----------|----------------------|-----------------------|
| 16,8 % | 26,5 % | 5,2 % | 8,4 % | 5,2 % | 31 % | 7,1 % |

Geschlechtsverteilung der Patienten in Prozent (N=155) (11)

| männlich | weiblich |
|----------|----------|
| 69 % | 31 % |

Rechtsgrundlage des Aufenthaltes der Patienten in Prozent (N=155) (12)

| freiwillig | PsychKG | BtG ohne Zustimmung | BtG mit Zustimmung | § 126 StPO | § 63 StGB | unbekannt |
|------------|---------|---------------------|--------------------|------------|-----------|-----------|
| 7,1 % | 23,9 % | 3,2 % | 60 % | 1,3 % | 0,6 % | 1,9 % |

(Anmerkung des Verfassers:

PsychKG: siehe Kapitel 5

BtG = Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz

§ 126 StPO= Status eines Untersuchungshäftlings

§ 63 StGB= Maßregelvollzug)

Stationstüren zum Zeitpunkt des Vorfalls in Prozent (N= 155) (13)

| offen | Halboffen | geschlossen | keine Angaben |
|-------|-----------|-------------|---------------|
| 7,1 % | 4,5 % | 86,5 % | 1,9 % |

(9) Richter, D. „Patientenübergänge auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus Verlag, Freiburg, 1999, S.104

(10) ebenda, S. 105

(11) ebenda, S. 106

(12) ebenda, S. 108

(13) ebenda S. 113

Ausgangsregelung der Patienten zum Zeitpunkt des Vorfalles in Prozent (N=155) (14)

| allein | allein-reglementiert | mit Begleitung | kein Ausgang | Keine Angaben |
|--------|----------------------|----------------|--------------|---------------|
| 3,9 % | 6,5 % | 59,4 % | 27,7 % | 2,6 % |

Anzahl der Vorfälle nach Uhrzeit – Stunden in Prozent (N=155) (15)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 **h**
 2 - - - 1 - 5,9 **17** 4,3 **10** 7 8 4,5 8 3 7 2 3 4 1 3 0,5 6 2 **%**

Die im letzten Schaubild *fett* herausgestellten Zahlen 17 % und 10 % (um 8.00 h und 10.00 h) lassen sich nach Aussage von Dr. Richter wie folgt interpretieren:

Patienten/Bewohner neigen zur Gewalt, wenn Pflegepersonal auffordert, etwas zu tun. Denn gerade die Zeiten 8.00 h und 10.00 h sind die Tageszeiten, zu denen aufgefordert wird, das Bett zu verlassen, Medikamente einzunehmen, zu duschen, zu frühstücken, Therapien zu besuchen und ähnliches.

Ob und welche Konsequenzen aus diesem Wissen gezogen werden, bleibt jeder Einrichtung – jedem Pflegenden überlassen.

(Lt. Aussage der KUGA[®]-Dozenten sind die Statistiken zwar empirisch erhoben, aber nicht definitiv, weil die Dunkelziffer der Gewaltübergriffe viel höher sei. Viele Männer z. B. zeigen aus Schamgefühl Übergriffe gar nicht an.)

Alle für KUGA[®] relevanten Statistiken konnten in diesem Kapitel nicht vorgestellt werden; insbesondere nicht die, welche intensiv auf das PTSD Syndrom eingehen (PTSD = **Post-traumatic Stress Disorder** = Posttraumatisches Stress Syndrom). Das PTSD Syndrom beschreibt, wie sich Betroffene nach einem Vorfall, nach einem Übergriff psychisch fühlen. Genauer: Welchen Einfluss hat das Geschehene auf das Privat- und weitere Berufsleben des Betroffenen?

Erstmals wurde in der Literatur das PTSD Syndrom bei US-Amerikanischen Soldaten beschrieben, die während des Vietnam-Krieges Grausames erlebt hatten und wegen des Erlebten enorme Schwierigkeiten hatten, sich wieder im Alltag zurecht zu finden.

KUGA[®] stellt während der Seminare das PTSD Syndrom vor und sensibilisiert die Teilnehmer entsprechend. Eine intensive Auseinandersetzung mit dieser Thematik kann KUGA[®] nicht leisten, das ist der Psychologie vorbehalten.

(14) Richter, D. „Gewalt auf Mitarbeiter psychiarrischer Kliniken“, Lambertus Verlag, Freiburg, 1999, S. 113

(15) ebenda, S. 115

4 Gewalt und Aggression:

4.1 Gewalt:

Der Begriff Gewalt ist, was die Definition angeht, seit langem in der Literatur heftig umstritten. Was für den einen Gewalt bedeutet, ist für den anderen vielleicht eher harmlos.

Die Definition der klassischen Gewalt, wie z. B. Schlagen, Treten, Stoßen, Würgen, Beißen, Fesseln, Knebeln oder auch der Gebrauch von Waffen dürfte wenig Probleme bereiten. Die Definition der indirekten Gewalt ist schon schwieriger. Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht diskutiert werden, ob z. B. Sitzblockaden unter dem Begriff Gewalt subsumiert werden sollten oder nicht.

