



UKBW
Unfallkasse Baden-Württemberg



Ralf Wesuls
Thomas Heinzmann
Ludger Brinker

Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®)

Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt
und Aggression in den Gesundheitsberufen

Ralf Wesuls
Thomas Heinzmann
Ludger Brinker

**Professionelles
Deeskalationsmanagement
(ProDeMa)**

**Praxisleitfaden
zum Umgang mit Gewalt
und Aggression in den Gesundheitsberufen**

Ansprechpartner: Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement
Dipl.-Psy.
Ralf Wesuls
Windhof 2
Tel.: 06222/77 41 51
E-Mail: wesuls@prodema-online.de

Homepage www.prodema-online.de

Herausgeber: Unfallkasse Baden-Württemberg
Hauptsitz Stuttgart Sitz Karlsruhe
Abt. Prävention Abt. Prävention
Augsburgerstr. 700 Waldhornplatz 7
70329 Stuttgart 76131 Karlsruhe

Bezugsquelle: Sekretariat ProDeMa®
Windhof 2
69234 Dielheim
Tel.: 06222/77 41 51
E-Mail: sekretariat@prodema-online.de

**Umschlaggestaltung,
Satz und Druck:** MAXMEDIA, Karlsruhe

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Autoren unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2008 7. Auflage, Gesamtdruckauflage 12000

Vorwort

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dem vorliegenden Leitfaden stets die männliche Form verwendet, wobei inhaltlich selbstverständlich die weibliche mit eingeschlossen ist.

Immer wieder wird in der Presse über Gewalt und Aggression in Krankenhäusern und Heimen berichtet. Dabei werden Vorfälle, in denen die zu Pflegenden betroffen sind, häufig in den Vordergrund gestellt. Weniger bekannt ist, dass auch Patienten und Bewohner gewalttätig und aggressiv gegenüber dem Personal auftreten. So gehört die Bewältigung von aggressiven Situationen und der Umgang mit angespannten Patienten längst zum Arbeitsalltag für Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen. Neben Drohungen, Beschimpfungen, Einschüchterungsversuchen und sexuellen Übergriffen seitens der Patienten kommt es auch häufig zu Übergriffen (Brachialaggression) gegen Mitarbeiter. Dies sind typische Belastungen in den Gesundheitsberufen, die - je nach Schweregrad - zu psychischen und physischen Beeinträchtigungen oder Verletzungen der Mitarbeiter führen.

Nach § 14 Sozialgesetzbuch VII hat der Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Er soll dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen. Insofern besteht eine gesetzliche Verpflichtung der Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW) im Themenfeld Gewalt und Aggression präventiv tätig zu werden, da auch Mitarbeiter die Betroffenen bzw. Opfer sind.

Der Schutz der Patienten und der Mitarbeiter ist auf der anderen Seite aber auch eine gesetzliche Verpflichtung des Arbeitgebers. Er garantiert für die Sicherheit und die Gesundheit seiner Mitarbeiter. Nach § 3 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber alle Schutzmaßnahmen zu treffen, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit positiv beeinflussen. Da Gewalt und Aggression typische Gefährdungen für Mitarbeiter darstellen, müssen zu diesem Themenkomplex Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Diese sind regelmäßig auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen, zu optimieren und müssen in die betrieblichen Strukturen implementiert werden.

Mit dem vorliegenden Praxisleitfaden sollen allen Verantwortlichen und Mitarbeitern Hinweise und Anregungen gegeben werden, wie mit dem Thema Gewalt und Aggression professionell und kompetent umgegangen werden kann und welche Voraussetzungen hierzu in der Einrichtung vorhanden sein müssen. Das Hauptaugenmerk liegt hierbei in der Kompetenzvermittlung und in der Einflussnahme auf das Verhalten der einzelnen Mitarbeiter (Verhaltensprävention) und auf die Organisationsverantwortung der Einrichtung.

Die Unterweisung und Schulung der Mitarbeiter zum kompetenten Umgang mit Gewalt und Aggression ist dabei das wesentliche Präventionsmodul. Daher hat der UKBW in Zusammenarbeit mit den Autoren ein entsprechendes Schulungskonzept entwickelt, das im letzten Kapitel vorgestellt wird.

Stuttgart, Frühjahr 2004

I. Einführung

1. Gewalt und Aggression in menschlichen Systemen	7
2. Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen	7
3. Verbreitung von Aggression in den Gesundheitsberufen	9
4. Versicherungsrechtliche Aspekte	11

II. Theoretische Grundlagen

1. Begriffsdefinitionen von Ärger, Wut, Aggression und Gewalt	13
Ärger und Wut	13
Aggression	13
Gewalt	14
Abgrenzung der Begriffe Gewalt und Aggression	15
2. Aggressionsformen und Intentionen	16
3. Das Deeskalationskonzept: Das Stufenmodell zur Deeskalation	18

III. Deeskalation in der Praxis

Deeskalationsstufe I: Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression	21
--	-----------

Deeskalationsstufe II: Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen	22
---	-----------

Deeskalationsstufe III: Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen	24
--	-----------

Aggression als Reaktion auf Angst und Bedrohung	24
Aggression als Kommunikationsversuch und Beziehungsstörung	25
Aggression als Folge von Ärger und Wut	27
Aggression als Folge von Stress, Überforderung und Frustrationen	28
Aggression als Folge von Konflikten	29
Aggression als Reaktion auf Aggression: die Eskalationsspirale	29
Aggression als Reaktion auf den Verlust von Autonomie und Kontrolle	31
Weitere Aggressionsursachen und Beweggründe von Aggression	31

Deeskalationsstufe IV: Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten	33
--	-----------

Die zwölf Grundregeln der Deeskalation	34
Kommunikation und Gesprächsführung in der Deeskalation	37
a. Anzeichen drohender Eskalationen: Die Situation des Patienten	38
b. Die Kontaktaufnahme	38
c. Der Kontaktaufbau: Wahrnehmung, Widerspiegelung und Fragen	40
d. Die Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe	40
e. Das Eingehen auf die Gefühle und Bedürfnisse des Patienten: echtes Interesse zeigen, Angebote machen, Lösungen erarbeiten	42
f. Das Zeigen eigener Gefühle und Solidarisierung	43
g. Die Reaktionen auf negative Entwicklungen in der Deeskalation	44
h. Vorsicht vor zu großem Ehrgeiz	44

Deeskalationsstufe V: Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken45

Körperlicher Interventionstechniken bei Angriffen von Patienten45
Sicherheitsmaßnahmen und Verhaltensregeln
bei bevorstehender Brachialaggression46
Der Sicherheitsabstand48
Körperhaltung bei einem zu erwartenden Übergriff48
Abwehr und Fluchttechniken48
Sicherheitshinweis49
Würgeangriffe49
Greifangriff51
Stoß- und Schlagangriffe52
Nothilfe53

Deeskalationsstufe VI: Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken55

Was ist bei einer bevorstehenden Immobilisation oder Fixierung zu beachten?56
Koordination des Handlungsablaufs bei einer Immobilisation56
Durchführung der Immobilisation57
Haltetechniken für Fixierungen oder Injektionen59

IV. Professionelles Deeskalationsmanagement in Institutionen (ProDeMa)

1. Konzeptionelle Aspekte eines Deeskalationsmanagements61
2. Arbeitsschutz und Deeskalation63
Organisationsverantwortung63
Schutzmaßnahmen65
Deeskalation65
Notfallpläne65
Nachsorge65
Unterweisung66
Arbeitsumgebung66
Arbeitsmedizinische Vorsorge, Immunisierung67
Kleidung, Schuhwerk67
3. Das Schulungs- und Trainingskonzept von ProDeMa68
Ausbildung von Deeskalationstrainern bzw. -beratern68
Ausbildung von Basismitarbeitern69
Institutionelle Informationsveranstaltungen69

Anhang

Vorstellung der Autoren71
Literatur72



I. Einführung

1. Gewalt und Aggression in menschlichen Systemen

*Eine Welt ohne Gewalt
und Aggression wäre etwas Wunderbares!*

Es gibt wohl kaum einen Menschen, der dieser Aussage nicht zustimmen könnte und der nicht das Ziel hätte, mit anderen Menschen friedlich zusammen zu leben oder zu arbeiten. Doch jeder weiß, dass dies ein unerreichbarer Traum ist. Denn der Mensch reagiert auf eine Vielzahl von Ereignissen und Erlebnissen mit Aggression und in nahezu jedem menschlichen System (Familie, Verein, Dorf, Arbeitsplatz etc.) entstehen irgendwann aggressive Verhaltensweisen aus der Dynamik der zwischenmenschlichen Interaktionen. Die Gründe und Ursachen hierfür sind äußerst vielschichtig und komplex.

Fazit: Es wird keine gewalt- oder aggressionslose Welt geben. Aber in der Art und Weise, wie die Menschen mit ihrer eigenen Gewaltbereitschaft und Aggressivität umgehen und wie sie auf Gewalt und Aggression ihrer Mitmenschen reagieren, lassen sich Lösungen für ein besseres Miteinander finden und umsetzen, im privaten wie auch im beruflichen Alltag.

2. Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen

In den unterschiedlichen Systemen der Sozial- und Gesundheitsinstitutionen (Krankenhäuser, Heime, Sozialstationen, Behinderteneinrichtungen, etc.) besteht eine besondere Notwendigkeit, sich gründlich mit der Entstehung von Gewalt und Aggression zu beschäftigen und den bestmöglichen Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen zu erlernen, denn in der Arbeit mit Patienten ist die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von angespannten Situationen aus folgenden Gründen deutlich erhöht:

Im Verlauf jeder Krankheit, Pflege oder Betreuung gibt es Phasen, in denen Aggression entstehen kann. Ängste, Autonomie- und Selbstwertverluste, Existenzsorgen, persönliche Krisen, Schmerzen, Wut (auf sich selbst oder auf andere) u.a. belasten den Patienten. Gleichzeitig ist er innerlich verletzlicher, hilfloser und empfindlicher. Diese Mischung erzeugt ein inneres Spannungsfeld, in dem der Betroffene schon auf banale Kleinigkeiten aggressiv reagieren kann.

Mit Patienten werden in diesem Zusammenhang nicht nur kranke Menschen, sondern auch alle Betreuten, Bewohner, Pflege- und Behandlungsbedürftige, körperlich und geistig Behinderte und alle hilfebedürftigen Menschen in besonderen Lebenslagen bezeichnet.

Menschen mit mangelnder Einsicht (z.B. kleine Kinder, geistig behinderte Menschen, sehr alte Menschen, psychisch Kranke) begreifen den Sinn und die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Gesundheit oder zu ihrem Schutze häufig nicht und erleben diese Maßnahmen daher als Gewalt, die gegen sie selbst und ihre Bedürfnisse gerichtet ist, was fast zwangsläufig aggressive Gegenreaktionen zur Folge haben muss.

Die Tätigkeit in den Gesundheitsberufen bedeutet für die Mitarbeiter eine hohe Belastung. Zeitdruck, hohe Verantwortung, Überbelegung, zu niedrige Personalschlüssel, die Konfrontation mit Leid, Trauer und Tod, Teamkonflikte, Führungs- oder Organisationsprobleme und allerlei tägliche Ärgernisse sind Stressoren, durch die sich auch beim Mitarbeiter ein Aggressionspotential bilden kann, welches sich gegen einen Patienten, gegen unliebsame Kollegen, gegen die Führung oder auch gegen sich selbst richten kann.

Schwierige Helferbeziehungen zu Patienten, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. bei vielen psychiatrischen Erkrankungen, geistigen Behinderungen oder dementen Bewohnern) und hohe Erwartungen aneinander führen auf beiden Seiten zu Spannungen. Das Gefühl, nicht wahrgenommen, nicht verstanden oder nicht ernst genommen zu werden, sich nicht richtig verständlich machen zu können, erzeugt Frustration, die zu Aggression führen kann.

Die besondere Notwendigkeit für Gesundheitsberufler, sich um Wissen und Kompetenz in der Thematik zu bemühen, ergibt sich einerseits aus der Verantwortung für das Wohl der Patienten als auch gleichermaßen für das eigene Wohl. Denn in einer Eskalation von Aggression verlieren beide Seiten. Von dem Patienten ist bei der Bewältigung aggressiver Situationen kaum Hilfe zu erwarten. Einzig und allein das gut geschulte Personal kann die Entstehung von Aggression im eigenen System verhindern oder wenigstens vermindern und mit angespannten Situationen sowie mit aggressiven Patienten professionell und kompetent, d.h. deeskalierend umgehen.

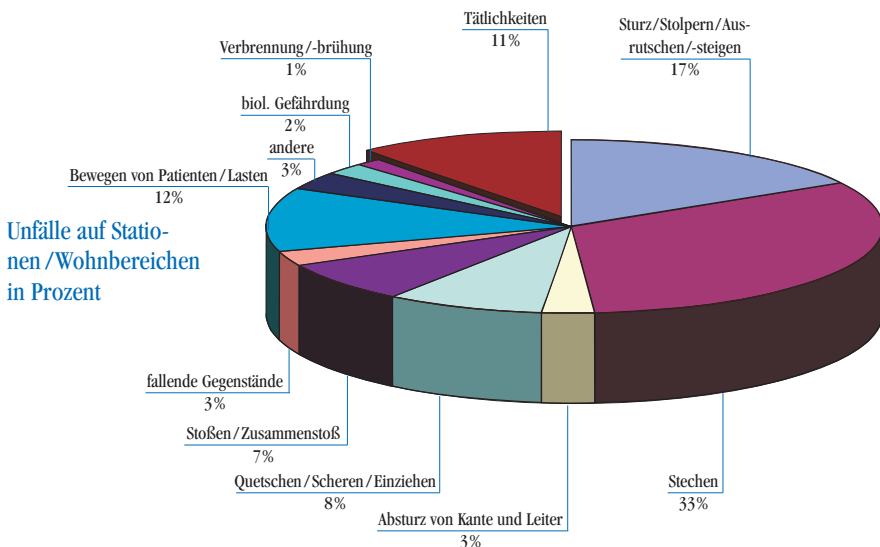
Gründe für Gewalt und Aggression im Gesundheitswesen

- Inneres Spannungsfeld des Patienten
- Hohes Aggressionspotential des Patienten
- Mangelnde Einsicht in Maßnahmen
- Betreuung und Behandlung werden als Gewalt empfunden
- Starke und zahlreiche Stressoren für Mitarbeiter
- Schwierige Helferbeziehung
- Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit des Patienten
- Erwartungsdruck an Patienten und Mitarbeiter

3. Verbreitung von Aggression in den Gesundheitsberufen

Täglich geschehen im Arbeitsfeld Verletzungen aufgrund „kleinerer“ Aggression: Sticheleien, bissige Bemerkungen, Ignoranz, üble Nachrede, sexuelle Anspielungen, Abwertungen, Kränkungen, Vorwürfe, Drohungen, Streitereien, Beschimpfungen, Beleidigungen u.v.m. Häufen sich diese Geschehnisse, bildet sich ein aggressives Milieu. Treffen kann Aggression jeden im Arbeitsfeld: den Patienten, den Betreuer, die Pflegekraft, den Arzt, die Pflegedienstleitung oder den Geschäftsführer. Eskaliert Aggression, wird es heftiger: Schreien, Toben, wüste Drohungen, Schlagen, Treten u.a. körperliche Angriffe sind die Folge, wobei diese Brachialaggression in der Regel von Patienten ausgeht. Die Statistiken zu Patientenübergriffen sind alarmierend, die Tendenz zunehmend:

Der UKBW wurden im Jahr 2001 ca. 5300 zu entschädigende Unfälle aus den Bereichen Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser, Universitätskliniken und Psychiatrische Krankenhäuser gemeldet. Nach einer Auswertung von 1200 Unfällen wurden etwa 5% der Unfälle durch Patientenübergriffe verursacht. Fokussiert man das Unfallgeschehen auf Wohnbereiche und Stationen liegt der Anteil von Patientenübergriffen bei ca. 11% (siehe Graphik). In Fachkliniken für Psychiatrien und Kreispflegeheimen sind Tötlichkeiten gegen Mitarbeiter sogar hauptsächlicher Unfallschwerpunkt. Der Anteil von Übergriffen an der Gesamtzahl der gemeldeten Arbeitsunfälle beträgt hier bis zu 50%.



Die Zahlen erschrecken insofern, da diese nur die Spitze des Eisberges darstellen. Der UKBW werden in der Regel nur Unfälle mit unmittelbarem physischen Körperschaden zur Anzeige gebracht. Viele kleinere Übergriffe von Patienten werden erst gar nicht als „Unfall“ gesehen, nicht gemeldet und als Berufsrisiko verharmlost.

