

„Das Wichtigste ist, Situationen nicht eskalieren zu lassen“

Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte – Interview mit Prof. Dr. Udo Bonnet

Prof. Dr. Udo Bonnet ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Evangelischen Krankenhaus Castrop-Rauxel und Lehrbeauftragter der Universität Duisburg-Essen. Im Gespräch mit Lena Kaese berichtet er von Gewalt während der klinischen Arbeit – und wie sich Ärztinnen und Ärzte auf Situationen vorbereiten können, in denen Gewalt droht.

WÄB: Haben Sie selbst schon Gewalt während der klinischen Arbeit erfahren?

Prof. Bonnet: Ich bin seit 1992 Arzt, das erste Mal, als ich persönlich körperliche Gewalt erlebt habe, ist mir noch gut in Erinnerung. Damals war ich Assistenzarzt in einem Universitätsklinikum und im Nachtdienst. Es war nach einem Fußballspiel. Der Patient hatte ein Schädel-Hirn-Trauma erlitten und außerdem getrunken. Ich wollte ihn 24 Stunden zur Überwachung aufnehmen, was er nicht wollte. Plötzlich bekam ich von dem Begleiter des Patienten eine Bierflasche auf den Kopf geschlagen. Ich hatte



Lena Kaese

ist Mitglied des Arbeitskreises Junge Ärztinnen und Ärzte der ÄKWL.

auch ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma, habe aber den Dienst weitergemacht. Ein anderes Mal wurde ich mit einer Waffe bedroht, wobei die Patientin eher sich selbst etwas antun wollte als mir. Es gelang uns, ihr die Waffe wegzunehmen. Die meiste Gewalt gegen Personal geschieht aber bei Fixierungen. Diese wenden wir bei aggressiven und akut entsteuerten Patienten in der Psychiatrie an. Vorher haben alle anderen Maßnahmen nicht geholfen, also auch keine Gespräche oder Beruhigungsversuche. Die Fixierung ist das allerletzte Mittel, dabei kommt es häufig zu Handgreiflichkeiten.

WÄB: Wo sehen sie besondere Gefahren für Ärztinnen und Ärzte im Alltag?

Prof. Bonnet: In der Psychiatrie kommt es gerade bei Fixierungen zu Gewalt. Ansonsten, würde ich sagen, sind die somatischen Fächer mehr betroffen, was aber auch noch vom Fach abhängt. In der Geriatrie würde ich das Risiko höher einschätzen als beispielsweise in der Augenheilkunde, aber grundsätzlich kann das Thema überall auftreten. Wenn er lange genug im klinischen Einsatz ist, wird jeder Arzt einmal diese Erfahrungen machen. Am häufigsten sind es intoxikierte und ältere Patienten mit Demenz, die handgreiflich werden. Das kann ich bei dementen Patienten auch verstehen. Stellen Sie sich vor, Sie können schlecht sehen und hören und dann greift jemand Fremdes unvermittelt in Ihre Privatsphäre ein. Da ist eine Abwehrreaktion doch ganz natürlich. Ein gutes Beispiel ist das kalte Stethoskop, das ohne Vorwarnung auf den Brustkorb gesetzt wird. Da würde ich mich auch erschrecken.

Auf der Intensivstation kann es auch zu Übergriffen durch Angehörige kommen, wenn diese unerwartet und wenig einfühlsam mit dem Tod eines Patienten konfrontiert werden. Dann sind da noch die getrenntgeschlechtlichen Untersuchungen, wenn beispielsweise eine Frau in kritischen Bereichen von einem Mann untersucht wird oder umgekehrt. Auch zum Eigenschutz sollte möglichst eine gleichgeschlechtliche Person untersuchen. Selten, aber schwer zu handhaben sind auch Clanstrukturen, wenn beispielsweise eine Großfamilie aufgebracht eine ganze Station belagert. Auch wenn es normalerweise nicht zu Gewalt kommt, können kulturelle Unterschiede für Verunsicherung auf beiden Seiten sorgen. In einem solchen Fall sehe ich die Lösung des Problems aber ganz klar als oberärztliche Aufgabe an.

Insgesamt sind es meist fehlende Empathie und Unerfahrenheit, die zu Eskalationen und ggf. zu Gewalt führen. Die Bedürfnisse der

Patienten und Angehörigen werden nicht erkannt und es kommt zu Grenzverletzungen. Deshalb ist es wesentlich, sich in Patienten und Angehörige einzufühlen und empathische Gesprächsführung zu trainieren.