1963 bereits hat der Bundesgerichtshof (BGH) Gewalt wie folgt definiert:

„Gewalt ist die Einwirkung auf den Körper einer Person, die geeignet und dazu bestimmt ist, die Freiheit der Willensbetätigung aufzuheben.“

Gewalt allerdings richtet sich nicht nur gegen Personen, sondern auch gegen Eigentum.

„.....wichtig ist eine Unterscheidung zwischen aktiver Gewaltanwendung im Sinne von Misshandlung und passiver Gewaltanwendung im Sinne von Vernachlässigung. Gewalt sollte immer aus der Sicht des geschädigten Opfers definiert werden!“ (16)

„Gewalt ist Aggression in ihrer extremen und sozial nicht akzeptablen Form!“ (17)

Festzuhalten bleibt, dass Gewalt auch immer ein gesellschaftliches und damit politisches Problem ist.

Schon Schulkindern sind die so genannten Streitschlichter, die in der großen Pause ihren Dienst tun, nicht mehr fremd. Ihren Ursprung finden die Streitschlichter in Kanada. Dort wurde 1994 das Projekt „The Road to a Peacefull School“ (Der Weg zu einer friedvollen Schule) entwickelt, das sich über Amerika bis hin nach Europa ausbreitete (18).

Der Grundgedanke von KUGA[®] ist der selbe und könnte heißen: „The Road to a Peacefull Hospital (Krankenhaus)...., Old People´s Home (Altersheim)...., Youth Club (Jugendhilfe) o. ä. Die Welt wird täglich mit gewalttätigen und aggressiven Handlungen konfrontiert. Bereits 1983 hatten in den USA 6 % aller Haushalte mindestens ein Familienmitglied, das Opfer eines Gewaltverbrechens geworden ist - das waren etwa fünf Millionen Menschen (19).

Jeden Tag lesen wir Berichte über Gewalt in den Zeitungen und sehen entsprechende Nachrichten im Fernsehen.

(16) Ruthmann, 1993, zit. nach Kienzle, Paul, Ettlinger 2001, S.16

(17) Zimbardo/Gerrig, „Psychologie“, 7. Auflage 1999, Springer Verlag, Berlin, S. 334

(18) Herfurth, Beate, „Unsere Schule soll friedlich bleiben“, in „Psychologie Heute, 05/2002, S. 62 - 69

(19) US Department of Justice, Bulletin 1983

Die ehemalige Bundestagspräsidentin Rita Süssmuth (CDU) hat einmal geäußert: „Gewalt ist Analphabetentum der Seele!“

Viele Menschen scheinen Gewalt faszinierend zu finden. Das wird belegt durch die Popularität von Gewalt als Thema für Cartoons, Filme und Fernsehen.

4.2 Aggression:

Der Begriff Aggression kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Angriff. Psychologisch wird Aggression definiert als „*Angriffsverhalten eines Menschen oder Tieres mit dem Ziel, die eigene Macht zu stärken.*“ (20)

Im Folgenden werden die bekanntesten Aggressionstheorien vorgestellt:

4.2.1 Sigmund Freud (1856-1939, österreichischer Psychiater und Neurologe) (21)

Freud glaubte, dass der Mensch vom Augenblick der Geburt an zwei einander entgegengesetzte Triebe besitze – einen **Lebenstrieb (Eros)**, der für Energie, für Wachstum und Leben sorgt und einen **Todestrieb (Thanatos)**, der nach Selbsterstörung des Individuums strebt. Er nahm an, der Todestrieb werde oft in Gestalt der Aggression gegen andere nach außen umgelenkt.

Nach Freud wird die Energie für den Todestrieb stetig im Körper generiert. Sie sammelt sich wie Wasser in einem Tank. Wird sie nicht in kleinen Mengen abgegeben (**Katharsis** = Reinigung, zum Beispiel durch Weinen, Worte, symbolische oder direkte Handlungen), wird sie auf extreme, nicht akzeptable Weise überlaufen.

4.2.2 Konrad Lorenz (1903 – 1989, österreichischer Tierpsychologe) (22)

Lorenz stellte auf der Grundlage von Tierbeobachtungen die Behauptung auf, Aggression sei eine innere Bereitschaft zum Kampf, die für das Überleben eines Organismus entscheidend sei.

Auch dem Menschen sei **Territorialverhalten** angeboren, Grundbesitz zu erwerben und zu verteidigen.

(20) Der Duden, Fremdwörterbuch, Bibliografische Institut, Mannheim, 6. Auflage, 1997

(21) Script der Polizeischule Münster, NRW, Februar 2000

(22) ebenda

4.2.3 Frustrations – Aggressionshypothese (23)

In Sigmund Freuds berühmtem Dreieck „*Ich – Es – Überich*“ wird das *Es* als **Trieb**, das *Überich* als **Gewissen/Moral** definiert. Besteht ein stetiger Wunsch, das *Es* zu befriedigen und ein ebenso stetiges Verbot des *Überich*, so kann, wenn dieser Konflikt nicht gelöst wird, Frustration entstehen. Stetige Frustration, so die logische Konsequenz, führt zur Aggression.

4.2.4 Sozial gelernte Aggression (24)

Aggression kann durch Beobachten anderer, die sich aggressiv verhalten und damit erfolgreich sind, erlernt werden.

