

„Prävention von Psychischen Belastungen“

dargestellt an Fallbeispielen aus der betriebsärztlichen Praxis

Im letzten Heft haben wir unsere Serie von Fallbeispielen aus der Praxis begonnen. An diesen Beispielen, die der Alltagswirklichkeit entstammen und nicht gerade „Best Practice-Beispiele“ sind, soll innerbetriebliche Prävention als Handlungsfeld verschiedener Akteure gezeigt werden: Arbeitgeber, Betriebsrat, Beschäftigte und innerbetriebliche Experten wie die Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte.

Im letzten Fallbeispiel der Renovierung einer Patientenaufnahme wurden Gefährdungsbeurteilungen, Unterweisungen und Begehungen als Instrumente der Primärprävention beleuchtet.

In dem nun dargestellten Fallbeispiel eines Patientenübergreifendes gehen wir einen Schritt weiter und betonen die sekundäre Prävention als Maßnahmenkatalog zur Frühintervention und Krankheitsvermeidung.

Fallbeispiel 2: Patientenübergreif – wie es nicht sein sollte:

Die Stationsleiterin der Notaufnahme kommt in die Sprechstunde der Betriebsärztin. Sie macht sich Sorgen um einen ihrer Mitarbeiter, der sich in der letzten Zeit verändert hat. Er wirkt verschlossen und bedrückt. Gegenüber den Patienten verhält er sich zwar korrekt, wirkt dabei aber neuerdings recht interesselos, ja geradezu abweisend. Allen Kolleginnen ist sein seit einigen Wochen verändertes Verhalten aufgefallen. In einer Teamsitzung haben sie ihn darauf angesprochen. Nach einem Vorfall in der Notaufnahme habe er keine Lust mehr zur Arbeit. Die Betriebsärztin verabredet mit dem betroffenen Pfleger ein Gespräch. Krankenpfleger Michael arbeitet seit 15 Jahren in der Klinik, seit 6 Jahren ist er in der Notaufnahmestation eingesetzt.

Bisher hat ihm die Arbeit Spaß gemacht, Krankenpfleger war immer sein Berufsziel, Fortbildungen hat er regelmäßig und motiviert besucht.

Die Arbeit in der Notaufnahme fand er bisher abwechslungsreich und anspruchsvoll. Gelegentliche Reibereien und Wortgefechte mit den manchmal schwierigen Notfallpatienten gehören zum Alltag der Station und haben ihn bisher nicht belastet. Häufig werden vom Rettungsdienst Alkoholisierte oder verwirrte Patienten gebracht. Auch die Angehörigen sind manchmal recht angespannt und schwierig. Damit kam er eigentlich immer gut zurecht.

Aber nach einem Vorfall, der sich vor vier Wochen abspielte, spürte er, dass „das Maß nun einfach voll“ war. Seine Gedanken kreisen auch zuhause um diesen Vorfall und ähnliche Übergriffe, die er vorher besser toleriert und eigentlich vergessen hatte, tauchen aus der Erinnerung ebenfalls wieder bedrückend auf. Er schildert das Ereignis:

An einem Samstagabend wurde ein Patient vom Rettungsdienst aus einer Kneipe in die Notaufnahme gebracht, da er über „Herzschmerzen“ klagte. Er war stark alkoholisiert und wurde in ein Bett der Notaufnahme gelegt. Der Arzt legte eine Infusion an und verordnete strikte Bettruhe, bis der Verdacht auf einen Herzinfarkt ausgeschlossen werden könnte. Michael hatte schon Schwierigkeiten bei dem unruhigen und uneinsichtigen Patienten ein EKG abzuleiten. Kurz darauf wollte er zur Toilette, er hatte ja reichlich Bier getrunken. Michael verwehrte ihm das und wies auf die Anordnung des Arztes hin. Er gab ihm eine Urinflasche. Es kam zu einem heftigen Wortgefecht zwischen den beiden. Eine im gleichen Zimmer liegende Mitpatientin verließ fluchtartig den Raum. Die Urinflasche war bald gefüllt der Patient machte sich nun auf den Weg



Dr. Ulrike Hein-Rusinek
Fachärztin
für Innere Medizin,
Betriebsmedizin
und Notfallmedizin.
Mitglied im Düsseldorf-
er Bündnis gegen
Depressionen e. V.

