

Traumatische Erfahrungen von Mitarbeitern: Von der Personalisierung zur Sozialisierung eines realen Problems¹

Ulrich Elbing

Einleitung

In die folgenden Ausführungen fließen 20 Jahre Erfahrung aus meiner Beratungstätigkeit mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Einrichtungen der Behindertenhilfe ein, die im Rahmen ihrer Betreuungsarbeit regelmäßig mit Gewaltereignissen konfrontiert sind. Aus diesen Erfahrungen heraus sollen im Folgenden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Mittelpunkt dieser Ausarbeitung stehen. Aus Platzgründen können die zahlreichen Parallelen und Schnittstellen zu den anderen Betroffenen von diesen Gewaltereignissen, nämlich den durch sie begleiteten Menschen, nicht ausgeführt, sondern allenfalls nur angedeutet werden. Sie sind in ihrer eigenen, häufig wiederholten Traumatisierung stets mitgedacht, auch wenn sie nicht im Zentrum der folgenden Überlegungen stehen.

Die folgenden drei Geschichten stehen beispielhaft für Wirklichkeitskonstruktionen, die ich nicht selten in Behinderteneinrichtungen antreffe, und die – wenn sie von der ganzen Dienstgemeinschaft geteilt und somit Bestandteil der Einrichtungskultur sind - in nicht unerheblicher Weise mit dazu beitragen, dass die Bedingungen von Gewaltereignissen weiter bestehen bleiben.

Die Brille

In einer Dienstbesprechung erwähnt ein junger Mitarbeiter im Nebensatz, dass seine Brille, die ihm ein Betreuer von der Nase geschlagen und zertrümmert hat, jetzt wieder ganz ist. Zuvor waren schon vielfach Brillen von Mitarbeitern von dem Betreuten von der Nase geschlagen und zerstört worden. Die Frage, ob er jetzt eine unzerbrechliche Brille trage, beantwortete der Mitarbeiter mit einem erstaunten *Nein, warum?* Die Frage danach wer die Rechnung für die neue Brille gezahlt habe, beantwortet er ebenso erstaunt mit : *Ich, wieso?*²

Der fassungslose Kämpfer

¹ Überarbeitete Fassung des Vortrags am 24.10.2009 bei der Fachtagung *ausgrenzen? begrenzen? entgrenzen?* – Teilhabechancen von behinderten Menschen mit schwerwiegend herausforderndem Verhalten der Deutschen Heilpädagogischen Gesellschaft gemeinsam mit dem Netzwerk Intensivbetreuung, Heidelberg, 23./24.10.2009. – Ich danke Claudia Bub-Elbing für ihre Unterstützung bei der Überarbeitung der Schrifffassung und der Einarbeitung der psychotraumatologischen Aspekte sowie Jan Glasenapp für seine hilfreichen Hinweise.

² In der Diskussion nach dem Vortrag in Heidelberg berichtet spontan ein Kollege, dass ihm die Berufsgenossenschaft seine Brille ersetzt hat. Erfreulich für ihn, aber die Schutzhelme auf dem Bau werden von der Baufirma und nicht von der Berufsgenossenschaft Bau finanziert...

Ein Team bittet einen alten, erfahrenen Judoka einen Selbstverteidigungskurs für sie zu konzipieren. Hintergrund war, dass ein Betreuer bereits mehrere Mitarbeiter zum Teil schwer verletzt hatte. Der alte Herr hospitierte in der Gruppe, machte sich ein Bild von der Situation und den kritischen Momenten und reagierte fassungslos: Jahrzehnte bilde er Menschen aus, sich selbst zu verteidigen, auf die Gefahr hin, abends in der Fußgängerzone angepöbelt zu werden, und den Hunderten seiner Schüler sei dies nur in ganz wenigen Fällen passiert. Und hier seien die Mitarbeiter täglich akut gefährdet, und keiner wüsste, wie er sich zu seinem Schutz verhalten könnte.