Aggression kann auch unter Abwesenheit emotionaler Erregung auftreten, wenn eine Person das Gefühl hat, dass so ein gewünschtes Ziel erreicht werden kann (etwa, wenn ein älterer Junge einen jüngeren haut, um ein Spielzeug zu bekommen).

4.2.5 Pränatale und neurochemische Ursachen (25)

Unter dieser Überschrift wird diskutiert, ob das Ungleichgewicht verschiedener Neurotransmitter, etwa in der Schwangerschaft, in der Pubertät, im Klimakterium, oder auch unter Alkohol-, Medikamenten- und Drogeneinfluss kausal mit aggressivem Verhalten zusammen hängen.

KUGA[®] legt Wert darauf, dass Personal, das mit gewalttätiger und aggressiver Klientel arbeitet, sich bewusst macht, welche Ursachen das Verhalten des Patienten/Bewohners haben könnte.

(23) Script der Polizeischule Münster, NRW, Februar, 2000

(24) ebenda

(25) ebenda

5 Rechtsgrundlagen:

In Einrichtungen, in denen zum Schutz der Klientel und des Personals Gewalt angewendet werden muss, wird häufig diskutiert, ob und in welcher Form Gewalt überhaupt angewendet werden darf. „.....so steht Pflegepersonal jeden Tag erneut im Spannungsfeld zwischen dem eigenen Schutzgedanken und dem Freiheitsanspruch des verwirrten Patienten.“ (26)

Es herrscht eine große Rechtsunsicherheit.

„Aufklärung tut Not! Pfl egenotstand ist insofern auch ein Bildungsnotstand.“ (27)

Einfach ist es, sich hinter den Anordnungen derjenigen zu verstecken, die dazu von den Institutionen autorisiert sind.

KUGA[®] stellt während des Praxisseminars Rechtsgrundlagen vor, aus denen hervorgeht, wann Personal welche Gewalt anwenden darf oder sogar muss.

(In der Einleitung auf Seite 2 wurde bereits erwähnt, dass KUGA[®] keine Patentrezepte bietet!)

5.1 § 32 Strafgesetzbuch (StGB) (28)

„(1) Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr geboten ist, handelt nicht rechtswidrig.

(2) Notwehr ist diejenige Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen, rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.“

Absatz 2 des § 32 definiert den Begriff Notwehr. Die Adjektive *erforderlich*, *gegenwärtig* und *rechtswidrig* werden im Praxisseminar KUGA[®] eindeutig wie folgt erklärt:

5.1.1. Erforderlich:

Die Verteidigung ist nicht erforderlich, wenn eine Flucht noch möglich ist. Solange der Angegriffene die Möglichkeit hat, sich aus der Gefahrenzone zu entfernen, sollte er das auch tun.

Auch die Verhältnismäßigkeit ist in dem Begriff *erforderlich* vorklausuliert. Das mildeste wirksamste Mittel soll ausgewählt werden, um den Angriff zu unterbrechen.

Erforderlich ist es nicht, „mit Kanonen auf Spatzen zu schießen“!

(26) Borutta, Manfred, „Pflege zwischen Schutz und Freiheit“, Vincentz Verlag, Hannover, 2000, S. 23

(27) ebenda, S. 57

(28) Klie, T., Stascheit, U., „Gesetze für den Pflegeberuf“ Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 723

5.1.2. Gegenwärtig:

Der Begriff *gegenwärtig* beinhaltet, dass der Angriff in diesem Moment erfolgt oder kurz bevor steht. Die geballte Faust, die sich auf meinen Kopf zu bewegt, darf ich abwehren.

Sollte ich morgen zurück schlagen, schützt mich der § 32 StGB nicht mehr, weil das Rache wäre. Der Begriff *gegenwärtig* soll Rache ausschließen und beinhaltet, dass eine Verteidigung gegen einen bereits abgeschlossenen Angriff keine Notwehr mehr darstellt.

5.1.3. Rechtswidrig:

Wenn es rechtswidrige Angriffe gibt, muss es auch rechtmäßige geben. Rechtmäßige Angriffe sind z. B. Zugriffe der Polizei bei Straftätern. Auch Psychiatriepersonal begeht einen rechtmäßigen Angriff auf gewalttätige Klientel, um diese vor sich selbst und andere zu schützen – etwa bei Fixierungen.

Rechtswidrige Angriffe sind z. B. Angriffe von einer manischen Klientel, die psychiatrisches Personal oder auch Mitpatienten angreift.

Der Angriff richtet sich dabei auf die hohen Rechtsgüter.

5.2 Die hohen Rechtsgüter: (29)

Die den Bundesbürgern verfassungsmäßig garantierten Rechtsgüter sind:

- Leben (Art. 2 Grundgesetz – GG)
- Gesundheit (Art. 2 GG)
- Freiheit (Art. 2 Abs. 2 GG i. V. m. Art. 104 GG)
- Eigentum (Art. 14 GG)
- Ehre (Art. 1 GG)

(vgl. auch § 34 StGB)

(29) Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, zuletzt geändert durch Änderungsgesetz vom 19.12.2000 (BGBl. I, S. 1755
in Klie, Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag Frankfurt, 2001, S. 287

5.3 Schuldunfähigkeit:

Bei rechtswidrigen Angriffen ist es unerheblich, ob der Aggressor für seine Taten verantwortlich gemacht werden kann oder nicht.