zur Toilette. Michael wollte ihn daran hindern, bei dem Gerangel riss die Infusion heraus, Blut verspritzte im Raum. Der Patient schüttete die Urinflasche über mehrere Geräte, warf den Nachttisch um und bedrängte Michael nun tätlich. Michael rief um Hilfe. Zwei Ärzte im benachbarten Stationszimmer leisteten keine Hilfe, sondern verließen schnell den Raum. Durch ein Glasfenster zum Flur wurden draußen stehende Patienten und Angehörige Zeugen des Vorganges, leisteten aber keine Hilfe, sondern verfolgten das ganze lachend wie Zuschauer eines Spektakels. Erst eine Krankenschwester, die zur Dienstablöse erschien, eine Praktikantin und schließlich eine zufällig vorbeikommende junge Ärztin konnten den nun am Boden liegenden Michael von dem aggressiv zuschlagenden Patienten befreien. Erst nach Injektion eines Beruhigungsmittels ließ sich der Patient beruhigen. Michael war bespritzt mit Blut und Urin, er hatte zum Glück nur Rippenprellungen davongetragen. Da tauchten die beiden Ärzte wieder auf und meinten als einziges zum Pflegepersonal, sie sollten jetzt aber mal aufräumen und sauber machen! Michael hat, nachdem er sich geduscht und die Kleidung gewechselt hatte, seinen Dienst die ganze Nacht fortgesetzt, merkte aber schon, dass er „wie in Trance“ arbeitet, am nächsten Tag fühlte er sich völlig kaputt. Seitdem geht er nicht mehr gerne zur Arbeit, er muss sich überwinden, morgens früh aufzustehen und dann zu Ärzten und Patienten weiterhin korrekt und freundlich zu sein. Er mache jetzt nur noch „Dienst nach Vorschrift“. Bei

der Arbeit, die ihm früher großen Spaß gemacht habe, fühle er sich innerlich „kalt und leer“.

Was ist alles schief gelaufen?

Analysieren wir den Vorfall mit Blick auf unser Präventionskonzept:

Maßnahmen der primären Prävention, dem Vorbeugen und vorausschauenden Verhindern von psychischen Belastungen, sind in dieser Notaufnahme nicht konsequent umgesetzt worden.

- Bauliche Planung und Ausstattung
- Organisation von Betriebsabläufen und vertrauensvolle Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen
- Schulung des Personals

Sekundäre Präventionsmaßnahmen, also Frühintervention um Krankheitsentstehung zu verhindern, sind nur ansatzweise vorhanden.

- Freistellung von der Arbeit
- Nachsorge: Vorgesetztengespräche, Psychologische Ersthelfer
- Etablierung eines Meldesystems
- Nachsorgeservice beim Betriebsärztliche Dienst
- Möglichkeit weiterer professioneller Hilfe wie psychotherapeutischer Unterstützung, Kostenübernahme über den Unfallversicherungsträger

Bauliche Planung und Ausstattung der Aufnahmestation weisen Mängel auf. Die notwendige räumliche Abschirmung der Primärversorgung ist nicht gegeben. Eine andere Patientin verfolgt im selben Raum die Vorgänge, durch ein zum Flur offenes Fenster werden Außenstehende Zeugen des Geschehens. Das führt eher zu Eskalation von Gewalt statt zu mehr Sicherheit. Der betroffene Patient fühlt sich in seiner Integrität und Intimsphäre bedrängt, am Ende geht es dem Pfleger Michael genauso. Die unfreiwilligen Zeugen leisten keine Hilfe, sie nehmen nur neugierig am Spektakel teil. Ein am Körper zu tragender Notfallknopf wäre notwendig gewesen, er hätte professionelle Hilfe heranzurufen müssen.

Hausaufgabe also für innerbetriebliche Akteure: Schon bei der Bauplanung ist an die spätere Bestimmung der Räume

zu denken und sie sind entsprechend zu gestalten und einzurichten. Betriebsrat und Betriebsarzt sollten in die Bauplanung rechtzeitig eingebunden werden. Bei Gefährdungsbeurteilungen und späteren Begehungen sind psychische Belastungen der Arbeitsplätze zu beachten.