Das Sensibelchen

Eine junge Praktikantin war alleine im Dienst von einem Betreuten angefallen und übel zugerichtet worden. Aufgelöst sucht sie Unterstützung beim Gruppenbegleitendem Dienst. Von diesem wird sie unwirsch angefahren: Sie solle sich zusammen nehmen und sich lieber überlegen, wie es jetzt dem Bewohner mit diesem Zwischenfall gehe.

Die dreifache Redefinition von Gewaltereignissen in der Pflege

Allen drei Geschichten gemeinsam ist, dass die hinter ihnen stehenden Gewaltereignisse so umdefiniert werden, dass in der Folge keine wirksamen Maßnahmen zur grundlegenden Veränderung der Situation in die Wege geleitet werden (brauchen). Der zu Grunde liegende unbewusste Mechanismus wird Redefinition oder auch Umdefinieren genannt und seine Funktion folgendermaßen beschrieben: Redefinition ist ein „interner Mechanismus des Umdeutens von Realität, um den eigenen Bezugsrahmen aufrecht zu erhalten“ (Kouwenhoven, Kiltz u. Elbing, 2002, S. 345). Der Bezugsrahmen gewährleistet, dass wir die Ereignisse unseres Lebens verstehen und auf sie reagieren können.

Im Folgenden werden drei subtile Verschiebungen beschrieben, die ich bei der Redefinition von Gewaltereignissen häufig angetroffen habe:

1. Wiederkehrende Gewaltereignisse werden als Herausforderung oder Gefahr bezeichnet. Herausforderung und Gefahr gehören zur Zeitdimension der Zukunft. Eine Gefahr ist ein künftiges, möglichst zu verhinderndes Ereignis, eine Herausforderung ein ebenfalls künftiges, möglichst zu bestehendes Ereignis mit noch offenem Ausgang. In jedem Fall lenkt der Blick nach vorne von der Wahrnehmung der Gegenwart wie auch der Vergangenheit ab. Realität ist aber: die Gefahr ist längst keine mehr, denn sie ist bereits mehrfach eingetretenes Ereignis geworden. In diesem Fall handelt es sich um eine Redefinition der **Zeit**dimension von Gewaltereignissen.
2. Begründete Furcht wird zur neurotischen Angst. Furcht ist eine funktionale Emotion, die vor *realen* Gefährdungen warnt. Wenn sich Mitarbeiter vor bestimmten Situationen fürchten, wird dies häufig nicht als Eigenschaft der Situation, die zu fürchten ist, verarbeitet, sondern als persönliche Reaktion der Kollegin oder des Kollegen. So wird Furcht zur (neurotischen) Angst der betroffenen Person umdefiniert. Die Quelle bzw. der Auslöser des Gefühls wird von außen aus der Situation heraus nach innen in die Person verlagert. Damit wird der **Ort** der Wahrnehmung redefiniert, und damit auch die Qualität des Fühlens für die betroffene Person.

3. Verhalten mit hohem Schädigungspotential wird zum Ausdruck von Krankheit oder Behinderung: Die Schadensfolge und damit die **Auswirkung** des Verhaltens wird redefiniert als die **Ausführung des Verhaltens** selbst bzw. als seine (fehlende) Steuerung. Oder anders: Der Schaden wird als Schuld umdefiniert und aufgrund der fehlenden Schuldfähigkeit (wegen Krankheit und Behinderung) bagatellisiert.

Auswirkungen von Redefinition

Zunächst bleibt festzuhalten, dass typischerweise sowohl Betreute als auch Betreuer durch die beschriebenen mehrfachen unbewussten Redefinitionen pathologisiert werden. Damit entsteht das fatale Phänomen einer doppelten Personalisierung des Problems: Gefahrenereignisse bzw. -situationen werden als persönliches Problem der in ihnen handelnden Personen umdefiniert.

