

# **„Umgang“ mit Gewalt in Familien mit psychisch Kranken – Annäherung an ein Tabuthema**

Christian Zechert, Bielefeld

**Fachtagung „Länderrat 2013“  
Familien Selbsthilfe Psychiatrie -  
Bundesverband der Angehörigen  
psychisch Kranker e.V.**

**Königswinter, 25.Mai 2013**

## **1. Allgemeine Einführung**

Warum das Thema "Gewalt/ Aggression" für Familien mit einem psychisch erkrankten Angehörigen von hoher Bedeutung ist.

Begriff der Gewalt / Aggressivität

## **2. Empirische Befunde**

Begrenzung der klinischen Forschung / Defizite des ambulanten Bereichs

## **3. Juristische Aspekte - "Wer schlägt, muss gehen" / Häuslicher Verweis**

## **4. Prävention und praktische Folgen**

Fragen und Forderungen an das Hilfesystem und an die Forschung

Was kann ein Verband wie der BApK tun?

Ist eine eigene Erhebung innerhalb des Verbandes sinnvoll?

## **5. Diskussion (ca. 20 Minuten)**

# 1. Warum der „Umgang“ mit Gewalt für Familien von Bedeutung ist

- **These: die Mehrheit der Angehörigen mit einem (schwer) erkrankten Mitglied hat Erfahrungen mit verbaler und ggf. auch körperlicher Gewalt gemacht.**
- **Diese Erfahrung von Gewalt /Aggressivität steht in direktem Zusammenhang mit der Erkrankung des Familienmitgliedes.**
- **Die Mehrheit der Familien reagiert ähnlich wie in gewalttätigen Partnerschaften, wenn einer schlägt, droht, beleidigt, entwertet:**
- **Frau / Kinder / Mann - Mutter / Vater**
  - **schweigen über diese Vorfälle,**
  - **machen sich Selbstvorwürfe ,**

- vergraben sich noch tiefer in ihre Leidensrolle,**
  - ziehen sich noch stärker von Freunden und Bekannten zurück.**
  - Auch die eigene Partnerschaft leidet mehr und mehr.**
  - Bis hin, dass man eigene uneingestandene oder offene Aggressionen als Angehöriger entwickelt.**
- Ein offener Umgang mit dem Tabuthema findet selten statt.**

## Weitere Folgen:

- Die soziale Umgebung zieht sich von der auffälligen Familie zurück, wenn man mitbekommt, Polizei, SpsD, Krisendienst etc. standen vor der Tür.
- Diese Familien können immer weniger Hilfestellungen der Umgebung erwarten: Nachbarschaft, Freundeskreises und Verwandtschaft neigen dazu die Schuld dem Opfer zu geben: „Kein Wunder bei den Eltern“. Die Beschämung des Opfers „Victim-Blaming“ führt zur sozialen Abwertung, Stigmatisierung und Ausgrenzung; soziale Unterstützung wird mehr und mehr vorenthalten.
- Sind gesunde Kinder im Haushalt, leiden auch diese auf die Dauer unter den Belastungen, können eigene Auffälligkeiten im Verhalten entwickeln, zeigen Somatisierungen, Überangepasstheit, Aggressivität, gedankliche Abwesenheit, Unaufmerksamkeit oder Hyperaktivität.

# Definition Gewalt: Differenzierter Begriff erforderlich

## **Gewalt umfasst**

... die rohe, gegen Sitte und Recht verstoßende Einwirkung auf Personen (violence),  
... das Durchsetzungsvermögen in Macht und Herrschaftsbeziehungen.

Im weiteren wird u.a. zwischen struktureller (indirekter, subtiler) Gewalt und personaler (direkter) Gewalt unterschieden.

## **Aggression**

Verhalten mit der Absicht, jemandem zu schaden oder zu verletzen. Aggression hat verschiedene Formen von Schaden/ und Verletzungen zur Folge, einschließlich psychischer und emotionaler Folgen. So kann bereits die Absicht, jemanden zu beschämen, zu erschrecken oder zu drohen Formen von Aggression sein.

## **Agitation**

eine offensive verbale, stimmliche oder motorische Aktivität, die situativ nicht passt .  
Kann auch durch Verwirrung, medikamentöse Nebenwirkungen oder Störungen im Umfeld bedingt sein.