WÄB: Haben Sie ein spezielles Vorgehen bei Fixierungen?



Prof. Dr. Udo Bonnet

erlebte als Assistenzarzt eine Gewaltsituation in der Notaufnahme.

Prof. Bonnet: Zunächst müssen alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, um eine Fixierung zu verhindern, denn eine Fixierung ist immer die letzte Wahl. Ist sie unausweichlich, dann müssen alle geschult sein. Fixieren kann man trainieren wie eine Reanimation, dann ist man auch im Ernstfall ein gutes Fixierungsteam.

WÄB: Haben Sie ein Konzept, um Gewalt möglichst zu verhindern?

Prof. Bonnet: Das Wichtigste ist, Situationen nicht eskalieren zu lassen. Bei uns existiert ein hausinternes Deeskalationstraining für Personal in der ZNA und in der Psychiatrie. Schulungen und Kurse sind sehr wichtig. Ich meine keine Selbstverteidigungskurse, sondern Deeskalationskurse, in denen man lernt, was man tun kann, um es gar nicht erst zur Eskalation kommen zu lassen.

Für Ärzte wie Pflege ist es wichtig, Grenzen freundlich, aber bestimmt aufzuzeigen und genauso Maßnahmen zu erklären und zu er-

Junge Ärzte



Serie

greifen, wenn dies notwendig ist. Dazu zählt auch eine frühzeitige Entlassung, wenn es einfach nicht anders geht. Ist der Patient dafür zu krank, ist es nicht selten notwendig, mit richterlichem Beschluss zu fixieren oder zu sedieren. Meist lässt sich das aber durch freundliche und bestimmte Maßnahmen vermeiden.

WÄB: *Gibt es Besonderheiten bei psychiatrischen Patienten was das Gewaltpotenzial angeht?*

Prof. Bonnet: Da ist natürlich die Psychose, die meist exogen, also durch Intoxikation oder Alter (Demenz) bedingt ist. Immer wenn die Realität nicht oder falsch eingeschätzt wird, birgt das die Gefahr der Gewalteskalation. Paranoia oder Wahnvorstellungen wie der Verfolgungswahn sind klassische Beispiele für so eine verzerrte Realitätswahrnehmung.

»Vor allem ist es wichtig, sich nicht über, sondern neben den Patienten zu stellen.«

Notärzte kennen noch die besondere Vorsicht, die bei wachen, aber nicht ansprechbaren Patienten geboten ist. Diese muss man besonders im Auge behalten, da Raptus-Angriffe möglich sind. Auch hier sind Psychosen und Intoxikationen die häufigsten Ursachen. Auch wenn diese Angriffe aus dem Nichts selten sind, ist eine solche Erfahrung prägend.

WÄB: *Wie häufig haben Sie in Ihrer Berufslaufbahn Gewalt erlebt?*

Prof. Bonnet: Als Psychiater würde ich schätzen: zehn bis zwölf Mal. Die ersten beiden Male sind mir noch in guter Erinnerung, danach hatte ich gelernt, damit umzugehen. Ernsthaft verletzt wurde ich nicht. Die Pflege wird viel häufiger bedroht als wir Ärzte, da sie enger und häufiger mit den Patienten umgehen.

WÄB: *Wie sieht es mit seelischer Gewalt aus?*

Prof. Bonnet: Ich selbst habe damit keine Erfahrung gemacht. Ich habe aber mal mit einer Krankenpflegerin gesprochen, die von einem Patienten dauernd angefasst wurde,

auch das ist Körperverletzung. Als Mann hat man diese Übergriffe selten.

WÄB: *Gibt es ein bestimmtes Opfermuster? Bestimmte Kollegen, die immer betroffen sind?*

Prof. Bonnet: Schwer zu sagen, ich kenne niemanden, auf den das zutreffen würde. Es gibt natürlich Unterschiede in der Wahrnehmung, ab wann etwas als körperliche Gewalt empfunden wird. Das einzige, was ich mir vorstellen kann, ist, dass häufiger betroffen ist, wer nicht deeskalieren kann. Wer erfahrener ist, wird in viele Situationen nicht hineingeraten. Heute würde mir das mit der Bierflasche nicht mehr passieren. Damals habe ich auf vieles nicht geachtet und war unerfahren. Ich wollte den Patienten 24 Stunden überwachen und habe ihm einfach gesagt: „Egal, Sie bleiben hier.“ Das würde ich heute nicht mehr so machen, sondern würde erklären, warum es nötig ist, dass er bleibt und auf seine Einwände eingehen. Außerdem hätte ich besser darauf geachtet, wie viele Menschen im Raum sind. Daran sieht man schon, dass damals meine Unerfahrenheit einen großen Anteil daran hatte, dass es zur Gewalt gekommen ist.