Auswirkungen auf Leitungsebene

Wenn dies der Kern der kulturell geteilten Problemwahrnehmung ist, legen sich auf Leitungsebene damit verbundene, typische Problemlösestrategien nahe. Handlungsleitend könnten Maximen sein wie: Behandle den Betreuten (psychiatrisch) und stelle belastbare Mitarbeiter ein bzw. steigere die Belastbarkeit deiner Mitarbeiter durch einen höheren Personalschlüssel. Maßnahmen der aktiven und passiven Sicherheit sind dadurch außerhalb des Fokus der Wahrnehmung, so dass entsprechende Schutzmaßnahmen sich auch nicht in üblichen Formen der Einrichtungskommunikation wiederfinden, die sich ansonsten dafür anbieten. Beispielsweise sind dann in den Anweisungen zum Arbeitsschutz Regeln zum Heben und Tragen enthalten, nicht jedoch Anweisungen für das Tragen adäquater Kleidung oder das Ablegen von Schmuck mit hohem Verletzungsrisiko. Oder aber Maßnahmen der aktiven oder passiven Sicherheit werden als diskriminierend für die Betreuten entwertet: Sie dürften „nicht wie Verbrecher“ behandelt werden. Oder es werden zwar Selbstverteidigungskurse angeboten; die alte Erfahrung, dass solche Verhaltensstrategien regelmäßig geübt werden müssen, um verfügbar zu sein, wird wiederum nicht durch entsprechende Maßnahmen berücksichtigt.

Auswirkungen auf die Mitarbeiter

Die Problemlöseversuche der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind häufig durch folgende Aspekte gekennzeichnet:

Der Ruf nach Medikamenten für die Betreuten; das Vermeiden von Eingeständnissen vermeintlicher persönlicher Schwäche wie Furcht oder Belastung; kein oder nur abgeschwächtes Mitteilen von posttraumatischen Symptomen wie Alpträume oder überfallartig sie heimsuchende Erinnerungen. Mögliches Motiv ist dabei die Furcht vor Beschämung und Pathologisierung durch Kollegen oder Vorgesetzte. Die moralische Zensur eigener aggressiver Impulse („der Betreute kann ja nichts dafür, er ist ja krank oder behindert“) löst zum Teil massive Schuldgefühle aus: Auf die Person wütend zu sein kollidiert mit dem eigenen Selbstverständnis als Betreuungsperson. In der Folge werden auch solche Empfindungen nicht oder nur abgeschwächt mitgeteilt (vgl. von Hirschberg, Zeh und Kähler, 2009, S. 33).

Schließlich führen diese Bewältigungsversuche dazu, dass Mitarbeiter weiter in einer für sie hochbelastenden Situation verbleiben und leiden.

Systemische Teufelskreise

Im Zusammenspiel dieser Auswirkungen von Redefinition ergeben sich systemische Teufelskreise, die ein Wiederkehren von Gewaltsituationen und -erfahrungen nicht wirksam verhindern oder sogar begünstigen.

Die Mitarbeiter arbeiten weiter, als würde es ihnen nichts ausmachen oder kehren bald möglichst wieder an die Arbeit zurück. Dabei bagatellisieren oder verschweigen sie ihre Scham- und Schuldgefühle, und erhalten in der Folge Anerkennung fürs Starksein und für ihre vermeintliche Belastbarkeit. Somit bleiben sie in ihrer doppelten Not als Betroffene einer Gewalterfahrung und mit ihren Schuldgefühlen alleine. In der Folge ist die Information „nach oben“ in die Führungsebenen hinein spärlich und/oder verharmlosend. Dadurch fühlt sich die Leitung irrtümlicherweise in ihrer Problemlösung bestätigt und sieht keinen Anlass, ihre eigenen Problemlösestrategien auf den Prüfstand zu stellen. Somit ergibt sich ein Spirale: Solchermaßen geschwächte Mitarbeiter kommen wieder in Gewaltsituationen, und irgendwann können sie nicht mehr. Wenn sie sich damit offenbaren, wird das als Beleg für ihre mangelnde persönliche Belastbarkeit gewertet, und zwar sowohl von ihnen selbst als auch von der Dienstgemeinschaft: Sie sind den Herausforderungen eben letztlich doch nicht gewachsen, wodurch die fatale Kette der Beweise für die „Richtigkeit“ der Personalisierung und Pathologisierung der handelnden Personen um ein weiteres Glied verlängert ist.