# **Sich dem Thema „Umgang mit Gewalt“ stellen. Aber wie?**

- **Vor allem die organisierten Angehörigen haben sich dem Thema längst gestellt. Dies aber noch nicht öffentlich gemacht.**
- **Den unorganisierten Angehörigen fällt es schwer, offen damit umzugehen.**
- **Der Umgang mit aggressiven Verhalten ist auch von den Professionellen viele Jahrzehnte mehr als unzureichend gewesen. Die Geschichte der Psychiatrie ist auch eine Geschichte ihrer Hilflosigkeit im Umgang mit aggressiven Patienten.**
- **Seit ca. 20 Jahren haben sich vornehmlich klinische Arbeitsgruppen zum Umgang mit Eskalation, Deeskalation, Prävention, Gewalt und Zwang auseinandergesetzt.**
- **Wichtigste Voraussetzung: keine Schuldzuschreibung sondern Akzeptanz der Realität. Es gibt unterschiedliche Häufigkeiten von Gewalt und Zwang, verschiedene Gewaltformen im klinischen und im häuslichen Bereich. Schuldzuschreibungen helfen nicht.**

## Beteiligte Ursachen für Aggressivität

**Biologische Faktoren:** Stoffwechselstörungen (z.B. Blutzucker), hormonelle Einflüsse (z.B. Testosteronspiegel, der wiederum durch Umgebungswirkung beeinflusst werden kann), hirnorganische Beeinträchtigung (z.B. Verletzung des Stirnlappens)

**Psychosoziale Faktoren:** Niedriger sozioökonomischer Status, frühkindliche Vernachlässigung und Traumatisierung, schwere Misshandlung, Kriegserlebnisse

**Bio-psychosoziale Faktoren:** Wechselwirkung zwischen konstitutioneller Vulnerabilität und Umwelt, akute paranoide Schizophrenie, Komorbidität

**Interaktive Faktoren:** Verstrickung in familiären Konflikten

**Kontextfaktoren:** Fehlende soziale Kontrolle, unklare Regeln des Zusammenlebens, Anwendung von offener Gewalt als akzeptierte Verhaltensweise

Aber auch situative Faktoren wie Alkoholmißbrauch, medikamentöse Nebenwirkungen wie z.B. das Medikament Keppra in der Epileptologie,



**EINFACHE MITTEL****Verbale Aggression****GEWÖHNLICHE GEGENSTÄNDE WIE****Stuhl werfen****Glas/Porzellan zerschlagen****Andere alltägliche Gegenstände einsetzen****MIT KÖRPERTEILEN****Mit Händen schlagen, stoßen****Mit Füßen treten****Beißen****Andere und zwar: .....****GEFÄHRLICHE GEGENSTÄNDE/ GEFÄHRLICHE METHODEN****Messer benutzen****Würgen****Anderes und zwar: ....**

Quelle: Staff Observation Aggression Scale (SOAS-R)

## Spezielle Formen in Familien mit einem Erkrankten

**Dauerhafte Anspannung:** Das Gefühl der tagtäglichen inneren Anspannung, des „auf der Hut zu sein“, es könne etwas passieren, wenn ich etwas falsch mache. Immer bedenken müssen, wie sieht es heute aus? Wie empfindlich ist er jetzt? Was alles muss vermeiden, um ihn nicht ungewollt zu provozieren.

Eine dauerhafte Situation der Anspannung. Ist das Gewalt?

**Gestörte Kommunikation:** manche Erkrankte entwickeln eine unglaubliche Egozentrik . Sie beziehen alles auf sich. Egal was gesagt und getan wird. Es geht immer um sie. Sie hören nicht zu. Erzählen immer die gleiche, ihre Geschichte. Rigoros lassen sie keine Kommunikation zu. Nicht nur in einer Psychose sondern als dauerndes Persönlichkeitsmerkmal: Angst, die Vorherrschaft über die „Gesprächssituation“ zu verlieren. Eine intensiv gestörte Kommunikation, lebenslang.  
Ist das Gewalt?

# Häusliche Atmosphäre und Gewalt / Angehörige

Die spektakulären Ereignisse sind aber gar nicht das größte Problem, so sonderbar sich das anhört. Zahlenmäßig viel häufiger und vor allem inhaltlich mindestens so belastend ist jene Aggressivität, die sich in ständiger Bedrohung oder Bedrängung äußert bzw. sich in vielerlei Hinsicht nicht direkt, sondern "atmosphärisch" auswirkt.

Das trifft dann vor allem die Angehörigen, insbesondere die nächsten Verwandten wie Mutter, Vater, Geschwister, aber auch sonstige Bekannte, Freunde, Nachbarn usw. So etwas kann Familien, Wohngemeinschaften, ja ganze Wohnviertel belasten. Man glaubt nicht, wie oft so etwas vorkommen kann, ohne dass darüber groß gesprochen wird.

Prof. Dr. med. Volker Faust, Ravensburg

[www.psychosoziale-gesundheit.net](http://www.psychosoziale-gesundheit.net)

## 2. Empirische Befunde. Prävalenz von Aggressivität

Psychisch Kranke seien nur für einen **geringen Anteil** von Gewaltdelikten verantwortlich. Es gebe keine nennenswerte überdurchschnittliche Gewalttätigkeit. Böker und Häfner (1973), Brennan (2000).

Leicht erhöhtes Risiko für Gewalt und Gewaltdelikte. **Etwa um 4.5% höher** als in der vergleichbaren psychisch gesunden Bevölkerungsgruppe. Arsenault et al. (2000), Elbogen und Johnson (2009), Joyal et al. (2007).