WÄB: *Wie groß sind Ihrer Erfahrung nach die Belastungen für das Personal nach einer Gewalterfahrung?*

Prof. Bonnet: Das hängt wesentlich von persönlichen Faktoren ab. Welche Vorerfahrungen hat man gemacht? Wie hat man selbst die Situation erlebt? Im Wesentlichen ist es eine Frage der Persönlichkeit. Von „egal“ bis zu „ich kann nicht mehr schlafen“ ist jede Reaktion möglich.

WÄB: *Haben Sie besondere Konzepte in Ihrer Klinik, um präventiv zu agieren?*

Prof. Bonnet: Bei uns werden Deeskalationstrainings für Mitarbeiter der ZNA und der Psychiatrie vorgeschrieben. In der Psychiatrie verfolgen wir insbesondere das Safe-wards-Modell, das Patienten mit in die Stationsgestaltung einbindet. Entwickelt wurde das Konzept in Gütersloh von Prof. Löhr, der außerdem Pflegeprofessor in Bielefeld ist. In der Psychiatrie haben wir eine mittlere Verweildauer von ca. 25 Tagen, was solch ein Konzept erst ermöglicht. Das Wesentliche um Gewalt zu verhindern, ist natürlich eine gute therapeutische Beziehung, je besser, desto weniger Gewalt.

WÄB: *Was möchten Sie jungen Kolleginnen und Kollegen noch mit auf den Weg geben?*

Prof. Bonnet: Sich nie über den Patienten stellen, freundlich, transparent, authentisch und wertschätzend sein. Nicht abwertend und nicht arrogant sein, das unterstellt man uns Ärzten leider immer noch viel zu oft. Vor allem aber ist es wichtig, sich nicht über, sondern neben den Patienten zu stellen, nicht so, wie ich es damals gemacht habe, als ich dem Patienten vorschreiben wollte, im Krankenhaus zu bleiben.

Das Ungeschickteste, was man machen kann, ist, das Problem des Patienten nicht ernst zu nehmen. Aussagen wie „das bisschen Schmerz“ sind nicht nur unprofessionell, sondern auch unfair, wir wissen ja gar nicht, wie schlimm die Schmerzen sind. Außerdem machen wir so unser Verhältnis zum Patienten kaputt.

Um Gewalt zu vermeiden, muss man auch sensibel dafür sein, wann man einen zweiten Kollegen dazuholt und wann es nötig ist, die Tür offen zu lassen, um den Kontakt zu anderem Personal sicherzustellen. Außerdem sollte man an einem Deeskalationskurs teilnehmen, bevor man beispielsweise in der Notaufnahme oder Akutpsychiatrie arbeitet. Das Wichtigste ist und bleibt die einfühlsame und wertschätzende Gesprächsführung auf Augenhöhe in Verbindung mit einer gewissen Achtsamkeit für Gefahrenmomente und Deeskalationserfahrung.

Zum Schluss möchte ich aber betonen, dass meine Gewalterfahrungen mich ganz und gar nicht traumatisiert, sondern wachsen lassen haben. Arzt und Psychiater zu sein, ist weiterhin meine Erfüllung und mein Traumjob. Wenn die in den letzten zehn Jahren immer mehr überbordende Bürokratisierung in unserem Beruf auch endlich gesundheitspolitisch als gefährdend für die Entwicklung und Aufrechterhaltung unserer ärztlichen Kompetenz erkannt und dann auch massiv reduziert würde, hätte ich noch mehr Freude und Zufriedenheit mit meinem Beruf. Insbesondere die jüngere Generation der Ärzte hätte dann auch wieder viel mehr Zeit, sich in Patienten- und Angehörigengesprächen zu erproben und zu reifen, von den dadurch wieder frei werden Ressourcen für individuelle Fort- und Weiterbildung ganz zu schweigen.