Nach der Richter-Studie „Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken“ haben 37% der betroffenen Mitarbeiter keine sichtbaren Schäden, 13% klagen jedoch über Schmerzen. 59% der Mitarbeiter haben immerhin kleinere physische Schäden. Jedoch nur 10% der Betroffenen lassen sich ärztlich behandeln, 2% haben schwere körperliche Schäden. Unabhängig von der Schwere des physischen Schadens sind 14% der Mitarbeiter posttraumatisch belastet. Die Opfer dieser Angriffe waren zu 65% Pflegekräfte (48% examinierte Pflegekräfte, 19% Pflegehelfer, 8% Pflegeschüler), zu 8% Erzieher, zu je 1% AiP'ler und Fachärzte, zu 15% betreffen sie andere Berufsgruppen oder Mitpatienten. Die meisten Übergriffe geschehen dabei zwischen 10-12 Uhr vormittags.

Die Auswirkungen von Gewalt und Aggression auf Patienten und Mitarbeiter und somit auch auf das Arbeitssystem sind fatal: Kränkungen, psychische Verletzungen, körperliche Schädigungen, Ängste, Traumata, psychische und psychosomatische Erkrankungen, Demotivation, Beschwerden, Kündigungen, Behandlungsabbrüche, Prozesse, Störungen der Organisationsabläufe und eine gigantische Verschwendung von Kraft, Energie, Zeit und Nerven.

Fazit: Im Gesundheitswesen, insbesondere in Pflegeheimen, Behinderteneinrichtungen und in psychiatrischen Bereichen ist das Risiko des Personals, Opfer eines Angriffs zu werden deutlich erhöht. Daher kann es nur einen sinnvollen Weg geben: einen offenen und professionellen Umgang, mit dem Ziel, Gewalt und Aggression wo und wann immer möglich zu vermeiden bzw. durch erfolgreiche Deeskalation zu minimieren.

4. Versicherungsrechtliche Aspekte

Die gesetzliche Unfallversicherung ist ein Zweig der Sozialversicherung. Sie schützt alle Arbeiter, Angestellte und Auszubildende. Versichert sind alle Unfälle von Beschäftigten infolge ihrer beruflichen Tätigkeit (Arbeitsunfall).

Gesundheitsschäden von Mitarbeitern, die durch Patienten verursacht werden, stellen somit Arbeitsunfälle dar, unabhängig davon ob der Gesundheitsschaden physischer oder psychischer Natur ist. Bei Verletzungen durch Arbeitsunfälle erbringt die UKBW die Kosten der Heilbehandlung. Die Heilbehandlung verfolgt mit allen geeigneten Mitteln das Ziel, den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Sie wird so lange erbracht, bis dieses Ziel erreicht ist.

Die Heilbehandlung schließt psychische Gesundheitsschäden mit ein, sogar dann, wenn kein körperlicher Schaden entstanden ist. Die Kostenübernahme einer psychotherapeutischen Behandlung sollte allerdings im Vorfeld mit der UKBW abgesprochen werden.





II. Theoretische Grundlagen

1. Begriffsdefinitionen von Ärger, Wut, Aggression und Gewalt

Die vielen verschiedenen alltags- und umgangssprachlichen Verwendungen der obigen Begriffe machen es notwendig, diesen Begriffen einen eindeutigen, praxisrelevanten und abgegrenzten Bedeutungsrahmen zuzuweisen und die besondere Relevanz dieser Begriffe im Gesundheitswesen darzustellen.

Ärger und Wut

Definition: Ärger und Wut sind menschliche Emotionen bzw. Gefühlsreaktionen, ähnlich wie Freude, Liebe, Trauer oder Angst. Diese Gefühle werden durch aktuelle Ereignisse oder durch gedankliche Erinnerungen an Ereignisse ausgelöst.

Für die Handlung eines Menschen ist es entscheidend, wie er mit Ärger oder Wut umgehen kann bzw. umzugehen gelernt hat, über welche kognitiven, sprachlichen o.a. psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten er verfügt. Wird der Mensch seinen Ärger bzw. seine Wut nach einer gewissen Zeit nicht los oder steigert er sich gedanklich sogar in seine Wut hinein, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich diese Emotionen in Aggression verwandeln.

Aggression

Definition: Aggression ist ein Verhalten, dessen Ziel eine Beschädigung oder Verletzung ist. Unter aggressiven Verhaltensweisen werden nur solche verstanden, die Individuen (oder Sachen) aktiv und zielgerichtet schädigen, schwächen oder in Angst versetzen.

Eine Aggression liegt also nur dann vor, wenn die Absicht der Schädigung bei einem Täter vorhanden ist.

Aggression ist somit entgegen der alltagssprachlichen Verwendung des Begriffes kein Gefühlszustand, sondern immer mit einer zielgerichteten, absichtlichen und schädigenden Handlung oder Unterlassung, also einem konkreten beobachtbaren Verhalten verbunden. Diese alltagssprachliche Verwechslung hat in der beruflichen Praxis oft schwerwiegende Konsequenzen.

Beispiel: Herr Schulz, ein Patient mit der Diagnose Schizophrenie ist mit einer Aufgabe im Bürotraining überfordert. Er fühlt seine Unzulänglichkeit, ärgert sich über sich selbst und man kann sehen, wie er unruhig auf seinem Stuhl hin und her rutscht, mit den Beinen wippt und fahrig Bewegungen macht. Dann steht er auf, läuft aufgeregt hin und her und streift dabei einen Stuhl, der fast umkippt. In einer Notiz für die Station heißt es: „Achtung, Herr Schulz war heute sehr aggressiv“!

Eine folgenschwere Fehlinformation, die das Personal auf Station zu besonderen Verhaltensweisen gegenüber Herrn Schulz verleitet. Anstatt mit ihm über sein Erleben zu reden, ihn zu verstehen, zu stützen, wird er misstrauisch und ängstlich beobachtet und ihm wird nahegelegt, sich in sein Zimmer zurückzuziehen. Als sich darauf seine Anspannung steigert und er mehrmals in seinem Zimmer herumpoltert droht der Stationsleiter:

„Herr Schulz, sie sind gerade sehr aggressiv und wenn sie sich nicht sofort beruhigen, wissen sie, was passiert.“ Herr Schulz schreit: „Ich bin nicht aggressiv“ und wirft einen Stuhl nach dem Stationsleiter.

Fazit: Die Bewertung „Patient ist aggressiv“ wird zu häufig, zu schnell und oft auch unzutreffend vorgenommen und weitergegeben, wodurch bei Mitarbeitern eine (Vor-) Einstellung geschaffen wird, die sich im weiteren Kontakt mit dem Patienten negativ auswirkt. Der Patient fühlt sich missverstanden, Wut und Verzweiflung steigern sich und schlagen in Aggression um. Die genaue Verwendung der Begrifflichkeiten und eine differenzierte Verhaltensbeschreibung ist besonders bei Informationsweitergaben (z.B. Übergabe, Fallbesprechung etc.) unverzichtbar.

Gewalt

Während im alltagssprachlichen Umgang (und auch in so mancher Fachliteratur) der Begriff Aggression annähernd synonym zu dem Begriff Gewalt verwendet wird, ist es notwendig den Begriff der Gewalt im Gesundheitsbereich völlig abgegrenzt von dem Begriff der Aggression zu definieren, um die Unterschiede zwischen einer Gewaltanwendung und einer aggressiven Handlung deutlich machen zu können.

Definition: Es wird immer dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person vorübergehend oder dauerhaft daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Gewalt heißt also, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis einer Person missachtet wird. Gewalt kann somit verstanden werden als eine Einwirkung auf Personen, in die sie nicht einwilligen und mit der sie nicht einverstanden sind.

Ein großer Teil dieser Gewaltanwendungen ist notwendig und durch das Ziel der gesundheitlichen Wiederherstellung des Patienten, durch den Schutz der Umwelt vor dem Patienten oder den Schutz des Patienten vor sich selbst legitimiert. Vor allem in Situationen, in denen die Selbstverantwortlichkeit des Patienten nicht mehr gegeben zu sein scheint, übernehmen andere die Verantwortung und handeln zum Nutzen des Patienten oder seiner Umgebung.

Beispiele: eine demente alte Frau wird am Weglaufen gehindert; ein akutpsychotischer Patient wird gegen seinen Willen dazu gebracht, ein für ihn wichtiges Medikament zu nehmen; ein frisch operiertes kleines Kind wird fixiert, damit es sich nicht die Kanülen ausreißt; eine magersüchtige Patientin mit gefährlichen Unterernährungssymptomen wird gegen ihren Willen zwangsernährt; ein manischer Patient wird darin gehindert, eine Mitpatientin sexuell zu belästigen.

Aber nicht immer ist die angewendete Gewalt so eindeutig zu legitimieren wie in den obigen Beispielen. Diskussionswürdige Gewaltanwendungen zeigen nachstehende Beispiele.

Beispiele: eine hilfebedürftige Bewohnerin muss aufgrund der täglichen Routineabläufe des Pflegeheims bereits gegen 16.30 Uhr ins Bett, obwohl sie nicht damit einverstanden ist; der Rollstuhl eines geistig behinderten jungen Mannes wird arretiert, so dass er nicht so viel herumfährt und besser beaufsichtigt werden kann; an einem akut depressiven Menschen, der nur liegen möchte, werden allerlei Mobilisierungsversuche unternommen.

Ein großer Teil der Gewaltausübung geschieht durch die notwendige Umsetzung von Hausordnungen, Stationsregeln, ärztlichen Anordnungen, Vorschriften oder Routineabläufen (strukturelle Gewalt). Während der einsichtige Patient diese Regeln und Anordnungen zu meist als notwendig anerkennt oder hinnimmt, erlebt der uneinsichtige Patient die Maßnahmen als Aggression gegen sich und reagiert dementsprechend. Dies erklärt, warum das Pflegepersonal am häufigsten von Patientenübergrieffen betroffen ist, da diese Berufsgruppe Regeln, Anordnungen und Routineabläufe gegenüber Patienten durchsetzen muss. Entsprechend kommt es in Institutionen mit viel struktureller Gewalt oder mit vielen uneinsichtigen Patienten zu vielen aggressiven Handlungen. Eskalierende Aggression zwischen Patient und Pflegekräften ist häufig bestimmt von dem Kampf um Autonomie (Selbstbestimmung) und von der Durchsetzung der Regeln und Anordnungen.

Abgrenzung der Begriffe Gewalt und Aggression

In der Definition aggressiven Verhaltens spielt die Absicht der Schädigung die zentrale Rolle, um ein Verhalten als aggressiv bezeichnen zu können. Verletzt z.B. ein Mitarbeiter einen Patienten unabsichtlich bei einer Pflegeverrichtung oder schlägt ein Patient mit akuter Wahnsymptomatik um sich und verletzt dabei aus Versehen einen Mitarbeiter, so sind diese Verhaltensweisen nicht als aggressiv zu bezeichnen!



Jede tatsächliche Aggression ist jedoch immer auch Gewalt, da bei der psychischen oder physischen Verletzung einer Person auch immer sein Bedürfnis nach körperlicher und emotionaler Unversehrtheit missachtet wird.

Umgekehrt ist aber nicht jede Gewaltanwendung eine Aggression. Z. B. ist die Anwendung legitimer Gewalt keine Aggression, da die Maßnahmen den Patienten nicht schädigen, sondern ihm nutzen sollen. Die Art und Weise der Durchführung der Maßnahme muss dabei jedoch so empathisch, zugewandt und sanft wie gerade noch möglich erfolgen. Fließen in die Durchführung einer Gewaltmaßnahme aggressive Verhaltensimpulse mit ein, wird selbst eine eindeutig legitimierte Gewaltanwendung zu einem aggressiven Geschehen.

Fazit: Gewalt im Gesundheitswesen ist notwendiger Bestandteil des Alltags. Sie muss jedoch klar legitimiert sein und ohne jegliche aggressive Impulse angewendet werden. Da der Patient die Anwendung von Gewalt subjektiv häufig als Aggression gegen sich erlebt und dementsprechend reagiert, stellt Gewalt eine der häufigsten Ursachen für Aggression von Patienten dar. Deeskalation bedeutet daher auch, die Anwendung von Gewalt auf das unverzichtbare Minimum zu reduzieren!

2. Aggressionsformen und Intentionen

Aggressives Verhalten hat sehr viele Erscheinungsformen, von denen einige sehr schnell als Aggression erkennbar sind, andere sehr subtil und verdeckt wirken und unterschiedlichste Intentionen haben. Hier ein kurzer Überblick über die wichtigsten Aggressionsformen.

Brachialaggression: Direkte An- oder Übergriffe auf die körperliche Unversehrtheit des Menschen, z.B. Festhalten, Schlagen, Treten, Beißen, Spucken, Schubsen, Würgen, gezieltes Werfen mit Gegenständen, Stechen mit Messern, sexuelle Übergriffe. Brachialaggression stellt die gefürchtetste Aggressionsform dar, da sie neben den körperlichen Schäden starke psychische Beeinträchtigungen bei den Betroffenen verursacht (Ängste, Schlafstörungen, depressive und andere Belastungsreaktionen). Meist erfolgt Brachialaggression reaktiv und impulsiv im Affekt, seltener wird sie gezielt ausgeführt, z.B. im Vergeltungsakt zur Wiederherstellung des Selbstwertgefühls oder als sadistische Handlung zur emotionalen Befriedigung.

Stellvertretende Brachialaggression: Abreaktion der Aggression an Gegenständen, z.B. Türe schlagen, auf Tisch hämmern, etwas zertrümmern, ungezieltes Werfen mit Gegenständen, Einschlagen auf

Kissen, Sandsackboxen und Holzhacken (mit aggressiver Motivation). Große innere Spannungszustände entladen sich, Aggression gegen Menschen oder gegen sich selbst wird stellvertretend an Gegenständen ausgelebt, in der Regel rein reaktiv motiviert und wenig zielgerichtet.

Sozialisierte (verbale) Aggression: Angriff mit „kommunikativen Waffen“, verbal oder nonverbal geführt. Hierzu gehören Beschimpfungen, Schreien, Drohen, Ab- und Entwertungen, Provokationen, Einkoten, Einnässen, Klingeln, Vorwürfe, Sticheleien, sexuelle Anspielungen, lächerlich machen, üble Nachrede, auf Schwächen herumhacken, sich gegen jemanden verbünden, nicht ernst nehmen, ignorieren, Verweigerung, jemandem „die kalte Schulter“ zeigen, Augenrollen oder Kopfschütteln während jemand etwas sagt usw. Verbalaggression ist z.T. reaktiv (Unmutsäußerung, Affektausdruck, Vergeltungsreaktion), z.T. instrumentell motiviert und dann gezielt eingesetzt (z.B. in Konflikten), um sich durchzusetzen, Beachtung und Anerkennung zu erlangen. In ihren psychischen Auswirkungen auf das Opfer kann auch die kleinste und subtilste Verbalaggression erhebliche Auswirkungen haben!

Konträr-verdeckte Aggression: Die Aggression erscheint hier in einem Kleid des Umsorgens, des aufopfernden Helfens, Pflegens und Dienens. „Allerdings ist das häufig unbewusste Ziel nicht die Schwächung des Umsorgten, sondern eher die Kontrolle oder die Bevormundung“. Die Entwicklung von Selbstständigkeit wird verhindert, Abhängigkeiten werden geschaffen. Ziel ist eher die Schwächung z.B. des Selbstwertgefühls des Umsorgenden, eine sehr subtile, aber häufige Aggressionsform in Helferbeziehungen.

Imitierte Aggression: Nachahmung aggressiver Verhaltensweisen, bei der das Gebaren eines Aggressors übernommen und an Dritten reproduziert wird, meist mit der Absicht, sich durchzusetzen, sich zu schützen oder zu imponieren

Invertierte Aggression (Autoaggression): Selbstbestrafungen und Selbstverletzungen bis hin zu suizidalen Neigungen, nicht zu verwechseln mit einem Suizid, durch den ein Patient seinem Leid bewusst ein Ende setzen will. Die Autoaggression fungiert dabei häufig stellvertretend für die Aggression, die eigentlich gegen eine andere Person gerichtet ist, aber aus unterschiedlichsten Gründen dort nicht ausagiert werden kann. Innere Spannungszustände werden an sich selbst abregiert, besonders bei mangelnder Selbstzufriedenheit, Selbstanahme oder bei Schuldgefühlen.