Bei Einbeziehung der Patienten- und aller **Fremdangaben** (Angehörige) **erhöhen sich die von Patienten ausgeübten Gewalttaten auf 27,5%**. Hierbei spiele sowohl bei psychisch Gesunden als auch bei psychisch Erkrankten der Substanzmittelmissbrauch die entscheidende Rolle. Liegt dieser vor, kommt es bei beiden Gruppen zu einem deutlich erhöhten Anteil von Gewalttaten. Steadman et al (1998) nach MacArthur Study.

## **Risikofaktor Angehörige**

**Konfliktvolle Beziehungen in der Familie und High Expressed Emotions (HEE) erhöhen das Risiko von Gewalttätigkeiten gegenüber den eigenen Angehörigen. Entscheidend ist der Kommunikationsstil. Hamann, Stuttgart 2011 (Dissertation)**

**Bei etwa 10 % aller Frauen und 6 % aller Männer kommt es im Rahmen ihrer Elternschaft zu teilweise erheblichen psychischen Störungen. Quelle: Hilfebedarfe von Eltern mit psychischen Erkrankungen - eine Literaturübersicht Psychiatrische Praxis 2011; 38(1): 8-15**

**Wer seinen dementen Partner im Alter selbst pflegt, hat ein deutlich höheres Risiko, ebenfalls an Demenz zu erkranken. Hans Förstl, Psychiatrische Universitätsklinik der Technischen Universität München 2012**

Startseite

Versorgungsforschung

► Bereich Weissenau

• MitarbeiterInnen

• Projekte

• Abgeschlossene Diss./Diplomarbeiten

• Datenschutzkonzept

► Bereich Zwiefalten/Reutlingen

► Bereich Geschichte der Medizin

► Bereich Pflegeforschung

► Bereich Psychotherapie

► Bereich Medizinische Psychologie

Biologische Forschung

Forschung Kinder-Jugendpsychiatrie

Lehre



Südwestfalen



ulm university universität uulm



HOME

## Auch familienbezogene Forschung?

Abteilung Versorgungsforschung

Projekte im Bereich Weissenau

### Patientenautonomie, Gewalt und Zwang

Wirksamkeit, Sicherheit und Humanität bei freiheitsentziehenden psychiatrischen Zwangsmaßnahmen. Ein Vergleich von Fixierung und Isolierung.

Jan Bergk, Tilman Steinert

Gewalt und Deliktprävention durch die Alltagspsychiatrie

Gerd Weithmann, Tilman Steinert

Gender-Effekte bei Zwangsmaßnahmen

Tilman Steinert, Jan Bergk, Raoul Borbé, Erich Flammer, Frank Eisele

Entscheidungsverhalten von Psychiatern bezüglich Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung

Tilman Steinert, A. Rommel, Isabel Welpé, Matthias Spörrle

Prävention von Gewalt bei Patienten mit Schizophrenie (Prevention of violence in patients with schizophrenia; PREVIOS-II)

Tilman Steinert, Gerd Weithmann, Christina Cerisier

Arbeitskreis zur Prävention von Gewalt und Zwang in der Psychiatrie

Tilman Steinert, Jan Bergk

Online-Umfrage zur Praxis von Zwangsmaßnahmen in Deutschland

Tilman Steinert, Peter Schmid

Prädiktion von Zwangsmaßnahmen aufgrund von Patientencharakteristika, Lebensumständen und Aufnahmesituation

Erich Flammer, Tilman Steinert, Frank Eisele, Jan Bergk, Carmen Uhlmann

Behandlungsverweigerung bei unfreiwilligem Aufenthalt - eine qualitative Untersuchung

Franziska Hüther (Doktorandin), Susanne Jaeger, Tilman Steinert

Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie

Raoul Borbé, Susanne Jaeger, Susanne Borbé, Tilman Steinert

Regeln in der stationären Psychiatrie und ihr Zusammenhang mit der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit

Judith Kappenschneider (Doktorandin), Tilman Steinert, Gerhard Längle

Teilhabe an Verkehr und Mobilität bei Patienten mit Schizophrenie

Fabian Veit (Doktorand), Tilman Steinert

Startseite

## Versorgungsforschung

► Bereich  
Weissenau

• MitarbeiterInnen

• Projekte

• Abgeschlossene  
Diss./Diplomarbeiten

• Datenschutzkonzept

► Bereich  
Zwiefalten/Reutlingen

► Bereich  
Geschichte der Medizin

► Bereich  
Pflegeforschung

► Bereich  
Psychotherapie

► Bereich Medizinische  
Psychologie

Biologische  
Forschung

Forschung Kinder-  
Jugendpsychiatrie

Lehre

## Verlaufs- und Versorgungsforschung

Gründe für Wiederaufnahme von Patienten mit psychotischen Störungen bei gesicherter Medikamentenadhärenz  
Markus Wagershauser, Tilman Steinert