In § 20 StGB steht (30):

„Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tief greifenden Bewusstseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“

Schuldfähigkeit ist nicht gleich Rechtsfähigkeit!

Deshalb muss der Satz: *„Alle Angriffe auf Mitarbeiter sozialer Einrichtungen sind rechtswidrig!“* auch nicht im Gesetz ausformuliert sein, weil Mitarbeiter sozialer Einrichtungen sich nicht außerhalb des Grundgesetzes befinden.

(Sollte Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB festgestellt werden, erfolgt eine Einweisung in die Psychiatrie nach § 126 StPO (Strafprozeßordnung – Untersuchungshaftstatus) und anschließend den §§ 61, 63, 64 oder 66 StGB – Maßregelvollzug -, worauf ich im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingehen werde.) (31)

5.4 Notwehrrecht des Personals:

Zu einem besonderen „Notwehrrecht“ des Pflegepersonals existieren keine Rechtsgrundlagen. Einzelurteile in der Rechtsprechung haben das Notwehrrecht teilweise mit der Begründung eingeschränkt, dass „allein die Berufswahl ein gewisses Berufsrisiko beinhalte.“

Risiko bedeutet hier: „Durch die Besonderheit der Tätigkeit ist verstärkt mit Gefahren oder Schäden zu rechnen.“

Für Mitarbeiter sozialer Einrichtungen heißt das, dass kleinere Angriffe wie Treten, Schubsen und Verbalangriffe hingenommen werden sollten.

Sollten die Rechtsgüter der Mitarbeiter erheblich verletzt werden, so bedeutet das aber nicht, die Verletzungen widerstandslos hinnehmen zu müssen – man darf den Angriff aktiv beenden, weil „aktives Notwehrrecht“ nach § 32 StGB für alle gilt.

(30) Blas, Lammert, „Gesetzessammlung, Verlag für Wirtschaft und Verwaltung, Essen, 7. Auflage 1975, S.335

(31) Strafprozessordnung, Presse-, Druck und Verlags GmbH, Augsburg, 1965, S.43,44

Mitarbeiter sozialer Einrichtungen müssen sich allerdings immer vergegenwärtigen, dass sie es mit Schutzbefohlenen zu tun haben. Das heißt, dass der Aggressor hier nicht mein Feind ist, den ich unschädlich machen muss, sondern mein Patient, dessen Gesundheit zu erhalten mein Beruf ist. Und genau das unterscheidet KUGA[®] von den klassischen Selbstverteidigungssportarten und Selbstschutztechniken.

5.5 Garantenstellung und Aufsichtspflicht:

Für das Pflegepersonal ergibt sich aus der vertraglichen Pflicht zur Betreuung der Klientel die Pflicht (= Garantenstellung), Schäden für den Patienten zu verhindern, und dies nicht erst im Unglücksfall. Pflegende haben in „engen Grenzen“ dafür einzustehen, dass dem Patienten nichts passiert. Dafür muss garantiert werden = Garantenstellung.

In § 832 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) heißt es (32):

*„ (1) Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtspflicht entstanden sein würde.
(2) Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher die Führung der Aufsicht durch Vertrag übernimmt. “*

Für Pflegepersonal gilt Absatz 2, weil es die Führung der Aufsicht entweder durch den Heim- oder Behandlungsvertrag übernimmt. Die Erbringung fachgerechter Pflege und Betreuung sind verpflichtendes Angebot an die Klientel. Der Schutz der Interessen Dritter (Mitbewohner, Mitpatienten, Angehöriger und Mitarbeiter) wird durch § 832 BGB garantiert.

5.5 Freiheitsberaubung:

§ 239 StGB (33):

„(1) Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft ... “

(32) Klie, Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 107

(33) ebenda, S. 743

Ebendies gehört jedoch zu den regelmäßigen Tätigkeiten des Personals sozialer Einrichtungen.

Die Klientel in Psychiatrien wird eingesperrt und teilweise fixiert. In Altenheimen werden Bettgitter angebracht und Sitzsicherungen an Rollstühlen befestigt, um den Bewohner am Herausfallen zu hindern. Stations- und Bewohnertüren werden abgeschlossen, damit verwirrte Klientel nicht wegläuft.

„Es ist nicht als Freiheitsentziehung zu bewerten, wenn eine Sitzsicherung bei immobilen Bewohnern oder Patienten angebracht wird, die diese vor unwillkürlichem Herausfallen aus dem (Roll-)Stuhl sichert.“ (34)

Stations- und Bewohnertüren werden nur abgeschlossen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen gegeben ist:

5.5.1 Ein Richter hat Freiheitsentziehung angeordnet (Art. 104 GG).(35)

(Gem. Art. 104 GG darf nur ein Richter die Freiheitsentziehung anordnen. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen im eigenen Gewahrsam halten.)

5.5.1.1 Öffentlich rechtliche Unterbringung: (36)

Gem. §§ 10, 11 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NW), zuletzt geändert am 17.12.1999, darf, um Gefahren abzuwenden, eine psychisch kranke Person gegen ihren Willen in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus untergebracht werden. Die Unterbringung ist nur zulässig, wenn durch krankhaftes Verhalten eine erhebliche Selbstgefährdung oder eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer besteht. Die fehlende Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, rechtfertigt allein keine Unterbringung!