Kollektive Aggression (Sündenbock-Aggression): Individuelle Aggressionspotentiale, wie auch immer entstanden, verlangen, da belastend, nach Abreaktion und verbinden sich mit den Aggressionspotentialen Anderer. Diese Verbindung geschieht durch die Einigkeit einer Gruppe (oder eines Teils davon) darüber, dass eine spezielle Person es verdient hat, „besonders“ behandelt zu werden. In der Meinungs-, Einstellungs- und Handlungseinigkeit erlebt der Aggressor Rückhalt und Schutz in der Gruppe, aus der heraus er sich gegenüber dem Betroffenen ungefährdet aggressiv verhalten kann. Opfer dieser Sündenbockaggression sind Menschen,

- die mehreren Menschen in einer Gruppe unsympathisch sind.
- deren Verhalten für eine Gruppe Stress oder Frustration bedeutet.
- denen man eine Schuld für etwas zuschreibt, was einer Gruppe Nachteile erbringt.
- die andersartig sind, z.B. in körperlicher Statur, Glauben, Gewohnheiten.

Diese kollektiven Aggressionsprozesse geschehen häufig und können sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitern ausgehen.

Beispiele: eine ausländische Schwester, die schlecht Deutsch spricht und Anordnungen des Arztes gegenüber Patienten besonders gewissenhaft umsetzt; eine Patientin, die sehr dick ist, als unsympathisch empfunden wird und viel klingelt; ein Bewohner, der auf skurrilen Gewohnheiten beharrt, schmutzelig ist und immer wieder den Routineablauf stört etc.

Fazit: Die Beschäftigung mit den verschiedenen Aggressionsformen zeigt, dass aggressive Verhaltensweisen in mannigfaltiger Art und Weise den Alltag bestimmen und bei Eskalationen häufig in Brachialaggression münden. Alle Menschen eines Systems können dabei sowohl Opfer als auch Täter sein und haben Anteil an dem Aggressionspotential, aus dem heraus Eskalationen entstehen.

3. Das Deeskalationskonzept: Das Stufenmodell zur Deeskalation

Die Deeskalationskompetenzen der Mitarbeiter und ein gutes Deeskalationsmanagement einer Institution entscheiden darüber, ob ein gezielter, geplanter und damit professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression als Qualitätsziel einer Institution erreicht werden kann.

Definition Deeskalation: Deeskalation ist eine Maßnahme, welche die Entstehung oder die Steigerung von Gewalt und Aggression erfolgreich verhindern kann. Das Ziel jeder Deeskalationsmaßnahme ist es, aggressions- oder gewaltbedingte psychische oder physische Beeinträchtigungen oder Verletzungen eines Menschen zu vermeiden, wann und wo immer das möglich ist. Die Deeskalation stellt somit auch eine dauerhafte Arbeitsgrundhaltung dar, das tief verwurzelte Bedürfnis, das eigene Arbeitssystem möglichst frei von Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen zu halten und zu gestalten.

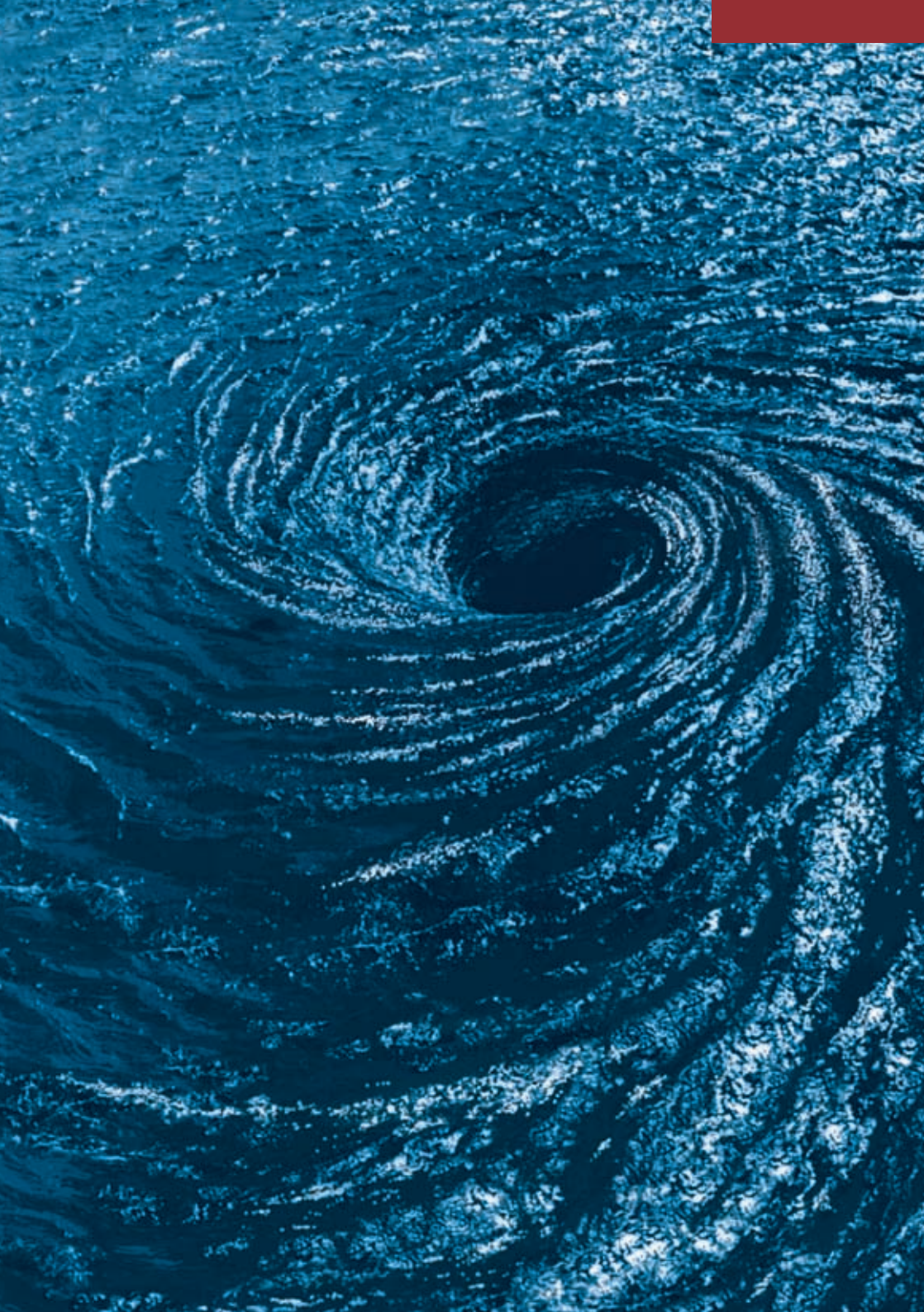
Deeskalation ist darauf ausgerichtet, Aggression, wo immer sie auftaucht, zu verstehen, zu deuten, zu verändern und zu vermeiden.

Deeskalierendes Arbeiten kann auf vielen unterschiedlichen Ebenen stattfinden, z.B. bei der Verhinderung der Entstehung von Aggression, im beruhigenden Gespräch mit einem angespannten Patienten, in niederlagenlosen Konfliktlösungen oder sogar bei einer Fixierung, die human und patientenschonend durchgeführt wird und somit weitere Brachialaggression des Patienten verhindert. In jeder Stufe der Entstehung und der Eskalation von Aggression ist deeskalierendes Arbeiten möglich.

Das hier vorgestellte Deeskalationskonzept unterscheidet sechs verschiedene Stufen der Deeskalation. Jede dieser Stufen ist ein unverzichtbarer Baustein für einen optimalen Umgang mit Gewalt und Aggression in einer Institution. Gemäß dem Stadium der Aggressionsentwicklung lassen sich diese Stufen in einem Modell darstellen.

Das Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression

Deeskalationsstufe I:	Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression
Deeskalationsstufe II:	Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen
Deeskalationsstufe III:	Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen
Deeskalationsstufe IV:	Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten
Deeskalationsstufe V:	Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken bei Angriffen von Patienten
Deeskalationsstufe VI:	Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken



III. Deeskalation in der Praxis

Deeskalationsstufe I: Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression

Die beste Gewaltanwendung ist die, die nicht nötig ist.

Die beste Aggression ist die, die gar nicht erst entsteht.

Die schönste Eskalation ist die, die gar nicht droht.

Wie bereits erläutert, ist die Anwendung von Gewalt einer der Hauptursachen für Aggressionsentwicklung beim Patienten. Etwa 30 % aller zunächst als notwendig erachteten Regeln, Anordnungen und Maßnahmen lassen sich bei näherer Betrachtung durch kreative Ideen, patientenorientiertes Denken, Veränderung von Organisation und Routineabläufen oder durch höhere Handlungs- und Kommunikationskompetenz umgehen oder abschwächen, was eine erhebliche Verminderung von Aggressionspotentialen darstellt!

Die Legitimation einer Gewaltmaßnahme darf nur durch eine einwandfreie, überprüfbare und stichhaltige Begründung erfolgen, inklusive der Prüfung, ob nicht doch gewaltfreie Alternativen vorhanden sind, denn Gewalt ist ein Eingriff in die Freiheit und Autonomie eines Menschen. Welche Gewaltmaßnahmen als notwendig erachtet werden und welche vermeidbar wären, sollte in einem guten Team immer Gegenstand lebendiger und konstruktiver Diskussionen sein. Häufig ist diese Frage im Einzelfall nicht leicht zu entscheiden. Ist die Legitimation nicht gegeben, geschehen immer wieder vermeidbare bzw. diskussionswürdige Übergriffe gegen Mitarbeiter.

Dabei braucht es den Mut aller Mitarbeiter und Führungskräfte, Stationsregeln, Behandlungskonzepte, Anordnungen, Routineabläufe und die eigenen Gewohnheiten im Umgang mit Patienten zu reflektieren, in Frage zu stellen, neue Wege zu diskutieren und ggf. neue, kreative Maßnahmen einzuführen. Die fortwährende Verminderung nicht notwendiger Gewaltausübung sollte ein Qualitätsziel der gemeinsamen Stationsarbeit im Rahmen des Qualitätsmanagements darstellen. Letztendlich gehört das Ziel der Gewaltfreiheit in das Leitbild jeder Institution.

Nachfolgende Fragestellungen geben hierbei Hilfestellung:

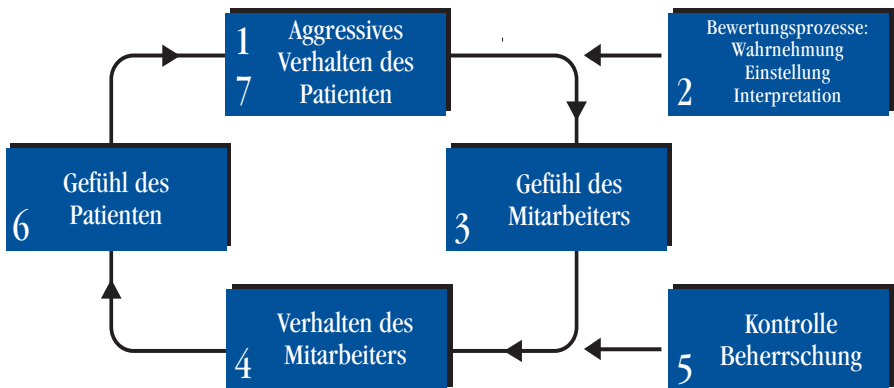
- Welche Stationsregeln, Anordnungen etc. schaffen beim einzelnen Patienten das Gefühl subjektiv erlebter Gewaltanwendung? Wie können diese Regeln verändert werden oder dem Patienten die Notwendigkeit noch verständlicher gemacht werden?
- Welche Anwendungen von Gewalt in welchen Situationen des Alltags sind nicht wirklich notwendig und können durch andere, kreative Ideen oder Vorgehensweisen ersetzt werden?
- Wo kann dem Patienten noch mehr persönliche Autonomie, Mitbestimmungsmöglichkeit (Kontrolle) oder Bedürfnisbefriedigung eingeräumt werden?
- Welche Ängste der Mitarbeiter oder Führungskräfte stehen Veränderungen entgegen? Wie könnten diese Ängste vermindert werden?

Dort, wo die Anwendung von Gewalt notwendig bleibt, kann das Wissen um eine wahrscheinliche aggressive Gegenreaktion des Patienten dabei helfen, der Situation mit mehr Verständnis und Professionalität zu begegnen.

Deeskalationsstufe II: Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen

Der Einfluss von Bewertungsprozessen (Wahrnehmung, Interpretationen und Einstellungen) auf den Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen und die Möglichkeiten der Deeskalation lassen sich am Besten in nachstehendem Schaubild verdeutlichen.

Der Eskalationskreislauf



Die spontane Reaktion eines Menschen auf aggressive Verhaltensweisen (1) hängt davon ab, wie er diese wahrnimmt, erlebt und interpretiert, welche Einstellungen und Werthaltungen er dazu in sich trägt (2). Diese Bewertungsprozesse entscheiden darüber, welches Gefühl (3) angesichts der Aggression entsteht. Das Gefühl, z.B. Angst, Empörung oder Kränkung beeinflusst dann das Verhalten des Mitarbeiters (4).

Der größte „Fehler“ im Umgang mit einem aggressiven Patienten ist, die Aggression als solche auf sich wirken zu lassen, sie gegen sich persönlich, gegen seine Kompetenz oder seinen Selbstwert gerichtet zu interpretieren (häufig ein unbewusster Vorgang). Denn das führt dazu, dass man auf die Aggression mit den entsprechenden persönlichen Gefühlen reagiert und damit in seiner Verhaltensreaktion auf die Aggression einsteigt. Ein professionelles Verhalten ist nur durch Beherrschung und Kontrolle (5) der eigenen Gefühle zu erreichen. Passt das Verhalten jedoch nicht zu den Gefühlen, kann dies auf den Patienten inkongruent wirken und eine deeskalierende Wirkung abschwächen.

Beispiel: Ein schwer angetrunkener Patient beschimpft eine korpulente Schwester in der Notfallembulanz und beleidigt sie wegen ihrer Korpulenz. Wie die Schwester mit dieser Beleidigung umgehen kann, hängt davon ab, ob sie sich persönlich getroffen fühlt oder ob sie das aggressive Verhalten z.B. als Abwehrreaktion des Patienten auf eine drohende Maßnahme interpretiert. Fühlt sie sich persönlich beleidigt, kann sie dies zwar überspielen, aber die Beleidigung wird als Gefühl in ihr bestehen bleiben und Auswirkungen auf ihre Beziehung zum Patienten haben. Interpretiert sie die Aggression als Abwehrverhalten des Patienten bleibt ihr die Kränkung erspart und sie kann souverän mit der Aggression des Patienten umgehen. Reagiert die Schwester jedoch beleidigt und greift den Patienten nun ihrerseits an (4), wird die Eskalation ihren Lauf nehmen. Denn die Verhaltensreaktion der Schwester löst nun beim Patienten eine negative Gefühlsreaktion (6) aus, der Patient wird daraufhin sein aggressives Verhalten fortsetzen oder gar steigern (7).

Das Beispiel zeigt, wie wichtig es ist, seine Wahrnehmungen, Interpretationen und Einstellungen zu reflektieren: Wie empfangen ich welche Botschaft? Die meisten Mitarbeiter im Gesundheitsbereich hören neben dem Sachinhalt sehr schnell Appelle und Wünsche eines Patienten heraus (Was soll ich tun aufgrund der Mitteilung, was will oder braucht der Patient?).

Häufig jedoch konzentriert sich die Wahrnehmung auf tatsächliche oder vermeintliche Beziehungsbotschaften (Wie redet derjenige mit mir, ist das in Ordnung? Wie sieht er mich, was denkt er, wie er mit mir reden kann?). Besonders diese Wahrnehmungseinstellung erzeugt schnell das Gefühl von Abwertung oder Kränkung.

In der Konzentration der Wahrnehmung auf die momentane Befindlichkeit des Patienten (was ist los mit ihm, dass er jetzt so reden muss? Was zeigt seine Kommunikation über ihn und seinen momentanen Zustand, über Ängste etc.?) lässt es sich vermeiden, die Kommunikation des Patienten als gegen sich persönlich gerichtet wahrzunehmen und gleichzeitig erfährt man etwas über den Patienten. Diese Umstellung der Wahrnehmung empfinden Teilnehmer in Seminaren als sehr bereichernd und entlastend, weil negative Gefühle (3), die man für eine professionelle Kommunikation beherrschen und kontrollieren muss (5), erst gar nicht entstehen und ein souveränes und deeskalierendes Verhalten kongruent kommuniziert werden kann (4).