Stationäre Behandlungswege in der Psychiatrie und Psychosomatik für Angst und Depression (PfAD)  
Tilman Steinert, Gerd Weithmann, Dana Bichescu-Burian, Christina Cerisier, Agata Czekaj, Julia Grempler

Mediennutzung psychiatrischer Patienten  
Raoul Borbé, Markus Rechtsteiner, Tilman Steinert

PAKT - Psychotherapeutische Behandlung im Anschluss an Klinik und Tagesklinik  
Carmen Uhlmann, Erich Flammer, Tilman Steinert

Leistungserbringung im Gemeindepsychiatrischen Verbund  
(Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis)  
Tilman Steinert, Raoul Borbé, Peter Schmid, Erich Flammer

Begleitforschung zur Einführung der integrierten Versorgung im ZfP Südwürttemberg  
Petra Schmid, Erich Flammer, Tilman Steinert

GPVplus - Leistungserbringung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis)  
Raoul Borbé, Erich Flammer, Frank Eisele, Tilman Steinert

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch psychiatrische Patienten in der Region Ravensburg-Bodensee (IVPP)  
Frank Eisele, Tilman Steinert, Erich Flammer

Sicherung der therapeutischen Qualität: Therapieverlauf bei Patienten mit akuten, nicht-psychotischen Krisen in der psychiatrischen Regelversorgung  
Carmen Uhlmann, Stefan Tschöke, Tilman Steinert

Sektorübergreifende Analyse psychiatrischer Behandlungs- und Versorgungsleistungen mittels Routedaten  
Frank Eisele, Peter Schmid, Tilman Steinert, Carmen Uhlmann, Dieter Grupp, Wolfgang Rieger, Erich Flammer

Die Einflüsse der antipsychotischen Langzeitbehandlung mit atypischen Neuroleptika auf die funktionale Beeinträchtigung und die subjektive Lebensqualität von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen (ELAN-Studie)  
Tilman Steinert, Susanne Jaeger, Carmen Pfiffner (Forschungsbeteiligte des Studienzentrums ZfP Südwürttemberg - Weissenau)  
Beschreibung des Projekts siehe Versorgungsforschung, Bereich Zwiefalten/Reutlingen

Nicht-medikamentöse Behandlung bei Schizophrenie  
Corbinian Wachter (Doktorand), Susanne Jaeger, Tilman Steinert

## Klinische Forschung

Missbrauch und Abhängigkeit von Pregabalin (Lyrica®) unter Konsumenten illegaler Drogen  
Brendan Snellgrove, Tilman Steinert

Akustische Halluzinationen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und paranoider Schizophrenie  
Stefan Tschöke, Carmen Uhlmann, Tilman Steinert

Zusammenhang zwischen der Form erlebter, früher Traumatisierungen und Dissoziation im Erwachsenenalter

### 3. Juristische Aspekte / Hausverweis



**Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen**  
"Gewaltschutzgesetz vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3513),,

[www.wer-schlaegt-muss-gehen.de](http://www.wer-schlaegt-muss-gehen.de)



# **Juristische Aspekte**

## **Gesetz zum zivilrechtlichen Schutz vor Gewalttaten und Nachstellungen**

"Gewaltschutzgesetz vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3513),,

### **§ 1 Gerichtliche Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt und Nachstellungen**

**(1) ... Das Gericht kann insbesondere anordnen, dass der Täter es unterlässt,**

- 1. die Wohnung der verletzten Person zu betreten,**
- 2. sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung der verletzten Person aufzuhalten,**
- 3. zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich die verletzte Person regelmäßig aufhält,**
- 4. Verbindung zur verletzten Person, auch unter Verwendung von Fernkommunikationsmitteln, aufzunehmen,**
- 5. Zusammentreffen mit der verletzten Person herbeizuführen, soweit dies nicht zur Wahrnehmung berechtigter Interessen erforderlich ist.**

- **Die Polizei darf die Wohnung auch ohne Einwilligung des Mieters/Eigentümers betreten.**
- **Die Polizei soll Beweise sichern.**
- **Die Polizei prüft, ob eine sofortige polizeiliche Wegweisung des Täters von maximal vierzehn Tagen möglich ist.**
- **Sollte ein Platzverweis nicht ausreichen, um Sie (und Ihre Kinder) vor dem Gewalttäter zu schützen, kann die Polizei ihn auch in Gewahrsam nehmen.**

**Der Hausverweis - für Familien eine eher seltene „Lösung“**



## **Damit Pflege nicht zur Qual wird... Prävention und Intervention bei häuslicher Gewalt in der Pflege**

**Bericht über ein Praxisprojekt im Kreis Minden-Lübbecke**

**Andrea Strulik & Klaus Marschall**

**Fachtagung „Alter auf der Schattenseite“, Deutscher Verein  
Hannover, 30.11. bis 02.12.2011**

# Häusliche Gewalt in der Pflege



## 1.3. Ursachen für das Übersehen

- „Schutz der Privatsphäre“
- Verdrängung durch die Betroffenen
- Hohe Schamgrenze der Betroffenen
- Angst vor Eskalation bei Offenbarung
- Abhängigkeit von der pflegenden Person
- Unsicherheit im Umgang mit einem Verdacht
- Angst vor der Belastung durch ein Verfahren