(Art. 104 GG gilt entsprechend. Anm. d. Verf.)

(34) Borutta, Manfred, „Pflege zwischen Schutz und Freiheit“, Vincentz Verlag, Hannover, 2000, S. 62

(35) Klie Stascheit, „Gesetze für Pflegeberufe“, Fachhochschulverlag Frankfurt, 2001, S. 296

(36) VDP Verlag Deutsche Polizeiliteratur, Gesetzessammlung, 12/2000, S. LA 6-45

5.5.1.2 Familienrechtliche Unterbringung (37)

Gem. § 1906 Abs. 4 BGB (Betreuungsrecht) darf der zu Betreuende für „kurze Dauer“ auch ohne richterliche Genehmigung fixiert werden. Hiermit will der Gesetzgeber verhindern, dass für jede kurzfristige Maßnahme, für die eine Fixierung nötig ist, ein Richter befragt werden muss.

„Kurze Dauer“ ist nicht näher definiert.

5.5.2 . § 34 StGB (Rechtfertigender Notstand) (38)

*„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für **Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum** oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Die gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“*

(Fett gedruckt hier: Die in Punkt 5.2 angesprochenen hohen Rechtsgüter!)

5.6 Drohung und Nötigung: (39)

§ 240 StGB

„1. Wer einen Menschen rechtswidrig mit Gewalt oder durch Drohung mit einem empfindlichen Übel zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung nötigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

Dieser Paragraf fällt unter die berühmten „Wenn – dann....“ Sätze. „Wenn Sie dieses oder jenes nicht unterlassen (oder tun), dann wird der Ausgang (z. B.) gesperrt.“ So etwas zu sagen ist Nötigung und somit eine Tat.

Pflegepersonal in sozialen Einrichtungen allerdings handelt bei einer solchen Vorgehensweise nicht „rechtswidrig“, wenn es zum Wohle der Klientel geschieht.

(37) Klie Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 132

(38) ebenda S. 723

(39) ebenda S. 744

5.7 Fazit der Rechtsgrundlagen:

Für alle freiheitsberaubenden Maßnahmen gilt:

- Die hier vorgestellten gesetzlichen Regelungen bilden nur einen Anwendungsrahmen.
- Es existieren keine Listen, in denen nachgeschlagen werden könnte, wann fixiert werden sollte. Ein Restzweifel wird immer bestehen bleiben!
- Alle, die beruflich mit der vorgenannten Thematik konfrontiert werden, sollten immer daran denken, dass Freiheit Selbstbestimmungsrecht bedeutet, und dass niemand Eigentumsrechte an einem anderen erwerben oder besitzen darf.

6. Tabuzonen (40)

Nachdem innerhalb des Praxisseminars die theoretischen Kenntnisse (Gewalt, Aggression, Rechtsgrundlagen) vermittelt wurden, beginnt nun der Praxisteil.

Die Teilnehmer erarbeiten hier zunächst einmal, warum es überhaupt Tabuzonen gibt und welche das sein können.

Zum wiederholten Mal weisen die Dozenten darauf hin, dass nicht gegen einen Feind gekämpft wird, den es zu besiegen gilt. Es handelt sich um kranke, dem Personal anvertraute Klientel, für deren Gesundheit und Wohlergehen eben dieses Personal verantwortlich zeichnet. Die Tabuzonen betreffen die Befreiungs- und Festhaltetechniken.

Es gibt bei KUGA® kein Treten und kein Schlagen!

6.1 Kehlkopf

Der Kehlkopf ist ein sensibler Bestandteil der oberen Luftwege. Sein Funktionieren sichert die Vitalfunktion der Atmung. Schläge oder zu starker äußerer Druck auf den Kehlkopf können zu irreversiblen Schäden bis hin zum Tod führen.

Wehrt sich der Patient oder ringt er bereits nach Luft?

6.2 Brustkorb

Der Brustkorb ist Teil der Vitalfunktion Atmung. Rippenbrüche können zu gravierenden Verletzungen innerer Organe führen. Zu großer äußerer Druck auf den Brustkorb während der Ausatemphase verhindert erneutes Einatmen. Es besteht die Gefahr der Fehllungungserstickung.

Zu jeder Zeit sind Kreislauf und Atmung sicher zu stellen!

(40) Richter, Fuchs, Bergers, „Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen“, GUVV Westfalen Lippe
1. Auflage 03/2001, S 65,66

6.3 Abdomen

Zu starker und zu schneller Druck auf das Abdomen kann zu bedrohlichen Verletzungen und Blutungen innerer Organe führen und die Atmung negativ beeinflussen.

6.3 Genitalien

Sowohl die männlichen als auch die weiblichen Geschlechtsorgane sind leicht verletzlich. Speziell bei Männern können Verletzungen zu Blutungen und langfristigen Schädigungen bis hin zur Zeugungsunfähigkeit führen. Jeder „Angriff“ auf die Genitalien stellt zudem eine Schamverletzung dar.

6.4 Augen

Die menschlichen Augen sind äußerst verletzliche Weichteile. Gewaltsame Schädigungen führen leicht zu irreparablen Verletzungen bis hin zum bleibenden Verlust des Augenlichts.

