

Was tun, wenn der Patient aggressiv wird?

Übergriffe auf Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Pflegende und Rettungskräfte, deren Beruf und Berufung die Hilfeleistung für Mitmenschen ist, sind auch in Deutschland in den vergangenen Monaten zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt.

von Bülent Erdogan



Foto: pressmaster/Fotolia.com

„**S**ie sind eine Lügnerin!“, schreit die Patientin die Ärztin im Bereitschaftsdienst an. Sie hat schon lange, für ihr Empfinden viel zu lange gewartet, ehe sie endlich an der Reihe ist – und doch noch weitere Minuten warten muss, weil ein anderer Patient just in dem Moment kollabiert. Für die Patientin und den sie begleitenden Sohn ist das zu viel, der Frust über den aus ihrer Sicht unbefriedigenden Arztbesuch muss heraus. Zum Glück bleibt es bei einigen „Beweisfotos“, wüsten Schimpftiraden und der Androhung, sich an die Ärztekammer und an die Presse zu wenden. „Das habe ich in dieser Form noch nicht erlebt. Ich habe das schon als sehr, sehr unangenehm empfunden“, berichtet die Ärztin auf der Veranstaltung „Tatort Klinik und Praxis“ im Haus der Ärzteschaft über ihre Motivation, am Seminar teilzunehmen. Mit ihr sind an einem Freitag im September etwa 30 weitere Ärztinnen und Ärzte, Medizinische Fachangestellte und Praxismanagerinnen, ein Psychotherapeut und ein Arbeitsmediziner ins Haus der Ärzteschaft nach Düsseldorf gekommen, um sich in der Prävention von Gewaltsituationen und den Umgang mit ausfälligen, aggressiven und bedrohlichen Patienten fortzubilden.

Häufige Gründe für Aggressionen

Ein frustrierter Angehöriger im Bereitschaftsdienst, eine unerwartete Eskalation trotz eigentlich positiver medizinischer Prognose, krankheits- oder alkoholbedingte Aggressionen: Laut einer im Jahr 2015 im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichten Studie gaben 91 Prozent der befragten Hausärzten an, schon einmal aggressivem Verhalten eines Patienten ausgesetzt gewesen zu sein, über „schwerwiegende Aggressionen“ berichteten 23 Prozent. Insgesamt waren für die bundesweite Zufallsstichprobe 1.500 Allgemeinmediziner angeschrieben worden, 831 Fragebögen konnten seinerzeit ausgewertet werden. „In ihren Praxisräumen fühlt sich die überwiegende Mehrheit der Antwortenden sicher. Bei Hausbesuchen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes ist dies jedoch bei 66 % der Ärztinnen und 34 % der Ärzte nicht der Fall“, heißt es in der Publikation (*Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K: Aggression and violence against primary care physicians - a nationwide questionnaire survey. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 159–65. DOI: 10.3238/arztebl.2015.0159*). In den vergangenen Jahren wurden Ärzte auch Opfer tödlicher Angriffe von Patienten, so in Berlin im Sommer 2016, in Saarbrücken im Frühjahr 2015 oder in Weilerbach/Pfalz im März 2012.

Geleitet wird das Seminar der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, das erste der Akademie zu diesem Themenkomplex überhaupt, von der Berliner Ärztin, Beraterin und Auditorin Sigrid Rybka. „Häufigste Ursachen für aggressives Verhalten sind Störungen in der Kommunikation („Der Arzt versteht mich einfach nicht!“), die Selbstkontrolle und Selbstregulation beeinflussende Erkrankungen wie akute Psychosen, der Einfluss von Medikamenten oder von

Alkohol, bei dem zum Beispiel ein Blick oder ein nicht ernst gemeinter Spruch als ‚Angriff‘ fehlinterpretiert wird“, sagt die Ärztin. Als weitere Auslöser für Aggressionen nennt sie Stress (Angst, Schmerzen, fremde Umgebung, gefühlte Bedrohung), Wahrnehmungsstörungen, Sprachstörungen oder interkulturelle Missverständnisse. Laut Experten kann unter geflüchteten Menschen als Patienten bei einem nicht unerheblichen Prozentsatz von traumatischen Erfahrungen ausgegangen werden,



*„Körperliche Interventions-
techniken sind immer das letzte
Mittel der Krisenintervention,
wenn Flucht, Ausweichen oder
Immobilisation des Patienten
nicht mehr möglich sind.“*

Sigrid Rybka, Ärztin und Auditorin

Foto: privat

die Auswirkungen auf die Begegnung haben können. Erscheinungsformen von Aggression und Gewalt sind laut Rybka unhöfliches Verhalten und mangelnder Respekt, verbale Gewalt mit der Absicht, das Gegenüber einzuschüchtern, und körperliche Gewalt, auch von Dritten, mit der Absicht, jemanden zu schädigen.