## Pflegedokumentation

Mit der lückenlosen Dokumentation wird die Pflege nachvollziehbar, überprüfbar und nachweisbar. Sie hat damit für alle an der Pflege Beteiligten eine grundlegende und qualitätssichernde Bedeutung. Im Zusammenhang mit Gewalt in der häuslichen Pflege hat die Dokumentation noch einmal eine ganz besondere Bedeutung, denn sie kann eine Grundlage für gerichtliches Handeln sein.

Damit im Falle von Gewalt eine Pflegedokumentation auch gerichtsverwertbar ist, sollten nachfolgende Eckpunkte berücksichtigt werden:

- Sachverhalte und Beobachtungen sollten konkret benannt werden. Leitfragen können hier sein: Wann wurde was beobachtet? Von wem ist was, wie, wann mitgeteilt worden?
- Entwicklungen sollten dargestellt werden. Eine kontinuierliche Dokumentation ist unerlässlich.
- Informationen müssen aktuell sein.

Entscheidend sind Tatsachen, demgegenüber sind Meinungen und Einschätzungen sehr problematisch. So ist zum Beispiel ein blauer Fleck am Arm nicht zwangsläufig auf Schlägen zurückzuführen, dies wäre eine Interpretation. Wichtiger ist die nähere Beschreibung des Befundes mit bspw. Größe, Form, Farbe, evtl. Fotos (wird die Fotodokumentation abgelehnt, sollte dies dokumentiert werden). Auf der Grundlage der Pflegedokumentation können z. B. die genannten Fachdienste oder auch eine rechtsmedizinische Beratung (z. B. Institut für Rechtsmedizin Münster) eingeschaltet werden. Es besteht hier grundsätzlich auch die Möglichkeit, Fälle anonym zu besprechen.

Ob und inwieweit eine Dokumentation für gerichtliches Handeln ausreicht, kann letztlich nur im Einzelfall entschieden werden.

## Arbeitskreis „Häusliche Gewalt in der Pflege“

Dieser Informationsflyer ist entwickelt worden im Zusammenhang mit dem Arbeitskreis „Häusliche Gewalt in der Pflege“.

In diesem vom Kreis Minden-Lübbecke koordinierten Arbeitskreis wirken seit Anfang 2008 Fachleute aus Verwaltung, ambulanten Pflegediensten, frauenunterstützenden Einrichtungen, von Pflegeberatungsstellen, Wohlfahrtsverbänden, Pflegekassen, Betreuung, Polizei, Telefonseelsorge und anderen wichtigen Einrichtungen zusammen.

## Nähere Informationen erhalten Sie beim Kreis Minden-Lübbecke:

**Andrea Strulik**  
Gleichstellungsbeauftragte  
Telefon (05 71) 8 07-21 09  
E-Mail: a.strulik@minden-luebbecke.de

**Klaus Marschall**  
Sozialamt  
Koordinator für Behinderten- und  
Seniorenbelange  
Telefon (05 71) 8 07-22 87  
E-Mail: k.marschall@minden-luebbecke.de



gefördert durch: Ministerium für Gesundheit,  
Energie und Klimaschutz  
des Landes Nordrhein-Westfalen



Damit Pflege  
nicht zur Qual wird...



## Informationen

für Mitarbeiterinnen  
und Mitarbeiter  
ambulanter Pflegedienste



## Hintergrund

Etwa zwei Drittel aller pflegebedürftigen Menschen im Kreis Minden-Lübbecke werden zu Hause versorgt, meist von nahen Angehörigen.

Ohne darauf vorbereitet zu sein, übernehmen vor allem Ehefrauen, Töchter und Schwiegertöchter die häusliche Pflege und Betreuung, zunehmend aber auch Ehemänner und Söhne. Für wie lange, ist meist nicht absehbar.

Die große körperliche und seelische Nähe zwischen Pflegenden und Gepflegten kann zu Aggressionen führen, z. B., weil nicht verarbeitete Beziehungskonflikte aus vorherigen Jahren aufbrechen und Angehörige durch die Pflege und Betreuung insgesamt überlastet werden. Sie fühlen sich häufig alleingelassen damit, den Spagat zwischen den eigenen Bedürfnissen und den Anforderungen der häuslichen Pflege zu bewältigen. In der Folge kann auch Gewalt in ihren unterschiedlichsten Formen entstehen, z. B. durch Vernachlässigung, Beschimpfungen, Medikamentenmissbrauch, Freiheitsentzug. Dabei kann Gewalt sowohl von Angehörigen als auch von Pflegebedürftigen ausgeübt werden.