6.5 Halswirbelsäule (HWS)

Ruckartige Drehbewegungen des Kopfes sind zu vermeiden, da sie zu Frakturen der Wirbelkörper führen können. Im Extremfall kann es zum Genickbruch kommen. Unvermittelte und heftige Schleuderbewegungen des Kopfes führen zum so genannten HWS – Schleudertrauma.

6.6 Finger

Finger besitzen schwache Gelenke und sind schnell frakturiert.

7 Beispiele zur schonenden Intervention: (41)

Durch das Lesen der nun folgenden Fallbeispiele, die im vom GUVV herausgegebenen Buch: „Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen“ (Richter, Fuchs, Bergers) veröffentlicht wurden, wird niemand in die Lage versetzt, sich adäquat, so wie KUGA[®] es lehrt, einem Angreifer entgegen zu stellen. KUGA[®] Praxisseminare dauern – je nach Umfang – zwei bis drei Tage – für Multiplikatoren entsprechend länger.

Es soll hier lediglich exemplarisch dargestellt werden, dass es Möglichkeiten gibt, sich in Gefahrensituationen so verhalten zu können, dass weder man selbst noch der Aggressor erheblich verletzt werden. Die sanften Team- und Feshaltetechniken können im folgenden nicht beschrieben werden.

(41) Richter, Fuchs, Bergers, „Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen“, GUVV Westfalen -Lippe
1, Auflage 03/2001, S.38 ff

Um die von den KUGA[®] - Dozenten mitgebrachten Gymnastikmatten herum stellen sich die Teilnehmer des Seminars auf. Die KUGA[®] – Dozenten - im Folgenden Trainer genannt - stehen in der Mitte, erklären, was sie machen und führen diese Übungen langsam vor. Anschließend werden diese Übungen mit den Teilnehmern wiederholt, und dann trainieren die Teilnehmer miteinander, wobei die Trainer diese Übungen genau überwachen.

Dieses Procedere geschieht bei jeder Übung.

Zum Abschluss eines Trainingstages stehen die Teilnehmer wieder im Kreis um die Matten und lassen sich von den Trainern „aggressiv und gewalttätig“ angreifen. Man muss im Laufe des Tages sehr aufmerksam gewesen sein, um sich jetzt befreien zu können.

Nicht unwichtig dabei ist, dass der Spaßfaktor während des Trainings bei allen Beteiligten eine große Rolle spielt, aber nicht im Vordergrund steht. Im Vordergrund steht die zu erwerbende und zu gewinnende Sicherheit der Teilnehmer.

7.1 Handgelenksgriff

Sie sind Krankenschwester auf einer psychiatrischen Station. Ein Patient will die Station verlassen und greift mit seiner rechten Hand um Ihr linkes Handgelenk. Sie versuchen die Hand abzuschütteln, doch der Patient ist stärker.

Drehen Sie die gegriffene Hand so, dass Ihre Handfläche nach oben zeigt. Strecken Sie den Arm und machen Sie einen Schritt nach vorn am Angreifer vorbei.

Das Gelenk zwischen Daumen und Zeigefinger ist so schwach, dass der Angreifer unabhängig von seiner Körperkraft, den Griff lösen muss.

7.2 Handgelenk mit beiden Händen

Der Angreifer umfasst mit seinen beiden Händen Ihr rechtes Handgelenk.

Führen Sie Ihre freie Hand zwischen die Unterarme des Angreifers und geben Sie sich selbst die Hand. Ziehen Sie nun gleichzeitig Ihre Hände zur Brust, und drücken Sie Ihren unteren Ellenbogen zum Angreifer, während Sie einen Schritt zurück gehen.

Auch hier wird der Angreifer – und sei er noch so kräftig – den Griff lösen müssen.

7.3 Haarzug von vorn

Der Angreifer fasst mit seiner linken Hand kräftig in Ihr Deckhaar. Legen Sie sofort Ihre Hände auf die greifende Hand und pressen diese auf Ihren Kopf. Machen Sie mit Ihrem rechten Bein einen Schritt nach links. Beugen Sie dabei Ihren Oberkörper ab und drücken dabei die angreifende Hand in Richtung angreifende Person.

7.4 Würgegriff

Der Angreifer würgt mit seinen beiden Händen Ihren Hals. Heben Sie Ihren linken Arm hoch und drehen Sie Ihren Körper nach rechts. Oder heben Sie Ihren rechten Arm hoch und drehen Sie Ihren Körper nach links.

Der Angreifer wird seinen Griff lösen müssen.

7.5 Fremdhilfe

Der Angreifer kniet auf einem Kollegen und würgt diesen. Sie nähern sich von hinten, um Ihrem Kollegen beizustehen. Drücken Sie mit dem Grundgelenk Ihres Zeigefingers unter die Nasenwurzel des Angreifers und führen Sie so die Person kontrolliert nach hinten weg.

Der Schmerz an der Nasenwurzel des Angreifers bewirkt, dass er seinen Griff lösen muss.