Fazit: Im Kontakt zu einem aggressiv wirkenden Patienten muss man sich der Professionalität der Beziehung stärker bewusst werden. Während man in privaten Beziehungen auf Aggression intuitiv, spontan und unreflektiert reagieren kann, muss der Umgang mit Aggression in der professionellen Beziehung zum Patienten geplant, zielorientiert und reflektiert sein. Die Reaktion auf aggressive Verhaltensweisen eines Patienten ist dann gut, wenn sie konstruktiv und förderlich im Sinne der jeweiligen Zielsetzung für den Patienten ist.

Deeskalationsstufe III: Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen

Aggressive Verhaltensweisen eines Menschen haben immer eine Ursache (Auslöser) und einen Beweggrund (Motiv, Intention). Die Kenntnis und das tiefere Verständnis dieser Ursachen und Beweggründe ist Voraussetzung dafür, deeskalierend auf einen Patienten eingehen zu können. Durch die Wahrnehmung seiner aktuellen Bedürfnisse, Probleme und Gefühle hinter seinen aggressiven Verhaltensweisen können wir mit ihm in Kontakt kommen, ihn verstehen und beruhigen, ihm und uns selbst helfen, die Situation zu meistern und eine weitere Eskalation zu verhindern.

Aggression als Reaktion auf Angst und Bedrohung

Ängste steuern oder beeinflussen einen großen Teil unseres Alltagsverhaltens, z.B. die Angst vor Ablehnung oder Zurückweisung, Existenzängste, Versagensängste, Verlustängste. Weiterhin entstehen Ängste aus eigenen Gedanken und Phantasien oder sind das Ergebnis schlechter Erfahrungen und Traumata.

Wird der Mensch krank oder hilflos, steigern sich diese Ängste und andere kommen hinzu: Angst, nicht mehr gesund zu werden; Angst vor Kontroll- und Autonomieverlust, vor Statusverlust und Abhängigkeit; wahnhafte Ängste (z.B. Vergiftungswahn, Verfolgungswahn).

Alle diese Ängste versetzen einen Menschen in einen großen inneren Spannungszustand. Er fühlt seine Integrität bedroht, kommt mit sich und seiner Situation nicht zurecht, wird sich selbst fremd, braucht viel Energie zur Angstabwehr und kommt in Zustände von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Je schwerer die Krankheit/Hilflosigkeit, desto größer der Spannungszustand. Die Angst wächst, die Kontrolle über alles zu verlieren. Innerlich geschwächt projiziert er dabei manchmal einen Teil der inneren Bedrohung nach außen, zur Angstentlastung. Die Nerven liegen blank, jegliches Geschehen von außen kann nun überfordern, vernünftiges Denken und Handeln ist kaum noch möglich. Geringe Anlässe können nun „das Fass zum Überlaufen bringen“ und aggressive Reaktionen hervorrufen. Ist die Krankheit psychisch oder psychosomatisch, trifft all dies in verschärfter Weise zu.

Ein Teil der Patienten kann seine Ängste offen zeigen, darüber reden, andere wiederum verdrängen die Ängste so sehr, dass sie diese weder zeigen können noch selbst bei sich wahrnehmen. Was bleibt, ist der große Spannungszustand, der sich letztendlich aus unterschiedlichsten Ängsten zusammensetzt. Viele Patienten, die aggressiv wirken, sind einfach hochgespannte Patienten mit unbekanntem Hintergrundängsten. Man fühlt ihre innere Anspannung, fühlt, dass sie sich entladen (entlasten!) könnten und begegnet dem Patienten entsprechend mit Vorsicht, Misstrauen und eigener Anspannung (z.B. aufgrund eigener Angst). In der Eskalation sind Patient und Mitarbeiter in ihren nicht geäußerten Hintergrundängsten gebunden, beide in hoher Anspannung, ein explosiver Zustand.

Beispiel: Herr Meier, ein junger Suchtpatient in der Entzugsstation läuft mit heftigen Bewegungen im Flur auf und ab, tritt mehrmals gegen Tür und Wand. Eine Schwester beobachtet ihn und möchte den Patienten aus Angst vor weiterer Eskalation unter Kontrolle bekommen. Sie spricht den Patienten vorwurfsvoll an, dass er das Treten sein lassen soll und sich beruhigen soll. Dieser reagiert aggressiv, schreit sie an. Die Angst der Schwester vergrößert sich, sie ermahnt den Patienten, in sein Zimmer zu gehen, worauf dieser die Schwester beschimpft. Eine herbeieilende Kollegin übernimmt den Kontakt mit dem Patienten und spürt, dass dieser voller Angstspannung ist. Sie fragt, was ihn denn gerade so verzweifelt macht und was ihn quält. Erst jetzt erzählt er von seiner Angst, dass seine Freundin ihn in seiner Abwesenheit mit seinem besten Freund betrügen könnte und er diesen Gedanken nicht aushält. Im gemeinsamen Gespräch beruhigt sich der Patient.

■ Deeskalationsmöglichkeiten: In der Begegnung mit einem hochgespannten Patienten kann man die Existenz von Hintergrundängsten meist als gegeben voraussetzen. Das Problem liegt jedoch darin, dass man den angespannten Patienten nicht einfach danach fragen kann. Die Ängste des gespannten Patienten müssen somit durch die eigene Wahrnehmung erfasst werden. Ein geschultes, empathisches „Angst-Ohr“ kann die Hintergrundängste eines Menschen relativ leicht aus seinem Verhalten oder seinen Äußerungen heraushören (erschließen) und dann durch Widerspiegelungen oder Fragen konkretisieren. Vor einem potentiell aggressiven Patienten fürchtet man sich, auf einen angespannten Menschen mit Ängsten kann man (vorsichtig) zugehen und Vertrauen schaffend einwirken. Der Patient fühlt sich dadurch in seiner inneren Not gesehen und verstanden, kann von seiner Aggression ablassen und sich seinen wirklichen Gefühlen und Sorgen widmen.

Aggression als Kommunikationsversuch und Beziehungsstörung

Diese (systemische) Sichtweise aggressiver Verhaltensweisen birgt viele Deeskalationsmöglichkeiten in sich. Zu kommunizieren, sich mitteilen und ausdrücken zu können, ist eines der fundamentalen Grundbedürfnisse des Menschen. Sind diese Ausdrucksmöglichkeiten blockiert oder eingeschränkt, können Bedürfnisse, Meinungen, Interessen und vor allem Gefühle nicht adäquat mitgeteilt werden. Frustration und Aggression bildet sich.

Die Gründe für diese Blockierungen können vielschichtig sein: man hat es nicht gelernt, über eigene Bedürfnisse oder Gefühle zu reden, heftige Emotionen blockieren die Kommunikation, Ängste oder geistige Behinderungen schränken die Ausdrucksmöglichkeiten ein. Wie auch immer entstanden, aggressive Verhaltensweisen können als missglückter und sozial nicht erwünschter Mitteilungs- und Kommunikationsversuch verstanden werden, in dem Botschaften, quasi verschlüsselt, enthalten sind, welche anders nicht gesendet werden können. Dabei ist der Ausdruck aggressiv wirkender Gefühle stellvertretend für den Ausdruck anderer Emotionen, die nicht gezeigt oder erst gar nicht gefühlt werden können, den Menschen aber belasten, in ihm wirken und wüten (z.B. Trauer, Schmerz, Minderwertigkeitsgefühle).

Beispiele: Ein Mann in der Unfallaufnahme, dessen Sohn gerade verstorben ist, schreit auf die Ärzte ein und stößt wüste Drohungen aus. Einer Bewohnerin eines Pflegeheimes gelingt es nicht, eine Milchtüte zu öffnen, sie klingelt und sagt zu der Schwester: „Jetzt machen Sie nichtsnutziges Ding doch endlich mal diese Tüte auf.“ Ein psychiatrischer Patient steht unter Spannung, fühlt sich verloren und vernachlässigt und fängt an, zu randalieren. Einem geistig und körperlich behinderten jungen Mann gelingt es nicht, einer Schwester mitzuteilen, dass er sie mag. Statt dessen zieht er sie beim nächsten Kontakt heftig an den Haaren.

Aggressive Kommunikation ist damit auch ein Beziehungsversuch eines Patienten. Im Rahmen seiner Möglichkeiten und Beziehungsmuster stellt er dadurch Kontakt und Beziehung her, die er anders nicht herstellen kann.

Die Beziehungsfähigkeit vieler Menschen ist aufgrund von „familiärer (systemischer) Vererbung“ genauso eingeschränkt wie ihre Kommunikation. Besonders gilt dies für psychisch kranke Menschen: psychisch krank zu sein bedeutet eine Störung der Beziehungsfähigkeit zu sich selbst und zu Anderen! In schwierigen Familiensystemen mit überprotektivem, entwertendem, kontrollierendem, gewaltvollem, autoritärem, bestrafendem, rigide-religiösem oder missbrauchendem Milieu entwickeln sich dementsprechende Beziehungs- und Kommunikationsmuster, die oft voller Gewalt und Aggression stecken. Es werden Verhaltensstrategien entwickelt, die zum Überleben in solchen Familiensystemen notwendig sind und mit denen die Bedürfnisse nach Nahrung, Zuwendung, Anerkennung oder einfach nur nach körperlicher Unversehrtheit in der Kindheit erreicht werden können. Diese Verhaltensstrategien, werden im Erwachsenenalter beibehalten. Der Mensch überträgt sie in neue Beziehungen, in sein eigenes Partner- oder Familiensystem und bei Krankheit auch in das Behandlungssystem.

Beispiel: Eine missbrauchte Borderline-Patientin spaltet die Pflegekräfte in einem Team in gute und böse Menschen auf, idealisiert die Guten und entwertet die Bösen. So kann sie Beziehungen leben, die nicht real sind, ihr deswegen aber auch nicht nahe kommen können; eine schwer depressive Frau, die trotz ihrer Krankheit den Mitpatienten und dem Personal hilft, wo sie kann, für sich selbst aber keine Fortschritte macht; der Mann, der zuhause fordernd und aggressiv war, wird im Altenheim nicht liebenswert mit Schwestern umgehen.

■ Deeskalationsmöglichkeiten: Wenn wir aggressive Verhaltensweisen einfach als misslungenen Versuch einer Mitteilung oder einer Kontakt- bzw. Beziehungsaufnahme verstehen, sozusagen als unschönes Kleid, als unerwünschte, gefährlich anmutende Ummantelung, dann ergibt sich die Möglichkeit, sich von dieser äußeren Erscheinung nicht täuschen zu lassen und sich über seine empathische Wahrnehmung auf die Suche zu machen, welche Mitteilungen, Botschaften oder Beziehungsversuche dahinter verborgen sein könnten, was sozusagen unter dem Kleid bzw. Mantel steckt. Nehmen wir den Menschen mit seinen Bedürfnissen und Gefühlen hinter der Aggression wahr und zeigen wir ihm dies, dann öffnet sich häufig die Tür zu einer Verständigung und zu einer Kommunikation, die ohne Aggression auskommt.

Beispiel: Ein Patient schnauzt eine Schwester an, die ins Zimmer kommt: „Na, Kaffeetrinken endlich beendet, hier kann man ja schier verrecken, bis einer mal nach einem schaut“. Anstatt beleidigt zu reagieren, kann sie wahrnehmen, dass der Patient sich alleingelassen gefühlt hat und durch Sorgen oder Schmerzen belastet zu sein scheint. Mit der Entgegnung: „Oh je, das hört sich so an, als ob es Ihnen gar nicht gut geht, was ist denn los mit Ihnen?“ ergibt sich für den Patienten die Chance, über seine Gefühle zu reden.

Aggression als Folge von Ärger und Wut

Ärger und Wut sind sehr energiereiche Gefühle, die den Menschen in starke Anspannung versetzen und die sehr leicht in aggressive Verhaltensweisen münden können. Ob dies geschieht, hängt vom Umgang mit diesen Gefühlen ab. Eine sehr große Rolle spielt dabei der gedankliche Umgang mit Ärger und Wut: Viele Gedankenprozesse können diese Gefühle aufrecht erhalten oder sie gar ins Unermessliche steigern, bis das emotionale Fassungsvermögen erreicht oder überschritten wird. Dann drohen Kontrollverlust und heftige Aggressionsausbrüche. Ärger und Wut werden nicht be- oder verarbeitet, sondern angestaut, bis man eben platzt. Häufig, schnell und extrem wütend zu werden, ist für den Betroffenen selbst eine Qual, auch wenn ihm der Leidensdruck nicht immer bewusst ist. Aggression kann somit als ein reaktives und defizitäres Verhaltensmuster in Ermangelung anderer Umgangsweisen mit Ärger und Wut verstanden werden.

■ Deeskalationsmöglichkeiten: Findet der Mensch ihm entsprechende Be- und Verarbeitungsmöglichkeiten von Wut und Ärger, sinkt die Wahrscheinlichkeit von aggressiven Verhaltensweisen. Möglichkeiten des Umgangs mit Wut und Ärger sind: Spazieren gehen, Filme (ohne aggressiven Inhalt), Atmungs- und Entspannungstechniken („erst mal tief durchatmen“), Essen, Trinken, Badewanne, beruhigende Musik, leichte sportliche Aktivitäten (Fahrradfahren, Joggen etc.), Ablenkungen aller Art, Massage, Spiele und vor allem Gespräche. Eine Station mit einem hohen Anteil gespannter Patienten sollte sich ein umfangreiches Repertoire von Möglichkeiten erarbeiten und bereithalten, um auf Ärger, Wut und erste Aggression optimal reagieren zu können, besonders dann, wenn die Patienten durch Gespräch nicht erreicht werden können.

Es herrscht die weit verbreitete Meinung, man könne Ärger und Wut loswerden, indem man sie ausagiert und auslebt (rausschreien, toben, Sandsackboxen, Holzhacken, auf Kissen einschlagen, etc.) und man könne auf diese Weise Spannung abbauen und die Gefahr aggressiver Verhaltensweisen vermindern. Diese Meinung ist falsch! Zwar erlebt der Wütende nach dieser stellvertretenden Brachialaggression subjektiv das Gefühl von Erleichterung und Befriedigung, objektiv steigt aber die Wahrscheinlichkeit, dass Wut und Ärger künftig ebenfalls durch Brachialaggression ausgelebt werden.

Denn das Erleben von Erleichterung und Befriedigung nach der aggressiven Handlung wirkt verstärkend und der Wütende lernt, dass sich das Ausleben von Wut und Ärger durch Brachialaggression lohnt und gut anfühlt.


Dies bedeutet, dass Institutionen, die gespannten Patienten Aggressionsabfuhrmöglichkeiten (z.B. Sandsackboxen) anbieten, eine unzureichende und möglicherweise kontraproduktive Deeskalationsstrategie praktizieren, besonders dann, wenn dies die einzige angebotene Umgangsmöglichkeit darstellt. Ohne Frage ist es im Einzelfall natürlich besser, einem Patienten die Aggressionsabfuhr zu ermöglichen, anstatt Verletzungen durch Übergriffe auf das Personal zu riskieren. Allerdings darf man sich dabei nicht der Illusion hingeben, die Aggression würde sich durch das Ausagieren mindern.

Menschen haben in unterschiedlichen Sozialisierungen unterschiedliche Umgangsweisen mit Ärger und Wut erlernt. In vielen Milieus sind heftige aggressive Verhaltensweisen die einzig erlernte Variante. Mit solchen Patienten kann in wut- und ärgerfreien Zeiten an neuen Bewältigungsmöglichkeiten gearbeitet werden. Dabei ist es erforderlich, dass der Betroffene selbst nach Möglichkeiten für einen anderen Umgang mit seinen Gefühlen sucht und erprobt, denn selbst erarbeitete Alternativen haben die höchste Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung.

Letztendlich können Wut und Ärger auch als lebendige, konstruktive Energien begriffen werden, die einen veranlassen, sich selbst zu spüren und wahrzunehmen. Ein großer Teil von Ärger und Wut wird nach Situationen empfunden, in denen man seine eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Gefühle übergangen hat oder nicht geäußert hat, in denen man zugelassen hat, dass man unfair oder abwertend behandelt wurde. So transportieren Wut und Ärger Botschaften über sich selbst, die man entdecken kann, wenn man in sich hinein hört.