Jeder Patient habe zunächst einmal das Recht, dass man ihm professionell begegne, „auch der aggressive Patient“, so Rybka. Damit der Arzt im Bilde ist, mit wem er es gleich zu tun hat, empfiehlt Rybka, noch vor dem Kontakt einen Blick in die Patientenakte und auf den dort im Idealfall vermerkten Grund für den heutigen Besuch zu werfen. Für Rybka ist diese Vorab-Info wichtiger Teil des Risikomanagements, welches schon am Empfang durch die MFA beginnen sollte.

Die eine Seite der Medaille ist also der Patient selbst. Auf der anderen Seite stellt sich ihm eine medizinische Infrastruktur dar, auf deren Ausgestaltung er selbst keinen Einfluss hatte. Das können zum Beispiel lange Wartezeiten, der hektische Betrieb in einer Klinik oder starre Abläufe oder ausgeschöpfte Budgets bei Arzneimitteln und Heil- und Hilfsmitteln sein. „Ich sehe immer wieder“, sagt Rybka im Gespräch mit dem **RA**, „dass Konflikte und Aggressionen aus dem Organisationsmanagement resultieren. Da hat der Patient vielleicht schon sehr lange auf den Termin gewartet. Und dann muss er noch einmal im Wartezimmer ausharren.“ Würden die Erwartungen, die der Patient in den Arztbesuch setzt, dann noch enttäuscht, könne dies in Aggression umschlagen. Rybka: „Da wir die Patienten und Angehörigen nur bedingt beeinflussen können, sollten wir unser Augenmerk stärker als bislang auf das Organisationsmanagement legen.“

Eine Option kann sein, Termine für schwierige Gespräche (siehe auch **RA** 11/2012, Seite 12f: „Das schwierige Patientengespräch“) oder Patienten in die Randzeiten der Sprechstunde zu legen – oder Patienten, die eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigen, zu bitten, nachmittags zu kommen, statt sie morgens den kom-

pletten Terminbetrieb in Bedrängnis bringen oder stundenlang warten zu lassen. Voraussetzung ist, dass auch Patienten am Sprechstundenschluss dieselbe empathische Wertschätzung entgegengebracht wird wie jenen, die vormittags in die Praxis kommen, berichtet Rybka.

Auch die freundliche, aber bestimmte Kommunikation klarer Regeln könne helfen (zum Beispiel per Aushang: „Die Entscheidung, wer wann an der Reihe ist, trifft unser medizinisches Fachpersonal. Wir bitten Sie um Akzeptanz dieser Entscheidungen“). Ein Hilfsmittel kann auch sein, auf der Rückwand des Tresens am Empfang kleine Spiegel anzubringen, damit sich die MFA beim Gespräch oder dem Telefonat mit dem Patienten immer mal wieder auch bildlich wahrnehmen kann. Rybka: „Wir wissen, dass ein Lächeln auch am Telefon an der Stimme wahrgenommen werden kann. Unsere eigene Stimmung wirkt sich auf die Kommunikation mit dem Patienten aus.“

Für Praxischefs stellt sich die Gewaltprävention als Aufgabe immer aus zweierlei Perspektive, einmal mit Blick auf den Eigenschutz und ein weiteres Mal mit Blick

Ruhig Blut bewahren: das CALM-Modell

In ihrem „Kursbuch ärztliche Kommunikation“ (seit 2016 in dritter, erweiterter Auflage erhältlich; Deutscher Ärzte-Verlag, Köln) stellen die Autoren Axel Schweickhardt und Kurt Fritzsche unter dem englischen Akronym CALM (Contact, Appoint, Look ahead, Make a decision) ein Stufenmodell zur Konfliktbewältigung mit Patienten vor.