Die Perspektive der Psychotraumatologie

Die Erkenntnisse der modernen Psychotraumatologie³ können einen wichtigen Beitrag leisten, die oben geschilderten Redefinitionen zu durchschauen und die geschilderte Kette der Konsequenzen aufzubrechen.

Grundsätzlich können aus der Psychotraumatologie folgende Aussagen als gesichert gelten:

- Gewaltereignisse haben für die unmittelbar betroffenen Personen ein hohes Traumatisierungspotential (Siol, Flatten u. Wöller, 2004).
- Mangelnde Unterstützung, fehlendes Verständnis oder Schuldzuweisungen haben ein hohes Potential für eine sekundäre Traumatisierung (Gast u.a., 2004, S 90).
- Eine unvorbereitete und unbegleitete Konfrontation mit dem Täter hat ein hohes Potential für eine Retraumatisierung (Flatten, Reddemann, Wöller u. Hofmann, 2004, S. 123; Huber, 2003, S. 202).

Häufig treffen alle drei Potentiale aufeinander, so dass für die Betroffenen ein mehrfaches Risiko besteht, eine Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Alle drei Traumapotentiale finden sich in typischen Gewaltsituationen, wie sie in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe anzutreffen sind:

Gewalteskalationen im Zusammenhang mit psychotischen Zuständen eines Beteiligten, verbunden mit der Entfaltung der bekannten Bärenkräfte, qualifizieren sicher als ein Ereignis mit hohem Traumatisierungspotential.

Die geschilderten Folgen der unbewussten Redefinition von Gewaltereignissen führen zu mangelnder Unterstützung, fehlendem Verständnis und Schuldzuweisungen, so dass auch hier ein hohes Potential für sekundäre Traumatisierung für betroffene Mitarbeiter angenommen werden kann.

³ vgl. die deutsche AWMF-Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung; Flatten u.a. (2004).

Sich stark geben, weiter arbeiten als sei nichts gewesen führt zur Konfrontation mit der an der Eskalation beteiligten betreuten Person ohne Vorbereitung und Begleitung, so dass hier ebenfalls ein hohes Potential für eine Retraumatisierung angenommen werden kann.

Das Traumapotentiale einer Situation ist unabhängig davon, welchen Anteil die traumatisierte Person am Zustandekommen der Situation bzw. am Eskalationsverlauf hatte. In der aktuellen gesellschaftlichen Wahrnehmung steht die Traumatisierung deutscher Soldaten, die in Afghanistan im Einsatz waren. Der Umstand, dass sie Berufssoldaten sind, sich freiwillig zum Einsatz gemeldet haben und sich in den Kampfhandlungen aktiv beteiligt (und möglicherweise ihrerseits afghanische Beteiligte traumatisiert) haben, ist für die Frage, ob sie aus dieser Situation traumatisiert hervorgehen, ohne Belang. Vergleichbares gilt für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe, und es ist wichtig zur Konfrontation der oben genannten Redefinitionen zu realisieren, dass „selbst schuld“ für eine Traumatisierung ebenso belanglos ist wie „der andere kann ja nichts dafür“. Mit der beherzten Enttabuisierung von Posttraumatische Belastungsstörungen bei ihren Soldaten ist die Bundeswehr der Behindertenhilfe wohl einen Schritt voraus. Bei den psychotherapeutischen Praxen mit Trauma-Schwerpunkt gingen z.B. in jüngster Vergangenheit Anfragen der Bundeswehr nach Behandlungsplätzen für ihre Soldaten ein – ein Eingeständnis, das Problem mit eigenen Mitteln nicht mehr bewältigen zu können, und ein Beispiel für die Lernfähigkeit einer Organisation.

Es kann also festgestellt werden: Es ist nicht eine Gefahr, sondern ein Fakt, dass die Mitarbeiter durch ihre Beteiligung und Konfrontation mit und an den Gewaltereignissen hoch belastet und traumagefährdet sind. Nach den Erkenntnissen der modernen Psychotraumatologie entsteht ein Psychotrauma nicht durch das Ereignis selbst, sondern durch eine spezifische neuropsychobiologische Veränderung im zentralen Nervensystem der Betroffenen. Somit ist es möglich, dass das gleiche Gewaltereignis den einen Beteiligten zwar hoch belastet, aber nicht traumatisiert, der andere jedoch mit der Ausbildung eines posttraumatischen Belastungssyndroms reagiert. Insofern gibt es keine Automatik zwischen dem Ereignis und der Traumaentstehung. Damit stellt sich die Frage, in welchen Dimensionen man sich das Problem der möglichen Traumatisierung von Mitarbeitern in etwa vorzustellen hat.