Aggression als Folge von Stress, Überforderung und Frustrationen

Jeder Mensch reagiert auf Stress und Überforderung früher oder später genervt, gereizt und aggressiv, erst recht, wenn Frustrationen (enttäuschte Erwartungen) hinzukommen. Wie schnell diese Reaktionen eintreten, hängt von der Frustrationstoleranz und den Stressbewältigungsmöglichkeiten eines Menschen ab. Schwer kranke Patienten leben oft in Dauerfrustration und haben eine erheblich höhere Anzahl von Stressoren. Auch dauergestresstes oder überfordertes Personal lebt oft am Limit seiner physischen und psychischen Möglichkeiten. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn so manche aggressiv erscheinende Verhaltensweise oder Kommunikation vor diesem Hintergrund geschieht, da in der Überforderung Empathie, Toleranz, Differenzierungsvermögen und viele soziale Kompetenzen schwinden. Ähnliche Reaktionen können manchmal auch bei anhaltender Langeweile und Unterforderung entstehen.

 **Deeskalationsmöglichkeiten:** Eine Reduktion der Stressoren, wann immer und wo immer möglich, bedeutet Aggressionspotentiale zu vermindern! Überforderungen zu erkennen und darauf zu reagieren ist Teil der Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten und gegenüber dem Mitarbeiter. Ein gestresster Mitarbeiter kann in Eskalationssituationen schwer gelassen und besonnen reagieren und ein überforderter Patient hat keine weitere Stress- oder Frustrationstoleranz mehr.

Aggressive Reaktionen auf Überforderungsprozesse sind zutiefst menschlich und verdienen Verständnis und Mitgefühl, denn sie haben keine Absicht der Schädigung oder Verletzung, sondern geschehen aus innerer Not.



Aggression als Folge von Konflikten

Wenn unterschiedliche Meinungen, Interessen, Bedürfnisse, Ziele etc. von Menschen aufeinander treffen, entstehen Konflikte. Versucht eine Partei, ihre eigenen Interessen, Bedürfnisse, Ziele usw. gegen die Interessen, Bedürfnisse und Ziele der/des Anderen durchzusetzen, so geschieht dies meist mit aggressiven Verhaltensweisen, die im Laufe des Konflikts immer heftiger werden. Versuchen beide Konfliktparteien, sich mit allen Mitteln durchzusetzen, entfaltet sich ein enormes Aggressions- und Eskalationspotential.

Der Unterlegene fühlt sich als Verlierer, ist verletzt, gedemütigt, empört und entwickelt Rachegefühle und -strategien zur Wiederherstellung des erlittenen Selbstwertverlustes. So bedingt ein aggressiv errungener Sieg die nächste Niederlage. Ursprüngliche Sachkonflikte verlagern sich zu einem lang andauernden Beziehungskonflikt. Manchmal vergisst man sogar, wann oder womit es begonnen hat, aber man vergisst nie, wie man behandelt wurde! Jede der Konfliktparteien glaubt, im Recht zu sein und wenn Menschen glauben, Recht zu haben, werden sie in ihren Handlungen gefährlich! Denn sie glauben, dass nun alle Mittel legitim sind, ihr Recht einzuklagen oder durchzusetzen.

■ Deeskalationsmöglichkeiten: Konflikte progressiv (ohne Niederlage) lösen zu lernen ist für ein gewalt- und aggressionsfreies Milieu unverzichtbar. Ein Konflikt ist erst dann wirklich gelöst, wenn alle Beteiligten ohne das Gefühl einer persönlichen Niederlage aus dem Konflikt heraus kommen. Dabei ist die Art und Weise, wie der Konflikt ausgetragen wird oft wichtiger als die Lösung selbst, denn Verletzungen oder Kränkungen auf der Beziehungsebene wirken sehr viel länger als eine Niederlage auf der Sachebene. Wer die häufig katastrophalen Langzeitwirkungen aggressiver Konfliktdurchsetzungen richtig einschätzt und bedenkt, verzichtet darauf.

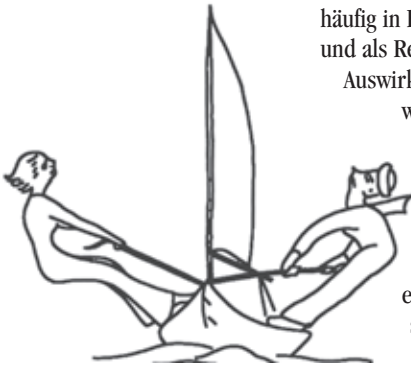
Aggression als Reaktion auf Aggression: die Eskalationsspirale

Aggression und Gegenaggression bilden eine Eskalationsspirale, aus der niemand gerne den Ausstieg macht, weil dies als Zeichen von Schwäche oder Unterlegenheit gedeutet wird. Die Weisheit „Der Klügere gibt nach“ oder in unserem Falle: „Der Gesündere hört damit auf!“ wäre eine gute, erste Deeskalationsregel. Stattdessen kommt es häufig zu Machtkämpfen zwischen Mitarbeitern und Patienten, in denen ausgefochten wird, wer der Stärkere ist.

Beispiel: eine sehr beleibte und deswegen fast nicht mehr bewegungsfähige Bewohnerin eines Altenheimes isst soviel, dass gesundheitliche Bedenken und Verantwortungsjüngste des Personals zu dem Beschluss führen, ihr das Essen zu reduzieren und einzuteilen. Als Reaktion darauf bestellt die Dame mehrere Pizzen u.a. Gerichte bei einem Lieferservice. Im Gegenzug werden ihre Mahlzeiten weiter reduziert, der Lieferservice wird abgefangen. Die Bewohnerin fängt an, Essen von Mitbewohnern zu stehlen und wird dafür hart sanktioniert. Ein Mitbewohner erledigt nun in ihrem Auftrag Großeinkäufe und die Bewohnerin hortet die Lebensmittel in ihrem Zimmer. Eine Räumung des Zimmers von allen Lebensmitteln wird erwirkt und eines Morgens, direkt nach dem Aufstehen der Bewohnerin rüde durchgeführt. Bei der Räumung jammert und bittet die Bewohnerin darum, ihr die Lebensmittel zu lassen, niemand reagiert darauf. Plötzlich greift sie an, schlägt, tritt um sich, lässt sich mit ihrem vollen Gewicht auf die Stationsleitung fallen und würgt sie. Nur mit Mühe kann das Personal die Stationsleitung von der schwergewichtigen Frau befreien, eine Fixierung erfolgt. Die Bilanz: schwere Verletzungen bei der Stationsleitung und mehrere mittlere und leichte Verletzungen bei der Bewohnerin und anderen Pflegekräften.

In dieser oder in ähnlichen „Kriegssituationen“ kommen die unterschiedlichsten Aggressionsformen zum Einsatz, die in der Eskalation häufig in Brachialaggression mündet. Jeder sieht sich dabei im Recht und als Reagierender auf das Verhalten des Anderen. Die möglichen Auswirkungen der eigenen Verhaltensweisen auf den Anderen werden dabei viel zu wenig bedacht. So eskalieren Konflikte Zug um Zug und in der Betrachtung als Außenstehender kann man häufig beide Seiten verstehen. Das Bild eines Segelbootes mit zwei Seglern verdeutlicht das Geschehen in einer Eskalation: zwei Segler sitzen sich am Rand des Bootes gegenüber, in der Mitte das Segel. Lehnt sich einer der Segler nun nach außen, muss der andere Segler sich, um das Gleichgewicht zu halten, auch nach außen lehnen. Aus Angst, das Boot könnte kentern lehnt er sich sogar ein Stückchen weiter nach außen, was den anderen Segler zwingt, dies auch zu tun. So lehnt sich jeder ein Stückchen mehr nach außen, beide haben Angst, das Boot könnte kentern, wenn sie nachgeben. Doch in Wirklichkeit können sie sich und das Boot nur retten, wenn einer sich wieder ein Stückchen aufsetzt und der andere merkt, dass ein weiteres Hinauslehnen nicht mehr erforderlich, sondern sogar kontraproduktiv ist.

■ Deeskalationsmöglichkeiten: Eskalierende Machtkämpfe zwischen Mitarbeiter und Patienten sollten immer vermieden werden, denn meist verlieren darin beide. Die Notwendigkeit, Grenzen zu setzen oder nicht akzeptables Patientenverhalten verändern zu müssen, bedeutet nicht, gewaltvoll oder aggressiv vorgehen zu müssen.



Es ist im obigen Beispiel und in vielen anderen Situationen keineswegs einfach und zunächst auch zeitintensiv, andere Lösungen zu finden, doch im Vergleich zu einer Eskalation ist es mit Sicherheit nicht nur der bessere, sondern letztlich auch ein zeitsparender Weg. Der Zeitaufwand für Fallbesprechungen, Supervisionen, Pflege- oder Behandlungsplanungen, in denen neue, kreative Lösungen erarbeitet werden können, zahlt sich bei schwierigen Patienten meist aus. So hätte im obigen Beispiel der Ausbruch der Brachialaggression vermutlich vermieden werden können, wenn nicht alle Lebensmittel entfernt worden wären, sondern nur der kalorienreiche oder der verderbliche Teil und wenn die Bewohnerin auf die Aktion besser vorbereitet worden wäre. Im Vorfeld hätten die Klärung der Ängste und Verantwortlichkeiten des Personals oder kreative Ideen während einer Supervision vielleicht dabei geholfen, moderatere Wege gehen zu können.

Aggression als Reaktion auf den Verlust von Autonomie und Kontrolle

Verliert der Mensch an Autonomie (Selbstbestimmung) und an Kontrolle über sich selbst und seine Belange bzw. wird ihm dies abgesprochen, so entwickelt er ein aggressives Selbstbehauptungsverhalten, das zum Ziel hat, seine Autonomie zu wahren oder wiederherzustellen und die Kontrolle zurückzuerobern. Der Selbstwert eines Menschen ist eng mit der Möglichkeit der Autonomie und der Kontrolle verbunden. Aggression kann somit auch als verzweifelter Versuch der Selbstwertbehauptung verstanden werden. Der Kampf von Patienten um Autonomie und Kontrolle ist regelmäßig Aggressionsursache in den Gesundheitsberufen.

■ Deeskalationsmöglichkeiten: Patienten Autonomie und Kontrolle zuzugestehen, wo immer dies möglich ist, und somit den Selbstwerterhalt zu fördern, bedeutet, deeskalierend zu arbeiten. Dies ist erst recht wichtig, wenn (z.B. alte oder behinderte) Menschen eine Teilreduktion von Autonomie und Kontrolle erdulden müssen und gilt auch für den Umgang mit einem aggressiven Patienten, der seine Kontrolle zu verlieren droht.

Weitere Aggressionsursachen und Beweggründe von Aggression

Aggressivität ist eine häufige Reaktion auf erlittene Kränkungen und Demütigungen und den damit verbundenen Selbstwertverlust. Durch aggressive Gegenreaktionen verdeckt man seine Verletzung und versucht sich als starkes Gegenüber darzustellen und zu behaupten.

Aggression kann auch eine kompensatorische Reaktion auf persönliche Minderwertigkeitsgefühle sein und dient dann der Selbstwertbehauptung.

In Zuständen von Schmerz, Verlust und Trauer sowie im Sterbeprozess kommt es häufig zu aggressiven Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen als eine der Sterbe- und Trauerphasen.

Bestrafungen jeglicher Art in Verbindung mit Ohnmachtsgefühlen und Selbstwertverlust erzeugen ein immenses Frustrations- und Aggressionspotential.

Empfindet der Mensch angesichts offensichtlicher oder subjektiv empfundener Ungerechtigkeiten (gegen sich oder Andere) Hilflosigkeit, so entsteht „ohnmächtige“ Wut, die sich in aggressiven Reaktionen entladen kann, wobei das Opfer der Aggression oft nichts mit der Ursache der Aggression zu tun hat, sondern nur als willkommener Auslöser zur Abreaktion der Wut dient („Aggression der nächsten Chance“).

Alkohol- und Drogenabusus führen bei vielen Süchtigen zu einer Enthemmung des Aggressionspotentials. Bei der stationären Aufnahme von Intoxikationspatienten ist daher immer besondere Vorsicht geboten, da diese Patienten häufig nicht ansprechbar und ausbrechende Aggression daher auch schlecht deeskalierbar ist.

Verschiedene Medikamente können Aggressivität steigern oder erzeugen, z.B.:

- Aktivierende Antidepressiva: Anafranil, Gamonil, Pertofran, Imipramin, Noveril, Vivilan u.a.
- Schilddrüsenhormone: Levothyroxin, Eferox, Euthyrox, Thevier u.a.
- Antiepileptika und Barbiturate: Luminal, Liskantin, Phenytoine, Epanutin, Zentropil u.a.
- Parkinsonmittel: Levodopa, Dopaflex, Kirim, Pravidel u.a.
- Coffein: Alacetan, CC forte, Coffetyl, Doppel-Spalt, Neuralgin, Octadon, Tegal u.a.
- Benzodiazepin-Tranquilizer: Adumbran, Diazepam, Praxiten u.a.
- Benzodiazepin-Schlafmittel: Rohypnol, Mogadan, Remastan u.a.

Krankheitsbedingte Aggression ist ein Vorurteil. Zwar besteht bei allen Menschen mit beeinträchtigter Zurechnungsfähigkeit ein erhöhtes plötzliches Angriffsrisiko (z.B. bei akuten Psychosen mit Wahn oder Verknennung), jedoch konnte krankheitsbedingte Aggression wissenschaftlich bisher nicht nachgewiesen werden. Die Empirie zeigt sogar auf, dass Gewalttaten bei psychisch kranken Menschen nicht häufiger vorkommen, als es der Verteilung der psychisch Kranken in der Gesamtbevölkerung entspricht. Die verallgemeinernde Aussage, psychisch Kranke seien besonders gefährlich, ist deshalb nicht haltbar.

Patienten mit „Kampfeslust“ und sadistischen Aggressionsimpulsen nehmen eine Sonderstellung ein. Kampfeslust bzw. Sadismus vermitteln emotionale oder sexuelle Befriedigung auf der Grundlage des Schmerzes, der Angst oder der Unterlegenheit des Opfers. Beweggründe sind die Erhöhung des Selbstwertgefühls durch das Erleben eigener Stärke und Macht und die Möglichkeit der (emotionalen oder sexuellen) Selbststimulierung bei ansonsten emotionaler Verarmung. Dadurch haben diese Patienten keinerlei Interesse an einer Deeskalation ihrer Aggression, was den Umgang mit ihnen besonders schwierig macht.

Ethnologen, Anthropologen, Philosophen, Psychologen, Lerntheoretiker und auch die meisten Psychoanalytiker sind sich mittlerweile darin einig, dass ein Aggressionstrieb im Menschen nicht existiert. Im Überlebenstrieb, der Teil unseres biologischen Erbes ist, setzt der Mensch zwar aggressive Verhaltensweisen ein, findet er jedoch gleichwertige oder bessere Alternativen, wird die Aggression überflüssig. So gibt es einen natürlichen Drang im Menschen zu überleben, aber keinen Drang nach Aggression.

Fazit: Die vielfältigen Ursachen, Mechanismen und Beweggründe von aggressiven Verhaltensweisen erklären, warum Aggression so häufig den Alltag belastet. Auf den ersten Blick erscheinen die vielen Entstehungsvarianten zunächst verwirrend, doch gerade die große Vielfalt möglicher Ursachen eröffnet in ihrer Differenzierung auch zahlreiche Möglichkeiten und Wege der Deeskalation. Es ist nicht einfach und Patentrezepte gibt es nicht. Doch die Herausforderung, sein Wissen, seine Wahrnehmung und Empathie sowie seine Kommunikationskompetenz erfolgreich einzusetzen und eine angespannte Situation deeskalieren zu können, erzeugt ein gutes und erfüllendes Gefühl.

Doch was sind diese notwendigen Kompetenzen? Woraus besteht das notwendige Handwerkszeug? Welche Art der Kommunikation und Gesprächsführung ist förderlich im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten? Wie kann ich eine akute Eskalation deeskalieren? Wie verhalte ich mich, wenn Brachialaggression kurz vor dem Ausbruch steht? Mit diesen und anderen Fragen beschäftigen wir uns im folgenden Kapitel.

Deeskalationsstufe IV: Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten

Das wichtigste Ziel in einer eskalierenden Situation ist die Verhinderung von Brachialaggression, d.h. von Angriffen des Patienten gegen andere Personen. Darüber hinaus gilt es, dem Patient und sich selbst dabei zu helfen, so schnell und so gewaltarm wie möglich aus der angespannten Situation herauszufinden. Eine Deeskalation ist dann erfolgreich, wenn die aggressive Spannung und innere Not des Patienten abnimmt und es gelingt, ein klärendes oder entlastendes Gespräch mit ihm führen zu können, in dem Lösungen für seine aktuellen Probleme oder Befindlichkeiten gefunden werden können. Die folgenden zwölf Grundregeln der Deeskalation beinhalten alle wesentliche Aspekte, die vor oder während dem Kontakt mit dem hochgespannten Patienten zu berücksichtigen sind.