- **Contact:** „Die Aufgabe des Arztes in der 1. Stufe ist es, trotz der Aggressionen oder Abwertungen des Patienten mit diesem in Kontakt zu bleiben.“ Dabei komme es wesentlich darauf an, sich nicht durch die Aggressionen anstecken zu lassen, sondern ruhig und sachlich zu bleiben. Gleich einer Welle müsse diese erste Aggression anlanden und auslaufen können. „Auf keinen Fall sollte sich der Arzt gegen sie stellen.“
- **Appoint:** Aufgabe ist es, die Emotionen des Patienten zu benennen und zum Beispiel zu sagen: „Ich sehe, dass Sie wütend sind“. In der Folge könne der Patient noch einmal aufbrausen. „Danach nimmt die Emotionalität deutlich ab.“ Ab diesem Zeitpunkt könne der Arzt die hinter

den Aggressionen liegenden Emotionen ansprechen. „Aus unverständlicher Wut wird angemessene Betroffenheit, hinter inadäquaten Forderungen kommen Ängste zum Vorschein.“ Wenn sich der Patient dennoch nicht auf diese Ebene der Kooperation einlässt, müsse nach einem gemeinsamen Nenner für die weitere Interaktion gesucht werden.

- **Look ahead:** Ist der Patient weiterhin aggressiv, sollte der Arzt dem Patienten verdeutlichen, dass beide eigentlich doch ein gemeinsames Ziel haben. „Dabei werden Grenzen aufgezeigt und Spielregeln benannt, nach der die Zusammenarbeit zu erfolgen hat. Es ist besonders wichtig, dass dies ohne Groll geschieht.“
- **Make a decision:** In dieser Phase bietet der Arzt einen ‚Vertrag‘ an, den der Patient annehmen oder ablehnen kann. Er kann auch anbieten, dass der Patient im Wartezimmer oder während eines kurzen Spaziergangs noch einmal über das Angebot nachdenkt. Es sollen aber keine weiteren Angebote folgen. „Der Arzt lässt sich auf dieser Ebene nicht mehr in Diskussionen verstricken.“

auf die Fürsorgeverpflichtung als Arbeitgeber nach § 618 BGB und Arbeitsschutzgesetz im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung. Besonderes Augenmerk ist auf die Gestaltung von Allein-Arbeitsplätzen zu legen.

Zum Streiten gehören immer zwei

Da zum Streiten immer zwei gehören, so Rybka, ist auch der Blick in den imaginären Spiegel angezeigt: „Wie begegne ich als Person und wie begegnet mein Praxispersonal eigentlich dem Patienten und wie nimmt dieser mich und uns wohl wahr?“ Eine offene Körperhaltung und zugewandte Kontaktaufnahme und -gestaltung gehören für sie zu einer wertschätzenden Kommunikation. Im gleichen Atemzug sollten Ärzte eine angemessene Distanz wahren und ihr Verhalten mit dem des Gegenübers rückkoppeln. Auch die Kleidung sollte angemessen sein, körperbetonte, bewegungseinschränkende und provozierende Kleidung sollten vermieden werden. Wichtig: „Körpersprache und Sprache müssen übereinstimmen“, sagt Rybka.

Nicht immer lässt sich eine Eskalation vermeiden, wie im Beispiel der Ärztin im Bereitschaftsdienst, die während ihres Dienstes allein war. Mittel einer verbalen Deeskalation können das Paraphrasieren der Botschaften des Patienten sein („Ich verstehe/sehe, dass...“), ernst gemeinte Empathie, Interesse am Gegenüber und Anerkenntnis der Situation, Verwenden von Ich-Botschaften („Ich glaube, dass...“). Wichtig sei, im Falle der Eskalation klare Signale auszusenden und Alternativen in petto zu haben, wenn es doch einmal brenzlicher wird. Rybka: „Sprechen Sie jedwede verbale oder körperliche Entgleisung an und stoppen Sie sie. Sichern Sie in unklaren Situationen den Rückzug und holen sich Hilfe herbei. Knien Sie zum Beispiel nicht vor dem Patienten oder lassen Sie beim Hausbesuch hinter sich nicht die Tür zuschließen.“ Außerdem sollten sich in der Reichweite von Patienten keine potenziell gefährlichen Gegenstände befinden. Das kann zum Beispiel dadurch sichergestellt werden, dass auf dem Tisch im Behandlungszimmer keine schweren Gegenstände stehen, sich der Arzt beim Hausbesuch zwischen Patient und Gegenstand positioniert oder, im Fall eines Messers oder einer Schere, seine Arzttasche darauf deponiert oder den Gegenstand verdeckt.