Daten und Fakten zur Traumatisierung von Mitarbeitern in der Pflege

Es ist das Verdienst der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege BGW, bereits im Jahr 2003 die traumatischen Erlebnisse von Mitarbeitern in der Pflege als gravierendes Problem erkannt zu haben. So findet sich im vierten Heft der „Mitteilungen des BGW“ des gleichen Jahres ein Artikel zur Hilfe bei der Überwindung von traumatischen Erlebnissen bei Gewalt in der Pflege. Meine eigenen Recherchen zu aussagekräftigem Datenmaterial führten jedoch sowohl bei der BGW als auch bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte BfA zu der Auskunft, dass es derzeit kein belastbares Datenmaterial hierzu gebe; dies hat wohl seinen Grund vor allen Dingen darin, dass die routinemäßig erhobenen und verfügbaren Daten die Zuordnungsgenauigkeit und Trennschärfe nicht aufweisen, um z.B. die Posttraumatischen Belastungsstörungen der Versicherten ihren Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz zuordnen zu können. Somit sind derzeit gesicherte Schätzungen der Prävalenz von dienstlich entstandenen

Posttraumatischen Belastungsstörungen unter den Mitarbeitern von Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht möglich. Die BGW hat allerdings 2009 eine Überblicksarbeit der Autoren von Hirschberg, Zeh und Kähler herausgegeben, in der eine Reihe von Studien zu Gewalt und Aggression in der Pflege zusammengestellt werden. Diese Studien dokumentieren eine hohe Zahl von Gewaltvorfällen mit Verletzungsfolgen für die Mitarbeiter. Psychische Folgen wurden in dieser Zusammenstellung nicht systematisch berücksichtigt – wohl aufgrund fehlender genügend aussagekräftiger Studien hierzu. Die Autoren stellen jedoch fest: „Sicher ist, dass Erfahrungen von Aggressionen und Gewalt für Beschäftigte im Pflegebereich als Krisenerfahrungen zu werten sind, die unbewältigt zu schweren Störungen der Gesundheit führen können“ (von Hirschberg, Zeh und Kähler, 2009, S. 34). Als weiteren Schritt zur Erstellung einer aussagefähigen Datenlage hat die BGW aktuell eine Umfrage in Kliniken und in Heimen der Behinderten- und Altenhilfe durchgeführt, die noch unveröffentlicht ist. Die im BGW zuständige Referentin, Frau Annett Zeh, stellte mir jedoch aus ihrer laufenden Auswertung vorab folgende Zahlen zur Verfügung:

Bundesweit wurde der Fragebogen der BGW zu Gewalterfahrung am Arbeitsplatz insgesamt von 1973 Mitarbeitern beantwortet und zurückgeschickt. Nach deren Angaben waren in den letzten 12 Monaten zum Zeitpunkt des Ausfüllens 56 % der Antwortenden Ziel physischer Gewalt in der Betreuung oder Pflege sowie 78 % der Antwortenden Ziel verbaler Aggressionen durch Betreute. Da die Stichprobengröße sicherlich als repräsentativ gelten kann, lässt sich zumindest festhalten, dass Gewaltereignisse über die Hälfte aller Mitarbeitenden betreffen. Um weitergehende Aussagen abzuleiten, wird die Veröffentlichung dieser Untersuchung abzuwarten sein. In jedem Fall bleibt festzuhalten: In den erfassten Einrichtungen zu arbeiten bedeutet, mit Gewalterfahrungen mittelbar oder unmittelbar konfrontiert zu sein.