8. Grundsätze von KUGA®:

Ohne Kommentar wird kurz vor Beendigung des Praxisseminars eine Folie auf den Tageslichtschreiber gelegt. Die Teilnehmer haben so Gelegenheit, sich noch einmal einige der wichtigen KUGA® - Grundsätze in Ruhe durchzulesen:

- Profis provozieren nicht!
- Es gibt keine Patentrezepte – es gibt Verbesserungen!
- Beherrschen Sie nicht den Patienten – beherrschen Sie die Situation!
- Prävention geht vor Beherrschung eines Ereignisses!
- Niemand ist unverwundbar – Gewalt kann jeden treffen!
- Opfer benötigen unsere Solidarität, nicht unsere Kritik!
- Nachgeben, um zu siegen! Viele Dinge sind nur scheinbar wichtig!
- Gewaltmanagement ist Teamarbeit!

9. Resümee:

1997 hat der Berliner Journalist Tim Köhler eine Krankenhausreportage mit dem Titel: „*Die Maschine kann nicht fühlen, ob der Mensch atmen will*“ veröffentlicht.

Als Krankenpflegeschüler beschreibt er in seinem Buch subjektiv den Krankenhausalltag. Unter anderem findet der Leser dort den Satz: „*Glücklicherweise geht es nicht überall so bestialisch zu wie auf einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung.*“ (42)

Diese Aussage, gelesen im Kontext mit Horrormeldungen aus Zeitungen, wie „bestialisch“ es in Altenheimen, Psychiatrien und ähnlichen Einrichtungen zugeht, gepaart mit gefährlichem Halbwissen aus Filmen und Fernsehserien schaden dem Ansehen des in solchen Institutionen tätigen Personals. Außerdem vergrößert eine solche Aussage die Angst einer potentiellen Klientel, sich solchen Institutionen anzuvertrauen.

Die *Horrormeldungen* aus den Zeitungen werden hier nicht in Frage gestellt. Die Frage ist, warum man immer wieder liest, dass es zu gewalttätigen Übergriffen gekommen ist. Die Antwort ist folgende: Es mangelt an Fortbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen. (43)

Es wäre ein großer und begrüßenswerter Schritt in eine gewalt- und aggressionsfreie Zukunft für Altenheime und Psychiatrien, würde diesem Mangel begegnet werden.

Auf den Teilnehmer - Zertifikaten, die KUGA® nach den Praxisseminaren ausgibt, steht folgender Satz ganz oben:

„Jede Reise beginnt mit dem ersten Schritt.“

Mein Appell an die Institutionen ist: Wagen Sie diesen ersten Schritt! Nicht nur Ihre Klientel, auch Ihr Personal wird es Ihnen danken. Denn ein informiertes und aufgeklärtes Personal wird sich mit den Zielen Ihrer Einrichtung eher identifizieren als ein Personal, für das Transparenz ein Fremdwort ist.

Hinzu kommt, dass Fortbildung immer Weiterqualifizierung bedeutet. Und Weiterqualifizierung bedeutet Sicherheit im Berufsalltag. Jedes Pflegemanagement, das seinen Mitarbeitern die Möglichkeit gibt, an Fortbildungen wie KUGA® teilzunehmen, hilft, das Selbstbewusstsein der Mitarbeiter zu stärken – das ohnmächtige Gefühl des „Ausgeliefert seins“ zu schwächen. Ein Grundsatz der Psychologie kommt hier zum Tragen:

„Eure Stärken sollt ihr stärken – eure Schwächen sollt ihr schwächen!“

(42) Köhler, Tim, „Die Maschine kann nicht fühlen, ob der Mensch atmen will“, Rotbuch Verlag, Hamburg, 1997, S. 8

(43) dto. Literaturhinweis 28

Durch Fortbildungen dieser Art fühlt sich das Personal in seinen Ängsten ernst genommen und wertgeschätzt.

Dass Gewalt und Aggression auch ein gesellschaftliches und damit politisches Problem sind, habe ich bereits auf Seite 9 im Kapitel 4.1 erwähnt (The Road to a Peacefull School). Belegt wird diese Aussage durch die Definition des Begriffes Politik im Duden:

Politik: „.....(aktive Teilnahme an der) Führung, Erhaltung, Ordnung eines Gemeinwesens.“ (44)

Die in dieser Arbeit beschriebenen Interventionen des Personals bei Bewohnern/innen oder Patienten/innen stellen gravierende Einschnitte in die Grundrechte dar, sind aber nötig, um die Erhaltung und Ordnung des Gemeinwesens Bundesrepublik Deutschland zu erhalten.

„Soziologisch betrachtet ist die Psychiatrie eine gesellschaftliche Institution, welche auch gesetzlich vordefinierte Aufgaben der Gefahrenabwehr zu erfüllen hat.“ (45)

Der Untertitel dieser Arbeit lautet:

**„Wie reagieren Pflegende adäquat auf physische Gewalt?
Wie sollten sie reagieren?“**

„Adäquat“ bedeutet: „Nach den Maßstäben der geltenden (Sozial-) ordnung angemessen oder üblich.“ (46)

Ich bin mir sicher, dass es mir nicht gelungen ist, Frage 1 ausreichend zu beantworten, denn eine solche Frage pauschal zu beantworten, ist schlichtweg unmöglich.

Ich hoffe, die Frage 2, wie „Pflegepersonal reagieren sollte“, im Sinne der Leser/innen und der Klientel beantwortet zu haben; nämlich *kontrolliert, bewusst und adäquat*.