Rybka: „Körperliche Interventionstechniken sind immer das letzte Mittel der Krisenintervention, wenn Flucht oder Ausweichen oder die Immobilisierung des Patienten nicht mehr möglich sind.“ Denn auch wenn der Patient im Moment der Aggression eine Gefahr darstellt, handele es sich gleichwohl um einen „Schutzbefohlenen“, sagt Rybka beim Seminar.

Unangenehme Ereignisse bieten immer auch die Möglichkeit, aus ihnen für die Zukunft zu lernen, das eigene Können realistisch einzuschätzen und gemeinsam Strategien für die nächsten 10.000 Arzt-Patient-Kontakte zu erarbeiten. Rybka: „Dieser Aspekt der Aufarbeitung wird noch zu oft unterschätzt. In den Teambesprechungen sollten alle kritischen Ereignisse diskutiert werden.“

Drei Fragen an André Karger



„Viele schwere Krankheiten gehen mit einer existenziellen Herausforderung für den Patienten einher.“

André Karger, Ärztlicher Psychotherapeut und Kommunikationstrainer am Universitätsklinikum Düsseldorf Foto: privat

RA Warum kracht es manchmal auch zwischen Arzt und Patient, was ist daran „normal“ und wo liegen Unterschiede?

Karger: Viele Krankheiten, zumal solche, die sich plötzlich ereignen und schwer sind, gehen mit einer existenziellen Herausforderung für die Patienten einher. Entsprechend erleben sich viele Patienten und deren Angehörige bedroht oder fühlen sich ohnmächtig und reagieren mit entsprechend starken Emotionen wie Angst, Trauer, aber eben auch Wut, zumal dann, wenn sie die behandelnden Ärzte nicht als hilfreich erleben oder unterschiedliche Vorstellungen über Diagnostik und Therapie haben. Das ist so wie im Alltag: da wo die Emotionen schon „hochgekocht sind“, reicht oft eine Kleinigkeit aus, dass sich der Druck in einem Streit oder in ungerichteter Aggression entlädt. Der Übergang von einem Konflikt oder einer aggressiv aufgeladenen hochemotionalen Situation zum Erleiden von patienten-initiiertem Gewalt ist dabei fließend und nicht nur durch objektive Kriterien wie beispielsweise bei Ausübung körperlicher Gewalt und Bedrohung zu definieren.

RA Was tun, wenn das Gespräch „kippt“?

Karger: Es gibt eine ganze Reihe von Maßnahmen, die bereits vor dem konkreten Gespräch zur Gewaltprävention getroffen werden können. Dies sind beispielsweise bauliche Maßnahmen, die für eine sichere Arbeitsumgebung sorgen oder organisatorische Maßnahmen, die Abläufe und Ansprechpartner definieren, was bei welcher Gefährdungslage zu tun ist. Unmittelbar vor dem konkreten Gespräch sollte der Arzt zumindest eine Risikoeinschätzung vornehmen (Ist das ein Patient, der ein erhöhtes Risiko zur Gewaltausübung hat? Gibt es eine erwartbare heftige negative Reaktion des Patienten?) und den Gesprächsrahmen entsprechend wählen. Für eine Deeskalation während des Gespräches gibt es unterschiedliche Gesprächsmodelle, die Orientierung bieten können, eben auch das CALM-Modell.

RA Wie lassen sich Begegnungen und Gespräche so strukturieren und führen, dass erwartbare negative Reaktionen des Patienten nicht in Aggression umschlagen?

Karger: Viele Studien zur Arzt-Patienten-Kommunikation zeigen, dass Gespräche entgegen der Befürchtung vieler Ärzte zum einen kürzer und die Patienten zudem entlastet und zufriedener sind, wenn die Patienten ausreichend informiert sind und Ärzte auf die belastenden Emotionen ihrer Patienten eingehen. Meiner Meinung nach zählt es zu den Kernkompetenzen der ärztlichen Kommunikation, belastende Emotionen des Patienten wahrzunehmen und im Gespräch angemessen zu adressieren. Auch hier gibt es inzwischen gut untersuchte Gesprächsmodelle wie das NURSE-Modell, die helfen, den Umgang mit Emotionen des Patienten zu konzeptualisieren.