Folgerungen

Die BGW selbst bietet seit 2003 Präventionsseminare für ihre Versicherten an und setzt hier ihre Schwerpunkte in der Vermeidung, in der Deeskalation und in der Bewältigung von Gewaltvorfällen. Ergänzend hierzu sollen die hier skizzierten Folgerungen die Dienstgemeinschaft und einige darin liegenden Möglichkeiten der Problemlösung in den Blick nehmen.

Für die Begleitung von Mitarbeitern, die Gewalterfahrungen bewältigen müssen, lassen sich aus den Erkenntnissen der Psychotraumatologie folgende Empfehlungen ableiten.

Unmittelbar im Anschluss an eine Gewalterfahrung bietet sich ein Angebot⁴ mit Methoden des debriefings an, um die akute Belastung abzufangen und die Mitarbeiter durch eine erste Verarbeitung des Erlebten zu begleiten (Flatten u.a., 2004). Von ähnlicher Bedeutung ist das unterstützende im Auge behalten der Betroffenen und die Nachbetreuung. Es basiert auf der Erkenntnis, dass Mitgefühl und Interesse der Umgebung im Laufe der Zeit nachlassen, obwohl die Person mit einer traumatisierenden Erfahrung weiterhin Bedarf an Unterstützung hat und sich so trotz anfänglicher Begleitung dann doch letztlich alleine wiederfindet (vgl. Mitchell u. Everly, 1998).

⁴ Weil ein debriefing auch belastende Symptome provozieren kann, empfehlen Flatten u.a. (2004, S. 123) debriefing als Angebot und nicht als verpflichtende Maßnahme einzusetzen.

Durch die Etablierung einer solchen Kultur und Anteilnahme und Unterstützung lässt sich sicherlich in vielen Einrichtungen die Gefahr einer sekundären Traumatisierung deutlich reduzieren.

In der Praxis aus mehrfachen Gründen deutlich schwieriger liegt das Problem einer potentiellen Retraumatisierung von Mitarbeitern durch das weitere Zusammenarbeiten mit den am Gewaltereignis beteiligten Betreuten. Im Sinne einer verantwortlichen Begleitung, jedoch auch im Sinne der Machbarkeit wäre es an dieser Stelle von Bedeutung, über das Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung eine verlässliche diagnostische Mitteilung zu erhalten. Auch hier stoßen wir an ein Kulturproblem, denn es ist alles andere als üblich, dass sich Mitarbeiter hierfür einer Fachperson vorstellen oder aber im Rahmen der Fürsorgepflicht des Arbeitsgebers zur Vorstellung angewiesen werden. Wenn eine Posttraumatische Belastungsstörung besteht, so muss im Grunde genommen mit Blick auf den aktuellen Diskussionsstand in der Psychotraumatologie ein Weiterarbeiten in der alten Arbeitskonstellation ohne vorherige Behandlung und ohne Begleitung als zumindest bedenklich gelten. In aller Regel wird jedoch das Weiterarbeiten als selbstverständlich angesehen, und ein Arbeitsplatzwechsel im Anschluss an ein Gewaltereignis wird in vielen Einrichtungen nicht als Schutz und Fürsorge, sondern als Strafmaßnahme bewertet. Eine dem fachlichen Erkenntnisstand der Psychotraumatologie angemessene Umgehensweise mit traumatisierten Mitarbeitern stellt also eine Forderung dar, die sinnvoller Weise mit einer Weiterentwicklung der Einrichtungskultur umzusetzen ist. Dies ist jedoch Führungsaufgabe, und Mitarbeiter-Seminare zur Gewaltprävention können nur ein Baustein in der Kulturentwicklung sein.

Es soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass solche Überlegungen im Umkehrschluss mit gleicher Bedeutsamkeit für die Betreuten geltend gemacht werden sollten und im Grunde auch müssen. Hier kann der Erkenntnisfundus der Psychotraumatologie ein vertieftes Verständnis für die häufig mehrfach traumatisierten Betreuten anbieten. So kann er dazu beitragen, Retraumatisierungen für die Betreuten und damit weiteren Traumatisierungen für die Mitarbeiter zu vermeiden.