(44) Der große Duden, Fremdwörterbuch, Bibliographisches Institut Mannheim, 1960, S.503

(45) Fuchs, J-M. „Zum Problem von Patientenübergriffen in der deutschen Psychiatrie“, in Psych Pflege 6/2000, S.191 - 195

(46) Duden „Das Fremdwörterbuch“, 6.Auflage, Bibliographisches Institut, Mannheim, 1997, S. 29

Literaturverzeichnis

- 1 Fuchs, Jürgen M., „Gewalt verhindern“, in *Faktor Arbeitsschutz* 04/2001, S. 6-8
- 2 Richter, Dirk, „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1999
- 3 Fuchs, Jürgen M., „Gewalt verhindern“, in *Faktor Arbeitsschutz* 04/2001, S. 6-8
- 4 *Lehrgänge und Seminare 2003, Fortbildungsleitfaden des GUVV, Münster 2003*
- 5 Borutta, Manfred, „Pflege zwischen Schutz und Freiheit“, Vincenz-Verlag, Hannover, 2000, S. 41
- 6 Pschyrembel, Willibald, „Med. Wörterbuch“, 253. Auflage, Berlin 1977
- 7 Tölle, Rainer, „Psychiatrie“, Springer-Verlag Berlin, 6. Auflage, 1982, S. 41 & 110
- 8 *Chinesische Weisheit*
- 9 Richter, Dirk, „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1999, S. 104
- 10 Richter, Dirk, „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1999, S. 105
- 11 Richter, Dirk, „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1999, S. 106
- 12 Richter, Dirk, „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1999, S. 108
- 13 Richter, Dirk, „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1999, S. 113
- 14 Richter, Dirk, „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1999, S. 113
- 15 Richter, Dirk, „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“, Lambertus-Verlag, Freiburg, 1999, S. 115
- 16 Ruthmann, 1993, zit. nach Kienzle, Paul, Ettliger, 2001, S. 16
- 17 Zimbardo / Gerrig, „Psychologie“, 7. Auflage 1999, Springer-Verlag Berlin, S.334
- 18 Herfurt, Beate, „Unsere Schule soll friedlich bleiben“, in *Psychologie Heute*, 05/2002, S 62 - 69
- 19 *US - Department of Justice, Bulletin, 1983*
- 20 *Der Duden, Fremdwörterbuch, Bibliographisches Institut, Mannheim, 6. Auflage, 1997*
- 21 *Script der Polizeischule Münster, NRW, Februar 2000*

- 22 *Script der Polizeischule Münster, NRW, Februar 2000*
- 23 *Script der Polizeischule Münster, NRW, Februar 2000*
- 24 *Script der Polizeischule Münster, NRW, Februar 2000*
- 25 *Script der Polizeischule Münster, NRW, Februar 2000*
- 26 *Borutta, Manfred, „Pfleger zwischen Schutz und Freiheit“, Vincentz Verlag, Hannover, 2000, S. 23*
- 27 *Borutta, Manfred, „Pfleger zwischen Schutz und Freiheit“, Vincentz Verlag, Hannover, 2000, S. 57*
- 28 *Klie, T., Stascheit, U., „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 723*
- 29 *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in Klie, Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 287*
- 30 *Blas, Lammert, „Gesetzessammlung“, Verlag für Wirtschaft und Verwaltung, Essen, 7. Auflage, 1975, S. 335*
- 31 *Strafprozeßordnung, Presse- Druck- und Verlags GmbH, Augsburg, 1965, S. 43 und 44*
- 32 *Klie, Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 107*
- 33 *Klie, Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 743*
- 34 *Borutta, Manfred, „Pfleger zwischen Schutz und Freiheit“, Vincentz Verlag, Hannover, 2000, S. 62*
- 35 *Klie Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 296*
- 36 *VDP Verlag Deutsche Polizeiliteratur, „Gesetzessammlung“, 12/2000, S. LA 6-45*
- 37 *Klie, Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 132*
- 38 *Klie, Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2001, S. 723*
- 39 *Klie, Stascheit, „Gesetze für den Pflegeberuf“, Fachhochschulverlag, Frankfurt 2001, S. 744*
- 40 *Richter, Fuchs, Bergers, „Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen“, GUVV, Westfalen-Lippe 1. Auflage 03/2001, S. 65 und 66*

- 41 Richter, Fuchs, Bergers, „Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen“, GUVV Westfalen- Lippe 1. Auflage 03/2001, S. 38 ff
- 42 Köhler, Tim, „Die Maschine kann nicht fühlen, ob der Mensch atmen will“, Rotbuch Verlag Hamburg, 1997, S. 8
- 43 dto. Literaturnachweis 28
- 44 Der große Duden, Fremdwörterbuch, Bibliographisches Institut, Mannheim, 1960, S. 503
- 45 Fuchs, Jürgen M., „Zum Problem von Patientenübergriffen in der deutschen Psychiatrie“ in Psych Pflege 6/2000, S. 191 - 195
- 46 Duden, „Das Fremdwörterbuch“, 6. Auflage, Bibliographisches Institut, Mannheim, 1997, S. 29

Der in dieser Arbeit häufig zitierte Dr. Dirk Richter hat seine Habilitation vor kurzem erfolgreich abgeschlossen.

Hiermit erkläre ich, den vorliegenden Leistungsnachweis selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwandt zu haben.

Dortmund, den.....

Martin Kuttnick