Die 12 Grundregeln der Deeskalation

1. Wehret den Anfängen!

Schon in der Entstehung von erstem Unmut, von Angespanntheit, Unruhe oder Gereiztheit eines Patienten sollte eine deeskalierende Intervention erfolgen. Sehr häufig werden die ersten Anzeichen drohender Eskalationen nicht wahr genommen oder nicht ernst genommen. Die vielen drängenden Routinearbeiten und entsprechender Zeitdruck verführen dazu, erst einmal abzuwarten. Je später die Reaktion, desto schwieriger die Deeskalation und desto geringer die Chance eines verletzungsfreien Ausgangs. Je früher Sie reagieren, desto besser!

2. An die eigene Sicherheit denken!

Prüfen Sie gut, ob die Situation Ihrer Meinung nach von Ihnen alleine gemeistert werden kann und scheuen Sie sich nicht, Kollegen einzuschalten (nie den Helden spielen!). Mit einem hochgespannten Patienten in Kontakt zu treten bedeutet immer, sich in eine Gefahrensituation zu begeben. Deshalb ist es wichtig, Sicherheitsmaßnahmen und Verhaltensregeln zu beachten, welche die eigene Sicherheit im Kontakt mit dem Patienten gewährleisten.

3. Schaulustige entfernen!

Bedenken Sie auch die Gefahren für (noch) nicht unmittelbar beteiligte Personen, die häufig allzu gerne das Schauspiel verfolgen. Kollegen sollten Schaulustige vorsichtig, aber bestimmt entfernen. Vor einer Plattform von Zuschauern ist die Deeskalation wesentlich erschwert, weil der Patient seine Hintergrundgefühle, Nöte oder Probleme nicht zeigen wird, sondern stark und mächtig erscheinen will.

4. Beruhigen Sie sich selbst!

Natürlich ist man in einer hochgespannten Situation selbst angespannt, aufgeregt und angstbesetzt. Die Praxis zeigt: derjenige, der es versteht, sich selbst zu beruhigen, übt auch eine beruhigende Wirkung auf den Patienten aus.

Am Wichtigsten ist der Kontakt zur eigenen Atmung, die in Stresssituationen dazu neigt, zu hyperventilieren oder zu stocken. Man atmet mehr Luft ein als aus. Dem kann man entgegenwirken, indem man immer wieder bewusst vollständig ausatmet und dem Atemreflex die Einatmung überlässt. Die Einatemluft dabei in den Bauchraum zu leiten hat eine beruhigende Wirkung. Der eigenen steigenden Körperanspannung (meistens in Armen, Schultern oder Rücken) kann durch bewusstes Loslassen einzelner Körperpartien entgegengewirkt werden.

5. Der angespannte Patient braucht einen Ansprechpartner!

Treten Sie dem Patienten nie mit mehreren Kollegen gleichzeitig gegenüber, wenn Sie noch eine Chance zum gewaltfreien Ausgang der Situation sehen. Verbale Deeskalationsversuche sollten immer nur von einer Person durchgeführt werden, Kollegen sollten sich nicht sichtbar oder unbeteiligt wirkend im Hintergrund aufhalten (z.B. im lockeren Gespräch miteinander). Wenn mehrere Personen den Patienten anschauen und beobachten, ängstigt und verunsichert dies den Patienten, er fühlt sich bedrängt und seine Anspannung steigt. Stattdessen ist es wichtig, sämtliche möglichen Reize von dem Patienten fernzuhalten und ihm das Gefühl zu vermitteln, die Situation überschauen und (mit)kontrollieren zu können. Die Kontaktaufnahme mit dem Patienten sollte durch die Person geschehen, deren Chance auf Akzeptanz im Moment des Geschehens am Größten ist und die sich von ihrer Tagesform her am Meisten zutraut. Entscheidend ist dabei weder die Berufsgruppe noch die hierarchische Position!

6. Achten Sie auf Ihre Körpersprache, Mimik, Gestik und Stimme!

Der Patient darf sich durch ihre Körperhaltung weder herausgefordert noch bedroht fühlen (siehe Abbildung). Besonders Männer laufen Gefahr, in angespannten Situationen unbewusst Stärke und Dominanz ausstrahlen zu wollen und lassen die Oberarme und den Brustkorb mächtig aussehen. Nähern Sie sich einem aggressiven Patienten vielmehr so, wie Sie sich einem verängstigten Tier nähern würden (z.B. einem Pferd oder einem Reh), zu dem Sie Kontakt aufbauen wollen. Beobachten und reflektieren Sie Ihre Mimik und Gestik. Sie sollte sparsam eingesetzt werden und der Beruhigung des Patienten dienen. Hektische Bewegungen oder ausladende Gestiken können als Bedrohung oder weitere Reizung empfunden werden.



Beispiele falscher Körperhaltung

Achten Sie auch auf ihren Abstand zum Patienten. Gespannte Patienten brauchen einen größeren Körper- und Aktionsraum. Auch ihre Stimme ist von Bedeutung: je tiefer, ruhiger, tragender und wohlklingender sie ist, desto höher die Deeskalationschancen. In extremen Situationen ist eine beruhigende Stimme wesentlich wichtiger als der Inhalt der Kommunikation. Aus diesem Grund sollte man während der Deeskalation seiner eigenen Stimme Gehör schenken und sehr darauf achten, dass die Stimme sich nicht hebt oder gar schrill wird. Die eigene Stimme wird übrigens sofort tiefer und wohlklingender, wenn man sich entspannt und tief durchatmet.

7. Stellen Sie Augenkontakt her!

Es ist wichtig, immer wieder kurze Augenkontakte zu dem Patienten aufzunehmen. Allerdings darf dies nicht aufdringlich, beobachtend oder stierend wirken. Optimal ist es, auch immer wieder mal vom Patienten wegzuschauen, um nicht das Gefühl des Bedrängens und Beobachtens entstehen zu lassen. Lassen Sie den Patienten jedoch niemals ganz aus den Augen. Wenigstens aus dem Augenwinkel müssen Sie seine Bewegungen noch wahrnehmen können. Ein komplettes sich Abwenden birgt das Risiko eines plötzlichen Angriffes ohne Abwehrmöglichkeit.

8. Versuchen Sie nie, den Patienten zu kontrollieren oder zu beherrschen!

Statt dessen sollten Sie sich darauf konzentrieren, die Situation inklusive der Vorsichtsmaßnahmen, Ihre Körperhaltung und Ihre Atmung zu beherrschen. Sind Sie innerlich beherrscht und beherrschen Sie die Situation, können Sie der Aufregung des Patienten mit mehr Toleranz und ruhiger Sicherheit begegnen. Machtkämpfe zwischen Ihnen und dem Patienten müssen auf jeden Fall vermieden werden. Es ist völlig unerheblich, wer gerade Recht hat. Stimmen Sie ruhig dem Patienten – auch gegen Ihre Überzeugung – in seiner Sichtweise zu (außer bei Wahnideen). Allerdings dürfen Sie dabei nicht soweit gehen, Zusagen zu machen, die hinterher nicht einhaltbar sind. Drängen Sie den Patienten zu nichts, z.B. sich hinzusetzen oder sich zu beruhigen. Vermeiden Sie andauernde Appelle.

9. Lassen Sie sich nicht provozieren oder von verbaler Aggression treffen!

Der aggressive Patient hat im Augenblick drohender Eskalation „Narrenfreiheit“, solange er nicht handgreiflich wird. Jegliche Beschimpfungen, Abwertungen oder auch sexuelle Anspielungen sollten Sie einfach ignorieren und nicht zum Anlass von Drohungen, Ermahnungen oder persönlichen Reaktionen nehmen. Der Patient meint Sie im Moment nicht wirklich persönlich. Er will verhindern, dass ihm jemand zu nahe kommt oder ist wütend auf die Institution, deren Vertreter Sie nun mal gerade sind.

10. Vermeiden Sie selbst provokative Begriffe, Vorwürfe, Ermahnungen oder Drohungen!

Einem hochgespannten Patienten vorzuwerfen, dass er gerade sehr aggressiv ist, kann das Fass zum Überlaufen bringen. Auch Ermahnungen, sich zu beruhigen oder Androhung von Konsequenzen verschlimmern die Situation und machen Sie als Deeskalationspartner für den Patienten unbrauchbar. Signalisieren Sie statt dessen Ihre Sorge um den Patienten, drücken Sie aus, dass Sie ihm helfen möchten und vor allem, dass Sie an dem, was ihn gerade quält, belastet, aufregt oder wütend macht, interessiert sind.

Wählen Sie wertfreie Begriffe für die Beschreibung und Wider Spiegelung des Patientenzustandes („Sie wirken sehr aufgeregt, angespannt, unruhig, ärgerlich“ etc. anstatt „Sie sind aggressiv, beleidigend, unkontrolliert“ etc.)

11. Wertschätzende Haltung!

Begegnen Sie dem hochgespannten Patienten mit Respekt, Aufrichtigkeit und Empathie. Stellen Sie sich vor, Sie haben einen Menschen in großer innerer Not vor sich, der in Gefahr läuft, die Kontrolle zu verlieren, sich und anderen zu schaden. Dieser Patient verdient in seinem anstrengenden Kampf um Beherrschung und in seiner inneren Anspannung und Verzweiflung unsere gesamte Unterstützung.

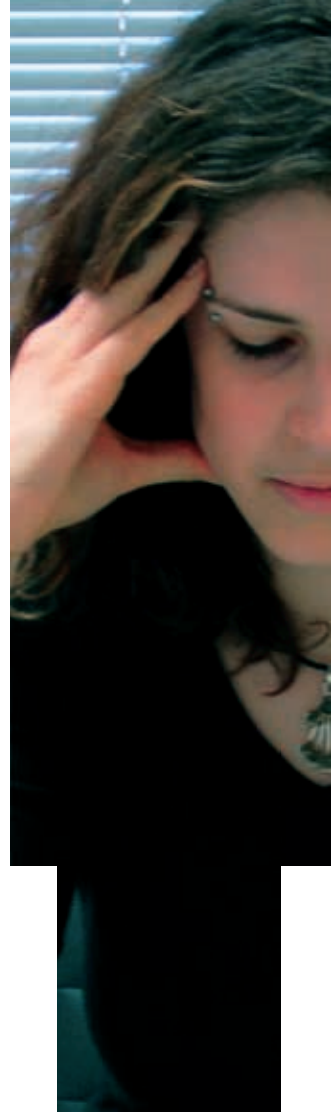
12. Bedürfnisse und Gefühle herausarbeiten!

Versuchen Sie, den aktuellen Grund für die Aufregung und Angespanntheit des Patienten herauszufinden, entweder durch Ihre Wahrnehmung oder durch vorsichtige Fragen. Erahnen oder erraten Sie mögliche Bedürfnisse des Patienten und stimmen Sie Ihre Handlungen und Vorgehensweisen darauf ab. Das Angebot eines Getränks, einer Zigarette, eines Spaziergangs oder anderer Ablenkungen, kann von Nutzen sein. Zeigen Sie dem Patienten, dass Sie dazu bereit sind, etwas für ihn zu tun, auch wenn Sie das, was er von Ihnen verlangt, vielleicht nicht erfüllen können. Achten Sie jedoch darauf, den Patienten nicht mit Fragen oder Angeboten zu überhäufen. Ein hochgespannter Patient braucht wesentlich mehr Zeit, über eine Frage oder ein Angebot nachzudenken. Lassen Sie ihm diese Zeit und bringen Sie erst dann weitere Fragen oder Angebote, wenn die vorausgegangenen beantwortet oder abgelehnt wurden.

Fazit: Noch bevor das erste Wort zum Patienten gesprochen wurde, entscheidet die Umsetzung obiger Grundregeln darüber, ob eine verbale Deeskalation chancenreich ist oder nicht. In einer angespannten Situation 12 Grundregeln gleichzeitig zu beachten, stellt jedoch für jeden Menschen eine Überforderung dar. Deswegen ist es notwendig, die Grundregeln außerhalb akuter Spannungssituationen einzeln und nacheinander im Alltag zu verinnerlichen und in das eigene Verhalten zu integrieren. Optimal ist gegenseitiges kollegiales Training oder das Training mit der Videokamera in den ProDeMa-Seminaren.

Kommunikation und Gesprächsführung in der Deeskalation

Mit der Anwendung der Grundregeln sind die Voraussetzungen geschaffen, um mit dem Patienten in einen deeskalierenden Kontakt bzw. in ein Gespräch zu kommen. Nun entscheidet die Kommunikations- und Gesprächsführungskompetenz über den weiteren Erfolg der Deeskalation. Sie ist das Handwerkszeug der Deeskalation und ist ein energetisches Gebilde, in das Körpersprache, Stimmhöhe, Tonmodulation, Kontaktnähe u.v.m. einfließen und das von der Ausstrahlung, Echtheit, dem Wahrnehmungsvermögen u.a. Persönlichkeitsfaktoren des Deeskalierenden lebt.



Die wenigsten Menschen haben Kenntnis über ihre Wirkung auf andere Menschen, so dass sie ihre kommunikative Wirkung selten reflektiert und gezielt einsetzen können. Aus all diesen Gründen kann die textliche Darstellung der nachfolgenden Kommunikations- und Gesprächsführungstechniken ein Training, das all diese Aspekte berücksichtigt, nicht ersetzen. Sie kann aber einen fundierten und praxiserprobten Eindruck über die Möglichkeiten geben.

a. Anzeichen drohender Eskalationen: Die Situation des Patienten

Es gibt Situationen, in denen ein Patient scheinbar aus dem Nichts heraus plötzlich aggressiv wird und zuschlägt. In solchen Situationen gibt es zunächst nur die Chance, abzuwehren und weitere Eskalationen, zur Not durch Flucht, zu verhindern. Brachialaggression hat jedoch ihre Eskalationsgeschichte. Ein Teil dieser Geschichte läuft im Inneren des Patienten ab und ist äußerlich manchmal sehr gut, manchmal weniger, manchmal auch gar nicht zu erkennen. Die Situation des Patienten vor Eskalationen kann wie folgt beschrieben werden.

Der Patient steht unter Spannung, ist in einem geladenen Energiezustand, unter Druck, ist umtriebig, nervös, fahrig oder versteinert, wird laut, steigert die Tonhöhe, gibt bissige Bemerkungen von sich, ist kurzatmig, schwitzt, die Augen schauen ängstlicher oder drohender, Mimik und Körperhaltung verzerren sich, er sucht Streit, verlangt oder verweigert irgendetwas, provoziert, schlägt auf Tische oder tritt gegen einen Stuhl, etc. Angst, Frustration, Wut, Schmerz o.a. Emotionen treiben ihn innerlich an. Stationsregeln, Verhaltensweisen des Personals, Mitpatienten oder Angehörige haben ihn gekränkt, verletzt oder geärgert. Er fühlt sich ungerecht behandelt, sein Selbstwertgefühl schreit nach Behauptung.

Innere Konflikte, seine Krankheit oder Aussichtslosigkeit quälen ihn. Wahrnehmungsverzerrungen, Verkennungen oder Wahnvorstellungen bedrängen ihn. Nebenwirkungen von Medikamenten lassen ihn sich selbst fremd erscheinen oder rufen innere Unruhe und Anspannung hervor. Er hält sich und seinen Zustand nicht mehr aus, ist überfordert, braucht Entlastung, sucht einen Ansprechpartner, ein Ziel für seinen Zorn, einen Schuldigen oder Sündenbock, irgendetwas oder irgendjemanden, wo er seine Anspannung loswerden kann. Der äußere Auslöser, das Ende der Eskalationskette, kann dann banal sein: die Medikamentengabe, eine kleine Zurechtweisung, ein schlechtes Essen oder der plötzliche, innere Impuls, dass genau jetzt etwas geschehen muss.