Organisation und Kooperation

Eine gute Organisation von Betriebsabläufen und vertrauensvolle Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen sind gerade in Notaufnahmen ein unerlässliches Qualitätsmerkmal. Die Verordnung von Bettruhe und Gebrauch einer Urinflasche - und das noch im Zimmer mit fremden Mitpatienten, sind Regelungen, die auch bei verständigen Menschen auf größte Akzeptanzprobleme

den. Ein Grundproblem des beschriebenen Übergriffes ist die mangelnde Kooperation, ja schon Solidarität der Berufsgruppen. So hat der betroffene Pfleger Michael es erlebt: Ärzte erteilen fragwürdige Anordnungen, in der Übergriffssituation schauen sie weg, anstatt Hilfe zu leisten und fordern ihn am Ende auf, sauber zu machen.

Bei der Lösung dieser Probleme, die auf eine tiefe Vertrauenskrise hinweisen, kann der Betriebsarzt nur beraten, der Betriebsrat ist gefordert, den Betriebsfrieden zu sichern. Wege zur Lösung können nur die Beschäftigten vor Ort finden, die gemeinsam mit ihren Vorgesetzten und letztendlich dem Arbeitgeber die Initiative ergreifen müssen. Der Weg kann über Supervision, Coaching und Qualitätsmanagementprozessen führen.



Verbale Gewalt am Arbeitsplatz Krankenhaus, Zeichnung einer Schülerin, Krankenpflegeschule Mittelkurs 07/2010 im Rahmen der Projektarbeit „Gewaltprävention“

stoßen können. Erst recht bei einem schon aggressiven Alkoholisierten. Solche Vorschriften müssen ständig auf ihren Sinn hin reflektiert werden, ggf. sehr professionell kommuniziert werden. Das bedeutet, dass die Berufsgruppe der Ärzte die Einhaltung fragwürdiger Regeln nicht auf Pflegekräfte abschieben darf. Pflegekräfte und auch Ärzte sollten sich auf vorher festgesetzte Regeln – also betriebsinterne Verfahrensanleitungen verlassen können, die im Vorfeld von allen beteiligten Berufsgruppen sachlich festgelegt worden sind und nicht im Notfall ausprobiert wer-

Professionelle Deeskalation

Schulung des Personals, um professionell mit Deeskalation umgehen zu lernen, scheint dringend erforderlich. Entsprechende Seminare hätten den betroffenen Beschäftigten die oben beschriebenen Mängel vielleicht früher vor Augen führen können. Sie sind ein wichtiger Weg zu mehr Professionalisierung und damit Qualität der Arbeit. Bei Planung von innerbetrieblichen Fortbildungsmaßnahmen hat der Betriebsrat ein Mitsprache- und Initiativrecht.

Sekundäre Prävention findet zum Glück statt, aber bisher völlig individuell und damit unstrukturiert. Der Stationsleitung fällt der Zustand ihres Mitarbeiters auf, sie kommt in die Sprechstunde des Betriebsarztes. Der Betriebsarzt verabredet Gesprächstermine mit Michael, er prüft, ob weitere Maßnahmen, wie psychotherapeutische Gespräche notwendig sind. Er trifft sich mit den anderen Stationsmitarbeitern, um die Erlebnisse gemeinsam aufzuarbeiten. Was fehlt ist eine im Betrieb etablierte Leitlinie, nennen wir sie ruhig mal Leitlinie Übergriffsmanagement. Was müsste in dieser Leitlinie stehen?

- Sofortige Freistellung nach dem Übergriff. Der Betroffene muss möglichst rasch aus dem traumatisierenden Umfeld herausgebracht werden. Möglichst sollte er von einem Kollegen nach Hause in die Obhut eines Angehörigen begleitet werden. Das muss betriebsintern im Vorfeld geklärt werden.
- Meldung an den Vorgesetzten, der nachbereitende Gespräche führt. Voraussetzung dafür ist eine entsprechende Schulung der Vorgesetzten, entsprechende Module sollten in die Vorgesetztenqualifizierungen implementiert werden.
- Meldung des Übergriffes an die Unfallversicherung des Betriebes als Arbeitsunfall.
- Eine „Kollegiale Nachsorge“ sollte im Betrieb in gefährdeten Bereichen etabliert sein. Dafür gibt es keine allgemein gültigen Rezepte. Damit ist kein aufdringliches Gesprächsangebot gemeint, was den Verarbeitungsprozess bei dem Betroffenen oft eher behindert, sondern ein freiwilliges Angebot, was dem Betroffenen rücksichtsvoll und sensibel aber auch selbstverständlich in bestimmten Zeitabständen nach Übergriffen angeboten werden sollte. Es geht um kollegialen Beistand und Solidarität und nicht um Ursachenklärung für Übergriffe oder gar Diagnosestellung. Eine direkte Kontaktaufnahme von Kollege zu Kollege hat sich bei Verkehrsbetrieben, Psychiatrischen Kli-