Da ambulante Pflegedienste häufig als erste neutrale Personen mit den Folgen von Überforderung und Gewalt konfrontiert werden, nehmen sie bei der Vorbeugung und der Vermittlung von Hilfe eine Schlüsselrolle ein.

Angeichts dieser Erkenntnis sollten ambulante Pflegedienste das Pflegeklima aufmerksam beobachten.

Kritische Pflegebeziehungen sollten innerhalb des Pflegedienstes ausführlich besprochen und die Angehörigen bzw. die Pflegebedürftigen behutsam auf Hilfe- und Beratungsmöglichkeiten hingewiesen werden.



## Hilfe- und Beratungsmöglichkeiten im Kreis Minden-Lübbecke

### Info-Zentren Pflege

Zentrale Pflegeberatungsstellen sind im Kreis Minden-Lübbecke die drei Info-Zentren Pflege:

Info-Zentrum Pflege  
32549 Bad Oeynhausen  
Telefon (05731) 14 45 50

Info-Zentrum Pflege  
32339 Espelkamp  
Telefon (05772) 93 56 50

Info-Zentrum Pflege  
32423 Minden  
Telefon (0571) 2 67 92

Internet: [www.infozentrum-pflege.de](http://www.infozentrum-pflege.de)

### Frauenberatungsstellen

Im Kreis Minden-Lübbecke gibt es zwei Frauenberatungsstellen, die u. a. auf das Thema „Gewalt“ spezialisiert sind:

AWO-Frauenberatungsstelle  
32423 Minden  
Telefon (0571) 38 86 156  
E-Mail: [frauenberatung@awo-minden.de](mailto:frauenberatung@awo-minden.de)

Frauenberatungsstelle "Hexenhaus"  
32339 Espelkamp  
Telefon (05772) 97 37 10  
E-Mail: [frauenberatung@hexenhaus-espelkamp.de](mailto:frauenberatung@hexenhaus-espelkamp.de)



### TelefonSeelsorge Ostwestfalen

Pflegebedürftige und pflegende Angehörige können Konflikte und Probleme in der häuslichen Pflege auch in Gesprächen mit der TelefonSeelsorge Ostwestfalen besprechen. Durch diese telefonische Begleitung sollen schwierige Pflegesituationen entspannt und insbesondere Pflegende emotional unterstützt werden. Eine Pflegeberatung erfolgt nicht.

Die TelefonSeelsorge Ostwestfalen ist rund um die Uhr, 24 Stunden, an jedem Tag, das ganze Jahr über mit speziell zu dieser Thematik geschulten ehrenamtlichen MitarbeiterInnen besetzt.

Telefon kostenlos:  
(0800) 111 0 111 oder (0800) 111 0 222

### Opferschutz

Beim Verdacht bzw. im Vorfeld einer Straftat und bei Gefahrenabwehr ist der Opferschutz der Polizei zuständig. Hier besteht auch die Möglichkeit, Einzelfälle anonym zu besprechen.

Kommissariat Kriminalitätsvorbeugung/  
Opferschutz  
32425 Minden  
Telefon (0571) 8866-5700  
E-Mail: [gunda.evers@polizei.nrw.de](mailto:gunda.evers@polizei.nrw.de)

## Was können Angehörige/ ein Verband wie der BApK tun?

- **Offener Umgang mit dem Thema innerhalb des Verbandes. Sich dem Sachverhalt stellen, dass es zu Gewalt innerhalb von Familien kommt.**
- **Entideologisierung des Themas Gewalt – weg von der Schuldfrage.**
- **Forschung nutzen, um objektivierende Daten zu gewinnen. Hierbei überhaupt den Blick auf die gesamte Familie richten, nicht nur auf den Erkrankten in der Familie.**
- **Entwicklung aufklärender präventiver Strategien: wie können Familien mit eskalierenden Situationen umgehen?**
  - **Welche Provokationsfaktoren gibt es?**
  - **Spezielle Beratung anbieten**
  - 
  - 
  -

## Was können Angehörige tun ...

- Häufigere Fortbildungsangebote zum Umgang mit aggressiven Vorfällen im familiären Bereich anbieten.
- Flyer, Broschüre, Kampagnen zum Thema entwickeln, die sich an die Familien wenden.
- Experten wie Tilman Steinert einladen.
- Forschung nutzen, um objektivierende Daten zu gewinnen. Den Blick auf die ganze Familie richten, nicht nur auf den Erkrankten, und sein Verhalten.
- Prüfen, was die DGPPN-Praxisleitlinie „Aggressives Verhalten“ empfiehlt.

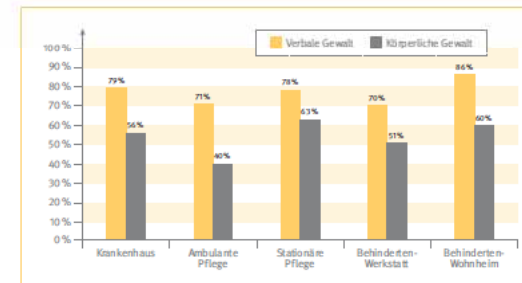


## Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen



FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN

## Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen, BGW Hamburg 2007



Anteil der Personen, die innerhalb eines Jahres Opfer verbaler und körperlicher Gewalt wurden, in verschiedenen Pflege- und Betreuungsberufen. Quelle: Zeh et al., „Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick“, 2009.