Auch wenn die oben angerissenen Folgerungen in der Praxis aufgegriffen werden, so benötigen sie doch Zeit, um wirkungsvoll etabliert zu werden. Zudem werden sie nicht oder nur mittelbar in der konkreten Gewaltsituation wirksam. Um jedoch auf die Realität wiederholter alltäglicher Gewaltereignisse Einfluss zu nehmen, ist es zusätzlich erforderlich, pragmatisch und konkret den Schutz für und in solchen Situationen zu erhöhen.

Die folgenden drei Beispiele sollen wiederum beispielhaft mögliche Konkretionen aufzeigen.

Alarmsysteme und Unterstützungsteams

Funktionale Alarmsysteme müssen die Mitarbeiter in die Lage versetzen, zu jedem Zeitpunkt und an jedem Ort ihrer Dienstausbung schnell und sicher Alarm auslösen zu können. Wenn beispielsweise das Bad „Ort der Gewalt“ ist und das Telefon im Dienstzimmer mehrere Türen und eine langen Flur entfernt ist, so ist das Telefon im Ernstfall häufig erst dann erreichbar, wenn die Eskalation bereits vorüber und der akute Unterstützungsbedarf im Grunde so nicht mehr gegeben ist. Für ein gutes Arbeiten des Unterstützungsteams ist es meines Erachtens unbedingt erforderlich hierfür eine Konzeption zu entwickeln, die in konkrete Anweisungen mündet. Kern

dieser Konzeption muss – soweit irgend möglich – sein: Die am Gewaltereignis beteiligte Kollegin bzw. der beteiligte Kollege bestimmt selbst das Vorgehen der Unterstützer, und das Vorgehen lässt - wiederum soweit irgend möglich - den Beziehungsfaden zwischen den an der Gewaltsituation Beteiligten nicht abreißen bzw. unterstützt seine bald mögliche Wiederaufnahme (vgl. Rupp, 2004). Weiterhin ist für dieses Konzept von Bedeutung, dass keine der beiden formulierten Bedingungen gegen die andere ausgespielt wird, sondern dass stets beide zur Geltung gebracht werden. Durch unsachgemäße Unterstützung kann das Abreißen der Beziehung für den Betreuten ein hohes Retraumatisierungspotential haben (gerade für Menschen mit psychotischen Störungen); gleiches gilt für die Kollegen, wenn ihnen das Heft des Handels ungefragt entrissen wird.

Bauliche Veränderungen

Räumliche Barrieren wie Türen usw. sollten eine wichtige Doppelfunktion erfüllen können: Sie sollen Schutz bieten und gleichzeitig Kontakt ermöglichen. Damit können sie einen wichtigen Beitrag dazu leisten, um eine fatale Nullsummenspiel-Situation zu beenden, die häufig wiederkehrende Gewaltereignisse kennzeichnet: Entweder ist Schutz herstellbar auf Kosten des Kontaktes (und damit verbunden um den Preis einer möglichen Retraumatisierung, siehe oben); Beispiel hierfür ist die klassische, mit Mühe und Erleichterung geschlossene Tür. Oder aber Kontakt ist möglich um den Preis fehlenden Schutzes (keine Tür vorhanden oder die Tür ist offen, bei bekanntem Verletzungsrisiko).

Erfahrungsgemäß erfordern die jeweiligen Konstellationen und Verhältnisse eigene maßgeschneiderte bauliche Veränderungslösungen.

Persönliches Gefährdungsmanagement

Nach aller Erfahrung hängt die Wahrscheinlichkeit einer Gewalteskalation nicht zuletzt von der konkreten Tagesform und Verfassung der diensthabenden Mitarbeiter ab. Einmal sensibilisiert, machen Mitarbeiter nicht selten die Erfahrung, dass der Betreute mit seinem Verhalten seismografisch darauf reagiert, wie achtsam Mitarbeiter mit sich selbst, mit ihrer Verfassung und mit ihren Kräften umgehen. Mit anderen Worten: Übergehen Mitarbeiter ihre Empfindungen, Bedürfnisse und aktuellen Grenzen in der gegebenen Situation, kann dies zum Teil ganz unmittelbar destabilisierende Wirkung haben bzw. Teil einer beginnenden Eskalationsspirale sein. Der Umkehrschluss gilt ebenso: Ein achtsamer Umgang mit sich selbst wird mit Entspannung und einer stabilisierten Gesamtsituation erwidert. Konkret kann dies bedeuten, dass das Durchsetzen von den Anforderungen von den jeweiligen Mitarbeitern situativ und achtsam entschieden werden muss.