Irgendwann in diesem Ablauf mit unzähligen Varianten wird die Spannung im Verhalten des Patienten erkennbar oder spürbar. Genau dann müssen die Deeskalationsbemühungen beginnen.

b. Die Kontaktaufnahme

Die Herstellung eines Kontaktes zum gespannten Patienten ist die erste große Hürde. Die Vorgehensweise ist abhängig vom Energieniveau des Patienten. Je weniger Wahrnehmungsfähigkeit der Patient noch besitzt, je gefangener er in seinen Emotionen ist, desto wichtiger ist es, zu ihm durchzudringen. Um seine Aufmerksamkeit zu bekommen hat sich folgendes bewährt:

- Patienten mit seinem Namen anreden, der Namen verschafft immer einen Moment der Aufmerksamkeit.
- Den Patienten laut ansprechen, wenn er beim ersten Mal nicht reagiert hat. Die Lautstärke ist aber sofort zurücknehmen, wenn der Kontakt (z.B. Augenkontakt) da ist.
- Das Rufwort „Hallo!“ kann zusätzliche Aufmerksamkeit schaffen.
- Verhält sich der Patient motorisch sehr unruhig, ist es ungünstig, völlig still zu stehen. Eine leichte, langsame Körperbewegung, ein oder zwei Schritte hin und her, in gebührendem Abstand zum Patienten, wirken auf ihn meist beruhigender.
- Die Stimme und Satzmelodie darf bei der Erstsprache keinesfalls streng oder zurechtweisend wirken, sie sollte klar und fest, aber trotzdem melodisch und fragend klingen.

Randaliert der Patient bereits oder bedroht er Mitpatienten, so ist eine deutliche Intervention notwendig, die das Geschehen zunächst einmal stoppt. Ein bestimmtes und lautes Aussprechen der Worte: „Herr Maier, Stop!“, „Halt“, „Lassen Sie das!“ oder „Bitte hören Sie sofort auf!“ haben die größten Chancen. Kommt der Patient aggressiv auf Sie selbst zu, signalisieren Sie ihm durch eine entgegen gestreckte Hand auch körperlich „Halt, Herr Müller, nicht weiter!“ Zusätzlich fordert man den Patienten auf: „Bitte bleiben Sie jetzt stehen!“. Weiterhin erfolgreich sind sofortige Angebote, z.B.: „Halt, Herr Müller, stopp, bitte bleiben Sie stehen, ich kann Ihnen bestimmt helfen, wenn Sie mich lassen!“ Auch zu sagen, dass der Patient einem gerade Angst macht, wirkt auf die meisten Patienten deeskalierend z.B.: „Halt Herr Schulz, keinen Schritt weiter, sie machen mir Angst, bleiben Sie jetzt bitte stehen, wir werden bestimmt alles friedlich regeln können!“ Patienten möchten in der Regel einem weder Angst machen, noch verletzen oder angreifen. Sie sind einfach von ihrem Zustand und ihren Emotionen überfordert und erschrecken häufig sogar, wenn man sie mit ihrer Wirkung konfrontiert. Folgt der Patient den Aufforderungen nicht, sollte man sich sofort und schnell zurückziehen und Hilfe holen.

Sie sollten dem Patienten den Kontakt jedoch nie aufdrängen, denn manchmal verschlimmern Kontaktversuche die Aggressivität. Der Patient hat dann das Gefühl, er wird bedrängt und Sie wollen etwas von ihm und möchte eigentlich in Ruhe gelassen werden, äußert dies dann auch. Diesen Wunsch sollte man befolgen und dem Patienten die Chance geben, sich in angemessener Zeit alleine zu beruhigen. Randaliert oder schreit der Patient in seinem Zimmer und besteht keine Selbsterletzungsgefahr, so ist es empfehlenswert, erst anzuklopfen und deutlich zu fragen, ob man hereinkommen darf. Verneint der Patient, verfolgt man das weitere Geschehen vor der Tür.

Die häufigsten Fehler sind: den Kontakt aufzuzwingen, auf den Patienten mit schriller Stimme hektisch einzureden, gleich zu viele Fragen zu stellen oder ihm zurechtweisend, belehrend, empört oder drohend zu begegnen, z.B.: „Herr Meier, jetzt regen Sie sich mal nicht so auf,“ „jetzt reicht es aber mit der Rumschreierei“, „jetzt benehmen Sie sich mal wie ein anständiger Mensch“ usw. Die Kontaktaufnahme ist alleiniges Ziel dieser Phase und sollte mit wenigen, aber effektiven Mitteln geschehen. Im Kurzkontakt mit Ihnen lässt der Patient von anderen Aktivitäten ab und ist aus seinem inneren Eskalationsablauf für Sekunden heraus. Erst wenn diese Aufmerksamkeit geschaffen ist, macht eine weitere Kommunikation Sinn.

c. Der Kontaktaufbau: Wahrnehmung, Widerspiegelung und Fragen

Haben Sie die Aufmerksamkeit des Patienten, kann der Kontaktaufbau beginnen mit dem Ziel, den Patienten in ein Gespräch zu binden. Je nach Situation geschieht dies mit Widerspiegelungen oder Fragen:

- Wertfreie Widerspiegelungen: „Herr Schulz, Sie wirken gerade sehr aufgeregt (angespannt, wütend, unruhig, belastet, verzweifelt, ...)“, „ich hab den Eindruck, Ihnen geht es gerade sehr schlecht“. Dabei muss sich in der Widerspiegelung der Energiezustand des Patienten abbilden. In extremen Situationen kann man dementsprechend sagen: „Sie sind ja gerade völlig aus dem Häuschen (extrem angespannt, ganz arg unruhig, völlig verzweifelt, ...)“.
- Öffnende Fragen: „Was ist denn gerade los mit Ihnen?“, „Was quält (belastet, beunruhigt, ärgert, ...) Sie denn?“, „Was hat Sie denn so aufgebracht (aufgeregt, wütend, ärgerlich) werden lassen?“, „Was geht denn gerade in Ihnen vor?“, „Kann ich irgendetwas für Sie tun?“, „Was könnte Ihnen denn gerade helfen?“.

Prinzipiell ist es sinnvoll, zuerst die Widerspiegelung und dann die öffnende Frage zu stellen. In der möglichst wertfreien Widerspiegelung besteht die große Chance, dass der Patient sich wahrgenommen und verstanden fühlt und dadurch wesentlich offener für weitere Kontakt- und Gesprächsversuche ist. Wichtig ist es, nur eine Frage auf einmal zu stellen. Mehrere Fragen überfordern den Patienten und er wird, wenn überhaupt, nur auf die letzte Frage eingehen.

Gelingt der Kontaktaufbau, ist es häufig von Vorteil, den Ort zu wechseln, also z.B. vorzuschlagen: „Kommen Sie, wir setzen uns in Ihr Zimmer, da können wir ungestört weiterreden.“ Oder: „Wissen Sie was, Herr Schulz, ich lasse uns jetzt einen Tee holen und dann besprechen wir das Ganze in Ruhe weiter (nicht selbst weggehen und den Patienten in dieser Phase alleine lassen!).“ Wichtig ist dabei jedoch, den Patienten nicht zur körperlichen Ruhe zu drängen. Kann er besser im Herumgehen erzählen, lässt man ihn.

d. Die Konkretisierung der Ursachen und Beweggründe

Reagiert der Patient auf eine der Widerspiegelungen oder antwortet auf eine Frage, ist der Kontakt endgültig aufgebaut. Nun beginnt die Suche nach den Ursachen, Auslösern, Gefühlen und Hintergründen des aggressiven Verhaltens.

Dazu sind Konkretisierungsfragen hilfreich, die in der Formulierung „Was genau...“ gestellt werden. Beispiel: „Vor was genau haben Sie Angst“ (anstatt: „Warum haben Sie Angst“), „Was genau hat Sie so aufgeregt“ (anstatt „Wieso hat Sie das so aufgeregt“).

Diese Konkretisierungsfragen sind den „Warum-, Wieso- und Weshalbfragen“ eindeutig vorzuziehen, da sie nicht das Gefühl vermitteln, sich rechtfertigen zu müssen oder in Frage gestellt zu werden und außerdem zu präziseren Antworten führen. Antwortet der Patient mit einer Vielzahl von Gründen, bietet sich eine Superlativfrage an: „Und was macht Ihnen davon am meisten Angst?“ bzw. „Und was ist für Sie von allem gerade das Schlimmste?“.

Benannt nach dem grammatikalischen Superlativ: das Beste, das Schlimmste, das Meiste usw.

Diese Superlativfragen veranlassen den Patienten, sich auf ein Gefühl, eine Angst etc. zu konzentrieren, welche dann gemeinsam weiter bearbeitet wird.

Wichtig ist auch, den Patienten in die Aktualität der Gegenwart zu bringen: Wörter wie „jetzt“, „im Augenblick“, „im Moment“ etc. bringen den Patienten in das momentane Kontaktgeschehen hinein und veranlassen, dass der Patient sich auf sein momentan wichtigstes Gefühl oder Bedürfnis konzentriert, z.B. „Was ist Ihnen denn jetzt im Moment gerade am Wichtigsten? Was genau macht Ihnen jetzt, in diesem Augenblick, am meisten Angst?“

Die Konkretisierung ist Voraussetzung dafür, dass der Patient oder der Deeskalierende auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse Lösungen für die Situation finden können, was umso erfolgreicher wird, wenn es gelingt, die Antworten des Patienten treffend widerzuspiegeln. So besteht die Kommunikation in dieser Phase der Deeskalation aus einem Gemisch von Konkretisierungsfragen, Widerspiegelungen und dem deutlichen, aber nicht phrasenhaften Signalisieren von Verständnis für die Emotionen und Sichtweisen des Patienten.

Fallbeispiel 1: Herr Schulz (S.), 28 Jahre, Patient auf einer Suchtstation, ist hochgespannt und läuft auf dem Flur auf und ab, ringt die Hände, atmet stockend und pressend, ruft: „Mist, gottverdammter Mist, ich halt das hier nicht mehr aus.“ Ein Mitpatient spricht ihn an und S. reagiert: „Geh mir aus dem Weg, sonst hau ich dir in die Fresse.“ Ein Pfleger (P.) kommt hinzu:

„Herr Schulz?“ Keine Reaktion. P. (laut): „Hallo, Herr Schulz.“ Der Patient schaut den Pfleger an. „Herr Schulz, ich merk, Sie sind gerade ganz arg aufgeregt, was ist denn bloß los mit Ihnen (Stimme ruhiger werden lassen)?“ S.: „Was wollen Sie denn von mir?“ P.: „Ich will nichts von Ihnen, ich hab nur gerade den Eindruck, dass es Ihnen nicht gut geht, was ist geschehen, Herr Schulz?“ S. (schreit): „Was geschehen ist? Nichts, gar nichts, nur dass jeder glaubt, er könne auf mir rumtrampeln.“ P.: „Auf Ihnen herumtrampeln? Wer trampelt auf Ihnen herum.“ S.: „Alle, der Arzt, Ihr döseligen Pfleger und jetzt auch noch mein Bruder.“ P.: „Ihr Bruder? Was genau hat der Ihnen denn getan?“ S.: „Ich soll mich nicht so anstellen, hat er gesagt, ich sei doch nur zu faul zum Arbeiten.“ P.: „Und das hat Sie verständlicherweise geärgert.“

S.: „Ja, der glaubt mir nicht, dass ich wirklich krank bin.“

P.: „Also, das kann ich verstehen, dass Sie das wütend macht, das muss schlimm für Sie sein, vom eigenen Bruder nicht ernst genommen zu werden.“ S.: (wird ruhiger) „Der hat mich noch nie ernst genommen, wissen Sie.“



Kontaktaufnahme

Kontaktaufbau mit Widerspiegelung und offener Frage

Versuch der Provokation zum Spannungsabbau, die der Pfleger korrekt ignoriert

Konkretisierungsfrage

Widerspiegelung der Antwort

Erneute Widerspiegelung mit deutlicher Kommunikation von Verständnis für die Emotionen des Patienten

Sehr gute Widerspiegelung aufgrund sehr guter Wahrnehmung des Patienten, verlagert die Wut zu Trauer.

P.: „Da hör ich aber auch ganz schön viel Traurigkeit heraus.“

S.: „Natürlich macht mich das traurig und wütend, es ist so ungerrecht, ...“.

Herr Schulz berichtet im anschließenden Gespräch über sein Verhältnis und seine Gefühle zu seinem Bruder. Er erarbeitet sich die Lösung, in Zukunft seinen Bruder nicht mehr so ernst zu nehmen. Die Situation ist erfolgreich deeskaliert. Später bedankt sich Herr Schulz sogar beim Pfleger für das Gespräch.

e. Das Eingehen auf die Bedürfnisse und Gefühle des Patienten: echtes Interesse zeigen, Angebote machen, Lösungen erarbeiten

Im nachfolgenden Fallbeispiel rufen die Sorge und die Ängste einer Mutter um ihre Kinder immer wieder Anspannung, Verzweiflung und Wut hervor. Indem die Schwester auf die Gefühle und Bedürfnisse der Patientin eingeht, ihre Angst erkennt und widerspiegelt, ehrliches Interesse an den Kindern zeigt und mit ihr gemeinsam nach Lösungen sucht und aktive Hilfe anbietet, wird nicht nur diese Situation deeskaliert, sondern auch präventiv für zukünftige Situationen gesorgt.

Schöner Kontaktaufbau durch widerspiegelnde „Übersetzung“ der scheinbaren Aggressivität in innere Qual mit aktuellem Gegenwartsbezug.

Die Schwester überhört die Drohung und stellt die erste Konkretisierungsfrage.

Durch das Angebot verhindert die Schwester, das M. davonläuft

S. überhört die Abwertung, nimmt die Angst von M. wahr, spiegelt sie wieder und konkretisiert weiter.

Die weitere Kommunikation ist ein Gemisch aus guten Widerspiegelungen und weiteren Konkretisierungsfragen.

Herstellung des Gegenwartsbezugs

Fallbeispiel 2: Eine junge Schwester (S.) beobachtet, wie Frau Meier (M.), 38 Jahre, immer nervöser und unruhiger wird. Ihre Anspannung ist deutlich zu spüren, sie ballt die Fäuste, rauft sich die Haare. Die Schwester spricht sie vorsichtig an: „Frau Meier?“ Sie bekommt Augenkontakt „Frau Meier, Sie sind grad ganz arg unruhig, was quält Sie denn gerade?“ M.: „Ich muss so schnell wie möglich nach Hause und der Arzt lässt mich nicht. Wenn nicht bald was passiert, kann ich für nichts garantieren“ S.: „Und was genau treibt Sie so dringend nach Hause?“

M.: „Meine Kinder, die brauchen mich. Herrgott, was mach ich nur, ich muss zu meinen Kindern (will zur Türe hinaus).“ S.: „Frau Meier, bitte, bleiben Sie bei mir, vielleicht kann ich Ihnen helfen.“

M.: „Sie, mir helfen, das ich nicht lache, meine Kinder brauchen Hilfe.“ S.: „Sie haben Angst wegen Ihren Kindern. Was genau macht Ihnen denn da solche Angst?“

M.: „Die sind doch ganz alleine, ich weiß nicht, wer bei Ihnen ist, ob Sie genug zu essen haben, ob sie weinen oder mich vermissen.“ S.: „Also, Sie meinen, dass sich niemand um sie kümmert?“ M.: „Ja und ich weiß nicht mal, wie es Ihnen geht.“ S.: „Sie würden gerne wissen, wie es den Kindern im Moment gerade geht?“

M.: „Ja, ich halt es einfach nicht mehr aus.“

S.: „Das verstehe ich gut. Wie alt sind denn Ihre Kinder?“ „M.: Meine Große ist acht und mein Kleiner fünf.“ S.: „Na dann passt die Grosse sicherlich etwas auf den Kleinen auf, oder?“ M.: „Ja, schon und meine Mutter versorgt ja auch beide, aber ich habe solche Ängste.“ S.: „Und vor was genau haben Sie denn die meiste Angst?“ M.: „Dass es Ihnen nicht gut geht, sie sich vielleicht um mich sorgen oder weinen.“ S.: „Sie möchten einfach gerne häufiger wissen, wie es Ihren Kindern gerade geht.“ M.: „Ja, genau, ich kriege hier gar nichts mit von ihnen.“

S. zeigt Interesse an den Kindern und ihrer Situation, M. kann sich weiter öffnen, ist ruhiger geworden. Zu diesem Zeitpunkt kann sich S. an einen Tisch setzen und damit signalisieren, dass sie sich jetzt Zeit für die Sorgen vom M. nimmt. Setzt sich M. auch hin, so ist die Deeskalation schon weitgehend gelungen.

S. versucht durch die Superlativfrage an den konkreten Kern der Angst heranzukommen.

Eine Lösung zeichnet sich zum ersten Mal ab.