# DGPPN S2-Praxisleitlinie (Kurzfassung) Aggressives Verhalten

## 6.6 Die Sicht von Psychose-erfahrenen Menschen und deren Angehörigen

### Good Clinical Practice

Aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen und ihrer Familien läge der bedeutendste Beitrag zur Reduzierung von Gewalt und Aggression in der flächendeckenden Sicherstellung der hier beschriebenen Funktion einer niederschweligen, aufsuchend-ambulanten „Einmischung“ in Situationen unterhalb der Krisenschwelle.

### Good Clinical Practice

Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige begrüßen alle Initiativen und Maßnahmen, die der Entstehung eines Milieus dienen, in dem Patienten weniger geneigt sind, ihre Bedürfnisse bzw. ihre Empfindungen über aggressives Verhalten auszudrücken. Anti-Aggressions- und Deeskalationstrainings sind ein Teil solcher Maßnahmen. Trialogisch besetzte Qualitätszirkel, die sich die Entwicklung aggressionsvermeidender Milieus vornehmen, sind besonders zu empfehlen.

# Klinische Dokumentation „Aggressive Vorfälle“

## SOAS-R

## Staff Observation Aggression Scale - Revised

Patienten-Initialen: _____	Station: _____
Fallnummer: _____	Ereignis Nummer: _____
Andere Aggressor, nämlich: _____	Datum Vorfall: _____
Ausgefüllt von: _____	Uhrzeit Vorfall: _____

Dieses Formular soll durch Mitarbeiter ausgefüllt werden, die Zeuge oder Opfer von aggressivem Verhalten gewesen sind. Dabei wird aggressives Verhalten wie folgt definiert: **Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder physischem Verhalten, welches für den Patienten/die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder physisches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind** (nach Morrison, 1990). Bei einem Aggressionsereignis folgendes ausfüllen: Initialen und Fallnummer des Patienten, Datum und Tageszeit (Beginn des Aggressionsereignisses). Bitte in jeder Spalte mindestens eine Angabe ankreuzen (Mehrfachnennungen pro Spalte sind möglich).

1. Provokation	2. Benutzte Mittel	3. Ziel der Aggression	4. Konsequenz(en) Opfer	5. Interventionen zur Beendigung
Kein nachvollziehbarer Anlass <input type="checkbox"/>	Verbale Aggression <input type="checkbox"/>	Nichts/Niemand <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>
<b>AUSGELÖST DURCH</b>	<b>GEWÖHNLICHE GEGENSTÄNDE</b>	Gegenstände <input type="checkbox"/>	<b>GEGENSTÄNDE</b>	Gespräch mit Patient/verbale Interventionen <input type="checkbox"/>
Andere Patient(en) <input type="checkbox"/>	Stuhl <input type="checkbox"/>	Andere Patient(en) <input type="checkbox"/>	Beschädigt, Ersatz nicht notwendig <input type="checkbox"/>	Patient ruhig wegbegleitet <input type="checkbox"/>
(Hilfe bei) pflegerischen Tätigkeiten (ATL) <input type="checkbox"/>	Glas/Porzellan <input type="checkbox"/>	Patient selbst <input type="checkbox"/>	Beschädigt, Ersatz notwendig <input type="checkbox"/>	Orale Medikation <input type="checkbox"/>
Patient wurde etwas verwehrt <input type="checkbox"/>	Andere, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>	Mitarbeiter <input type="checkbox"/>	<b>PERSONEN</b>	Unter Kräfteinsatz festgehalten <input type="checkbox"/>
Personal verlangt Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>	<b>KÖRPERTEILE</b>	Andere Personen, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>	Geftühl der Bedrohung <input type="checkbox"/>	In Zimmer geschickt <input type="checkbox"/>
Andere Anlässe, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>	Hände (z.B. Schlagen, Stoßen) <input type="checkbox"/>		Schmerz < 10 Min. <input type="checkbox"/>	Isolierung/ Separierung <input type="checkbox"/>
	Füße (z.B. Treten) <input type="checkbox"/>		Schmerz > 10 Min. <input type="checkbox"/>	Fixierung <input type="checkbox"/>
	Zähne (Beißen) <input type="checkbox"/>		Sichere Verletzung <input type="checkbox"/>	Andere Maßnahmen, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>
	Andere, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>		Behandlung notwendig <input type="checkbox"/>	
	<b>GEFÄHRLICHE GEGENSTÄNDE/ METHODEN</b>		Behandlung durch Arzt notwendig <input type="checkbox"/>	
	Messer <input type="checkbox"/>		Anders, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>	
	Würgen <input type="checkbox"/>			
	Andere, und zwar: _____ <input type="checkbox"/>			