Gewalttätige Übergriffe haben einen erheblichen Anteil an den Arbeitsunfällen im Gesundheitsdienst. Diese können nicht nur zu körperlichen Verletzungen, sondern auch zu gravierenden psychischen Folgen führen, die die Gesundheit, Lebensqualität und Persönlichkeit der Betroffenen über lange Zeit beeinträchtigen und hohe Behandlungskosten sowie Ausfallzeiten verursachen. Auf der DVD „Risiko Übergriff - Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst“ geht es um die Frage, warum es in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes zu Übergriffen kommt, und wie man ihnen präventiv begegnen kann.

In einer übersichtlichen, interaktiven Menüstruktur finden Sie vielfältige Handlungshilfen sowie umfangreiches Informationsmaterial zu den verschiedenen Themenbereichen. Die DVD soll auch ein Appell sein, dem Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst stärkere Beachtung zu schenken und die Beschäftigten durch regelmäßige Schulungen und Fortbildungen auf die Gefährdungen durch Übergriffe von Patienten und Heimbewohner vorzubereiten. Die DVD kann bei der Unfallkasse NRW bestellt werden. □



niken und anderen Einrichtungen, die solche Leitlinien bereits entwickelt haben, bewährt.

- In das Meldesystem sollte auch der Betriebsrat und Betriebsarzt eingebunden werden, um mögliche Schwachstellen und besonders gefährdete Betriebsteile zu erkennen und Gefährdungsbeurteilungen und eventuelle Maßnahmen anzupassen.
- Gespräch und Untersuchung in der Sprechstunde des Betriebsärztlichen Dienstes sollte sich im Bedarfsfall anschließen, dabei geht es dann darum, eventuell notwendige psychotherapeutische Betreuung rechtzeitig in die Wege zu leiten und die dafür mögliche Kostenübernahme durch den zuständigen Unfallversicherungsträger zu beantragen. In der Regel werden bis zu fünf Stunden sogenannte probatorische Psychotherapie gewährt, in denen weiterer Therapiebedarf vom Facharzt abgeschätzt werden kann.

Gewaltprävention im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Wir sehen, in unserem Beispiel wurde die Prävention und damit die Maßnahmenkaskade vom Ende aus aufgerollt! Erst das Gespräch bei der Betriebsärztin lässt die Versäumnisse erkennen und zeigt, wie notwendig strukturierte Handlungsanweisungen wie eine Leitli-

nie Übergriff in solch gefährdeten Arbeitsbereichen sind. Alle innerbetrieblichen Akteure sind gefordert und stehen vor großen Aufgaben:

Der Arbeitgeber hat die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen. „Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen.“ Den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen.“ (ArbSchgesetz § 4.2 und 7)

Der Beschäftigte hat als Experte in eigener Sache selbst auch die Pflicht initiativ zu werden und auf entsprechende Gefährdungen hinzuweisen. In Kooperation mit anderen Kollegen auf die Abstellung von Gefahren hinzuwirken. Dabei ist der Betriebsrat als Interessenvertretung natürlich besonders gefordert, von seinem Initiativrecht und Kontrollrecht Gebrauch zu machen.

Vorgesetzte und Kollegen stehen in der Verantwortung der möglichst individuellen und sensiblen Nachsorge für den betroffenen Kollegen.

Der Betriebsarzt oder die Betriebsärztin können die medizinische Betreuung übernehmen und ggf. steuern, indem sie Kontakte zu anderen Fachärzten und zur Unfallversicherung bahnen. Im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements können sie als interne Experten durch ihre Beratung dazu beitragen, dass notwendige Leitlinien und Maßnahmen rechtzeitig geplant werden. □