Dies stellt besondere Herausforderungen an die Kooperationsfähigkeit und Unterstützungsbereitschaft im Team. Hierzu zählt das Zutrauen in jedes Teammitglied, dass ein solches Vorgehen nicht als Deckmantel für Nachlässigkeit und Bequemlichkeit benutzt wird. Umgekehrt sollte sich jedes Teammitglied sicher sein können, dass seine achtsame Entscheidung gegen das Durchsetzen einer Anforderung von allen Teammitgliedern als gute Arbeit geschätzt und nicht negativ bewertet wird. Dies stellt nicht nur hohe persönliche Anforderungen an die beteiligten Teammitglieder; die hohe fachliche Anforderung in einem solchen Vorgehen liegt darin, den maßgeblichen qualitativen Unterschied zu einem laissez faire (jeder macht was er will) im Bewusstsein zu haben und konkretisieren zu können.

Wie aus allen obigen Beispielen deutlich wird, sind auch pragmatisch notwendige und ganz handfeste Problemlösungen zur Beantwortung von Gewaltereignissen nur

auf den ersten Blick einfach und stellen fachlich hohe Ansprüche an alle Beteiligten. Hierzu bedarf es gut ausgebildeter und reflektionsgeübter Mitglieder der Dienstgemeinschaft auf allen Funktionsebenen. Dies betont die Rolle der Personalentwicklung als unverzichtbares Element zur wirkungsvollen Antwort einer Einrichtung auf die Gewaltereignisse im Alltag.

Perspektivisch können die angesprochenen beispielhaften Folgerungen und Ideen zur Problemlösung einen Beitrag dazu leisten, die eingangs dargestellten problemstabilisierenden Redefinitionen aufzulösen und einen Prozess weg von der Personalisierung hin zur Sozialisierung von alltäglichen Gewaltereignissen in der Dienstgemeinschaft zu gestalten. Ziel ist eine Kultur der Unterstützung in vielfältigen Formen. Die Betreuten werden hierbei sicherlich nicht die letzten sein, die von solchen Veränderungen profitieren.

Literatur

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W. u. Petzold, E.R. (2004). Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.

Flatten, G., Reddemann, L., Wöller, W., u. Hofmann, A. (2004). Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W. u. Petzold, E.R. (Hg.) Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext (2. Auflage; S. 103-142). Stuttgart: Schattauer.

Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P. u. Flatten, G. (2004). Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung. In Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W. u. Petzold, E.R. (Hg.) Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext (2. Auflage; S. 85-102). Stuttgart: Schattauer.

Hirschberg, K.-R. von, Zeh, A., Kähler, B. (2009). Gewalt und Aggression in der Pflege. Ein Kurzüberblick. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hg.) Verfügbar unter: www.bgw-online.de; Bestellnummer: EP-PUGA.

Huber, M. (2003). Wege der Trauma-Behandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. Paderborn: Junfermann.

Kouwenhoven, M., Kiltz, R.R. u. Elbing, U. (2002). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Transaktionsanalytische Behandlung nach dem Cathexis-Ansatz. Wien et al.: Springer.

Michell, J.T. u. Everly, G.S. (1998). Streßbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Zur Prävention psychischer Traumatisierung (2. Auflage). Edewecht: Stumpf & Kossendey.

Rupp, M. (2004). Umgang mit gewalttätigen Patienten – Prinzipien der Deeskalation. In Müller, W. u. Scheuermann, U. (Hg.) Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege- und Rettungskräfte (S. 265-277). Stuttgart: Kohlhammer.

Siol, T., Flatten, G. u. Wöller, W. (2004). Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W. u. Petzold, E.R. (Hg.) Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext (2. Auflage; S. 51-70). Stuttgart: Schattauer.