© 2005. Boom test uitgevers, Amsterdam  
 © 2005. H. Nijman & T. Palmstierna. Derived from: Nijman, Palmstierna et al. (1999). Aggressive Behavior, 25, 197-209. Original SOAS: Palmstierna & Witsch (1987). Thanks to R. Ketselaar for help with the German translation.  
 A license to use SOAS-R forms should be obtained from Boom test uitgevers in Amsterdam, e-mail: info@boomtestuitgevers.nl.  
 A SOAS-R software program is available from IGCN Automatisering, Houten, the Netherlands. IGCN has the exclusive right to produce SOAS-R software ©. For more information: info@igen.nl or visit www.igen.nl

# Häusliche Dokumentation „Aggressive Vorfälle“

1. Provokation	2. Benutze Mittel	3. Ziel der Aggression	4. Konsequenz(en) Opfer	5. Intervention(en) zur Beendigung
Kein nachvollziehbarer Anlass <input type="checkbox"/>	Verbale Aggression <input type="checkbox"/>	Nichts/Niemand <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>	Keine <input type="checkbox"/>
<b>AUSGELÖST DURCH</b>	<b>GEWÖHNLICHE GEGENSTÄNDE</b>	Gegenstände <input type="checkbox"/>	<b>GEGENSTÄNDE</b>	Gespräch mit Angehörigem/verbale Interventionen
Konflikt mit Angehörigen <input type="checkbox"/>	Stuhl <input type="checkbox"/>	Andere Familienmitglieder <input type="checkbox"/>	Beschädigt, Ersatz nicht notwendig <input type="checkbox"/>	Von Angehörigen weg begleitet <input type="checkbox"/>
Alltägliche Vorgänge im Haushalt <input type="checkbox"/>	Glas/Porzellan <input type="checkbox"/>	Patient selbst <input type="checkbox"/>	Beschädigt, Ersatz notwendig <input type="checkbox"/>	Orale Bedarfsmedikation <input type="checkbox"/>
Betroffenem wurde etwas verwehrt <input type="checkbox"/>	Andere, und zwar <input type="checkbox"/>	Andere Personen wie Besucher <input type="checkbox"/>	<b>PERSONEN</b>	Unter Kräfteeinsatz festgehalten <input type="checkbox"/>
Anlass Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/>	<b>KÖRPERTEILE</b>	Andere Personen, und zwar <input type="checkbox"/>	Gefühl der Bedrohung <input type="checkbox"/>	In Zimmer geschickt <input type="checkbox"/>
Andere Anlässe, und zwar: <input type="checkbox"/>	Hände (Schlagen, Stoßen) <input type="checkbox"/>		Schmerz < 10 Min. <input type="checkbox"/>	Andere Maßnahmen, und zwar: ..... <input type="checkbox"/>
	Füße (z.B. Treten) <input type="checkbox"/>		Schmerz > 10 min. <input type="checkbox"/>	<b>Wurde externe Hilfe geholt?</b>
	Zähne (Beißen) <input type="checkbox"/>		Sichtbare Verletzung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> War nicht erforderlich
	Andere und zwar: ..... <input type="checkbox"/>		Behandlung durch Arzt notwendig <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sozialpsych. Dienst
	<b>GEFÄHRLICHE GEGENSTÄNDE/METHODEN</b>		Andere, und zwar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Krisendienst/
Tätliche Person: Alter in Jahren: _____ Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Messer <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Feuerwehr, Polizei
	Würgen <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> sonstige:.....
	Anderes und zwar: ..... <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Durch Familie in Klinik gebracht. Wenn ja, In Klinik erfolgte:
				<input type="checkbox"/> keine Zwangsmaßnah.
				<input type="checkbox"/> Zwangsmedikation
				<input type="checkbox"/> Isolierung
				<input type="checkbox"/> Fixierung
				<input type="checkbox"/> unbekannt

# Zusammenfassende Thesen

- Erhebliche Schiefelage der Forschung über Häufigkeit, Schwere, Anlässe von Gewalt/ Aggressivität / Atmosphäre bei seelischen Krisen. Schwerpunkt auf den klinischen Bereich und Vernachlässigung der häuslichen Situation.
- Angehörige werden im Prinzip in kritischen Situationen alleingelassen. Eingreifende Maßnahmen setzen erst ein, wenn es zu spät ist.
- Angehörige haben anders als z.B. Kliniken kein förmliches Instrumentarium um mit eskalierenden Situationen umzugehen. Sie verfügen aber über ein großes informelles Wissen im Umgang mit angespannten Situationen.
- Mehr gemeinsame Aufmerksamkeit für das Thema „Prävention und Umgang mit Gewalt“ in Familien mit einem Erkrankten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[zechert@versanet.de](mailto:zechert@versanet.de)

Christian Zechert  
Hohenzollernstr. 50  
33617 Bielefeld