S.: „Wie könnte man das ändern?“ M.: „Ich habe meine Mutter schon mehrmals drum gebeten, öfters anzurufen, aber sie tut es einfach nicht, die sagt immer, sie hätte keine Zeit, aber das glaub ich ihr nicht (Patientin wird wieder lauter und unruhiger).“

Anstatt Ratschläge zuerteilen, regt S. M. dazu an selbst Lösungen zu suchen, was zunächst die bessere Alternative ist.

S.: „Vielleicht würde es helfen, wenn wir oder die Ärztin anrufen würden und ihr sagen würden, dass es für ihre Heilung gut wäre, wenn sie und die Kinder öfters hier anrufen.“ M.: „Das würden Sie für mich tun?“ S.: „Ich werde gleich nachher mit dem Arzt darüber reden, ob das möglich ist, aber ich glaube schon, dass das geht. Ich sage Ihnen dann gleich Bescheid.“ M.: „Danke, vielen Dank, Schwester.“

S. macht ein Angebot zur aktiven Hilfe, da die Lösung nicht in der Macht von M. alleine liegt und weil M. wieder unruhiger wird.

Es ist wichtig, dass S. nichts verspricht, was sie nicht halten kann. Für den aktiven Hilfeversuch ist M. dankbar, die Deeskalation ist erfolgreich beendet.

Wichtig bei beiden bisherigen Fallbeispielen ist, dass der Deeskalierende sich nicht abstoßen lässt von Angriffen, Vorwürfen, Ablehnung oder Beleidigungen des Patienten, sondern unbeirrt an seinen Deeskalationsbemühungen festhält.

f. Das Zeigen eigener Gefühle und Solidarisierung

In der Deeskalation ist es manchmal förderlich, dass der Deeskalierende sich mit seinen Gefühlen in die Situation einbringt. Er zeigt sich dadurch als Mensch, lenkt die Aufmerksamkeit des Patienten für Momente auf sich und zeigt Verständnis für ganz normale, menschliche Emotionen. Im Fallbeispiel 1 hätte der Pfleger auch sagen können: „Also, das kann ich verstehen, dass Sie das wütend macht, das muss schlimm für Sie sein, vom eigenen Bruder nicht ernst genommen zu werden, das würde mich auch wütend und traurig machen.“ Oder im Fallbeispiel 2: „Das verstehe ich gut, ich würde auch ausflippen vor Angst, wenn ich nicht wüsste, wie es meinen Kindern geht.“

Geht die Deeskalation trotz guter Bemühungen nicht voran, kann der Deeskalierende seine Hilflosigkeit offen zeigen und einen Appell an den Patienten riskieren, z.B. „Frau Schulz, ich möchte Ihnen so gern helfen, sich wieder besser zu fühlen, aber ich weiß gerade nicht wie. Haben Sie einen Tipp für mich, was ich tun kann (was Ihnen helfen würde)?“

g. Die Reaktionen auf negative Entwicklungen in der Deeskalation

Im hochgespannten Zustand des Patienten kann eine falsche Formulierung, ein unbedachtes Wort, eine „falsche“ Frage oder Widerspiegelung den Zorn des Patienten erneut aufflammen lassen. In diesem Moment ist es wichtig, sich sofort zu entschuldigen, die Äußerung zurückzunehmen oder zu bedauern, z.B.: „Oh, Herr Maier, Entschuldigung, ich glaube, ich hab grad was Falsches gesagt, was Sie wieder aufregt.“ Der Spannungszustand des Patienten ist der Gradmesser für die Richtigkeit der eigenen Deeskalationsbemühungen. Entspannt sich der Patient und geht das Gespräch weiter, war es gut und richtig, was man gesagt hat, entgleitet der Patient, steigt die Spannung oder der Zorn wieder an, war es nicht der richtige Weg und bedarf sofortiger Korrektur.

h. Vorsicht vor zu großem Ehrgeiz

Eine hohe Motivation und eine deeskalierende Arbeitsgrundhaltung sind wünschenswert. Der Deeskalierende darf sich jedoch nicht selbst unter Druck setzen oder setzen lassen. Zu hoher Ehrgeiz schadet dem Geschehen, übt Zwang oder Gewalt auf den Patienten aus. Zwar ist jede Deeskalation eine Herausforderung, die bei Erfolg ein erfüllendes Gefühl vermittelt, jedoch sollte kein Deeskalationskampf mit dem Patienten vollzogen werden. Im Gegenteil: Zwischendurch den Patienten zu fragen, ob man ihn lieber alleine lassen soll, ob man einen Kollegen schicken soll, mit dem er lieber redet oder was ihm sonst helfen könnte, hat zumeist positive Reaktionen des Patienten zur Folge.

Fazit: Die Wahrscheinlichkeit von Brachialaggression mit Übergriffen auf das Personal kann mit obigen verbalen Deeskalationstechniken erheblich vermindert werden. Die verbale Deeskalation erfordert jedoch eine Vielzahl an Kenntnissen und Kompetenzen:

- Wissen über mögliche Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen
- Beachtung der Grundregeln der Deeskalation
- Gutes Wahrnehmungsvermögen und Empathie
- Hohe Kommunikations- und Gesprächsführungskompetenz
- u.v.m.

Diese Kompetenzen sind kaum ohne gezieltes Training erreichbar. Mitarbeiter mit langjähriger Berufserfahrung eignen sich diese Kompetenzen mühsam durch „Versuch und Irrtum“ an und müssen Irrtümer oft mit Verletzungen bezahlen. In den ProDeMa-Seminaren äußern diese erfahrenen Mitarbeiter, wie dankbar sie gewesen wären, wenn sie schon früher über entsprechendes Wissen verfügt hätten.

Die Schulung von Personal in verbaler Deeskalation ist nicht nur für den Mitarbeiter und den Patienten bedeutsam, sondern lohnt sich (bei entsprechendem Patientenklintel) auch für die Institution, sowohl durch den Qualitätsgewinn als auch durch niedrigere verletzungsbedingte Ausfallzeiten des Personals.

Dennoch sind Angriffe auf das Personal nie völlig auszuschließen. Deshalb ist die Kenntnis von effektiven und patientenschonenden Interventionstechniken zur Abwehr, Flucht, Immobilisation und Fixierung besonders in Institutionen mit vielen aggressiven Eskalationen unverzichtbarer Teil eines Deeskalationsmanagements. Der Mitarbeiter gewinnt durch solche Kenntnisse persönliche Sicherheit, die es ihm erlaubt, mit einem hochgespannten Patienten angstfrei in Kontakt zu treten und das Verletzungsrisiko wird bei einem tatsächlichen Angriff wesentlich vermindert. Im folgenden Kapitel werden diese Interventionstechniken vorgestellt.

Deeskalationsstufe V: Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken

Die Anwendung körperlicher Abwehrtechniken sowie die Immobilisation und Fixierung eines Patienten sollte das allerletzte Mittel der Gefahrenabwehr sein. Sie dürfen nur angewendet werden, wenn alle anderen Möglichkeiten der Deeskalation ausgeschöpft sind. Es gelten die Bestimmungen des Strafgesetzbuches unter besonderer Berücksichtigung der §§ 32 ff StGB Notwehr/Nothilfe und des §§ 34 ff StGB Rechtfertigender Notstand.

Körperliche Interventionstechniken bei Angriffen von Patienten

Es gibt leider bisher nur sehr wenige Institutionen, die das Klinikpersonal auf eskalierende Situationen durch Schulungen im Umgang mit körperlichen Übergriffen durch aggressive Patienten vorbereiten. Das Risiko, ohne jegliche Kenntnisse von Interventionstechniken bei einem Übergriff verletzt zu werden, ist enorm hoch. Körperliche Schäden, schwere Verletzungen und sogar Todesfälle sind die Folge mangelnder Kenntnis von Abwehr- und Fluchttechniken bei Angriffen. Die psychischen Folgen sind dabei häufig noch schlimmer als die physischen Schäden. Durch das Erlernen spezieller körperlicher Interventionstechniken können Angriffe erfolgreich abgewehrt werden.

Definition: Als körperliche Interventionstechniken werden alle Techniken bezeichnet, welche die Aggressionshandlung eines Menschen abwehren, unterbrechen oder beenden. Dazu gehören:

- *Abwehr- und Fluchttechniken, d.b. Techniken, mit denen Angriffe effektiv abgewehrt werden können, sodass Rückzug und Organisation von Hilfe möglich ist.*
- *Kontrolltechniken, d.b. Techniken, mit denen der Angreifer für kurze Zeit unter Kontrolle gebracht werden kann, sodass keine weitere Angriffe erfolgen können.*
- *Immobilisationstechniken, d.b. körperschonende Haltetechniken, mit denen verletzungsfrei immobilisiert werden kann.*
- *Fixierungstechniken, d.b. Techniken, die den Fixierungsvorgang sicherer gestalten, beschleunigen und unterstützen.*

Für diese Interventionstechniken müssen entsprechende Handlungskompetenzen aufgebaut werden, durch die eine Verletzungsgefahr des Patienten und des Personals auf ein Minimum reduziert werden kann oder erst gar nicht entsteht. Dies führt nicht nur zu höherer Professionalität und Arbeitsqualität, sondern auch zu geringeren Ausfallzeiten des Personals und zu einer humaneren Behandlung des Patienten. Das Personal fühlt sich sicherer und kann angstfreier mit bedrohlichen Situationen umgehen. Durch die größere Selbstsicherheit traut sich der Mitarbeiter eher zu, verbale Deeskalationstechniken in der Konfrontation mit einem aggressiven Patienten anzuwenden.

In einigen Gesundheitseinrichtungen wurde der Versuch gestartet, das Klinikpersonal durch Kampfsportler im Umgang mit aggressiven Patienten zu schulen. Dies hat sich jedoch nicht bewährt, da die Techniken meist auf den Straßenkampf ausgerichtet sind und in der Anwendung von Straßentechniken schwere Verletzungen des Angreifers, d.h. in diesem Fall des Patienten, durchaus einkalkuliert werden. Des Weiteren fehlt Kampfsportlern jede Erfahrung im Umgang mit alten, behinderten, kranken oder hilflosen Menschen.

Effektive und verletzungsfreie Interventionstechniken sind für Menschen in Gesundheitsberufen bei der Arbeit mit aggressiven Patienten unverzichtbar. Diese Techniken müssen jedoch bestimmte Anforderungen erfüllen:

- Die Techniken müssen patientengerecht sein. Einem kranken Menschen ist bei einem Angriff anders zu begegnen als bei einer Auseinandersetzung im Straßenkampf.
- Die Techniken müssen körperschonend und verletzungsfrei sein und zu einer Deeskalation der Aggression beitragen können, anstatt weitere Eskalationen hervorzurufen.
- Für das Klinikpersonal müssen die Interventionstechniken leicht erlernbar und im stationären Setting effektiv durchführbar sein.
- Alle Techniken müssen auch für körperlich schwächere Mitarbeiter anwendbar sein.

Die auf den nächsten Seiten aufgeführten körperlichen Interventionstechniken stellen eine Synthese aus der jahrelangen Praxiserfahrung des Autors sowohl in pflegerischer Tätigkeit als auch in den unterschiedlichsten Selbstverteidigungssystemen dar.

Sicherheitsmaßnahmen und Verhaltensregeln bei bevorstehender Brachialaggression

Im Kontakt mit einem aggressiven Patienten sind nachfolgende Verhaltensregeln und Sicherheitshinweise eine notwendige Voraussetzung, um auf eine potentielle Angriffssituation vorzubereiten zu sein.

- Informieren Sie wenn möglich Ihre Kollegen, bevor sie sich in den deeskalierenden Kontakt mit einem aggressiven Patienten begeben, bzw. starten Sie in einer Gefahrensituation als erstes einen Rund- bzw. Notruf. Spielen Sie auf keinen Fall den Helden. Es geht um Ihre Sicherheit und um die Sicherheit des Patienten.



- Versuchen Sie, zwischen sich selbst und dem Patienten die Türe zu schließen, um sich und Mitpatienten vor einem akuten Angriff zu schützen und um Hilfe holen zu können. Es ist für alle sicherer, wenn der Patient für diese kurze Zeit eingeschlossen ist, als dass er ein unbegrenztes Aktionsfeld zur Verfügung hat.
- Halten Sie sich stets eine Fluchtmöglichkeit offen und versuchen Sie sich während einer bedrohlichen Situation in Richtung Tür oder Ausgang zu bewegen oder sich zumindest einen Fluchtweg im Rücken offen zu halten. Lassen Sie sich während Ihrer Deeskalationsversuche nicht vom Patienten in eine Ecke drängen.
- Bitten Sie eventuell anwesende Mitpatienten das Geschehen bzw. den Raum zu verlassen. Vielleicht ist es Ihnen auch möglich, mit dem angespannten Patienten einen ruhigen und reizarmen Ort für Ihre Deeskalationsversuche aufzusuchen. Dadurch werden Mitpatienten geschützt, die Aktionsbühne fällt weg.
- Räumen Sie gefährliche Utensilien weg, wie etwa Glasflaschen, Blumentöpfe usw.
- Vermeiden Sie es, den Patienten in eine Ecke zu drängen. Er könnte sich dadurch unter Druck gesetzt fühlen, Angst bekommen, hat weniger Ausweichmöglichkeiten und kann aus dieser Bedrängnis heraus mit einem Angriff reagieren.
- Stellen Sie sich nicht an das obere Ende einer Treppe, an ein Fenster oder eine Glastüre. Sie könnten in der Akutsituation durch die Tür oder das Glas geschubst oder die Treppe hinunter gestoßen werden.
- Halten Sie Ihre Hände nicht zu hoch. Dies könnte von dem Patienten als Bedrohung verstanden werden. Stecken Sie Ihre Hände nicht in die Hosentaschen. Sie brauchen viel zu viel Zeit, bis Sie mit Ihren Händen einen Angriff abwehren können. Dasselbe gilt für verschränkte Hände auf dem Rücken oder abgestützte Arme auf der Hüfte.
- Beobachten Sie auch die Hände des Patienten, er könnte evtl. eine Waffe (z.B. Messer, Flasche, Schere, Glasscherben, Schraubenzieher, Stock) bei sich tragen, besonders wenn er die Hände hinter seinem Rücken hält.
- Wenn der Patient Stich- oder Schlagwaffen einsetzt, bringen Sie sich schnellstmöglich aus der Gefahrenzone und informieren Sie sofort die Polizei. Ist dies nicht mehr möglich, müssen Sie sich mit Hilfsmitteln wie Kissen, Matratze, Jacke, Decke oder anderen Utensilien ausstatten, um etwas zur Hand zu haben, mit dem Sie sich bei einem eventuellen Angriff schützen können.

Wenn Sie diese Sicherheitshinweise und Vorsichtsmaßnahmen berücksichtigen, können Sie sich auf Ihre verbalen Deeskalationsversuche konzentrieren, ohne dass Sie Ihre eigene Sicherheit durch leichtsinnige und vermeidbare Fehler gefährden.

Der Sicherheitsabstand



Generell ist in Deeskalationssituationen eine körperliche Distanz von ca. zwei Metern zum Patienten zu empfehlen, um auf einen ersten Angriff überhaupt noch reagieren zu können und außerhalb der direkten Schlagreichweite zu sein. Denn um einen Kontaktangriff durchzuführen, muss der Angreifer aus dieser Entfernung erst einen Zwischenschritt machen.



Dieser lässt dem Verteidiger noch die Zeit, eine Flucht- oder Abwehrhandlung erfolgreich auszuführen.



Körperhaltung bei einem zu erwartenden Übergriff

Eine aufrechte Körperhaltung, ein schulterbreiter Stand und ein zurückgesetztes Bein stellen die richtige Grundhaltung dar. Erst diese Haltung ermöglicht schnelle Bewegungen, mit denen man sich bei Gefahr schützen oder bei einer notwendigen Immobilisation eines Patienten rechtzeitig handeln kann. Die Hände befinden sich vor dem Körper und sind geöffnet. Dies signalisiert dem angespannten Patienten ein Kommunikationsangebot und ermöglicht zugleich schnelle Abwehrreaktionen in alle Richtungen. Durch das zurückgesetzte Bein entsteht ein stabiler Stand und die leichte Schrägstellung des Körpers verringert die frontale Angriffsfläche. Außerdem lässt sich so eine Seitwärtsbewegung zum Ausweichen schneller ausführen.

Abwehr und Fluchttechniken

Die bebilderten Techniken stellen nur eine kleine Auswahl der Möglichkeiten dar. Dies stellt keinesfalls einen Ersatz für die umfassende Schulung in den ProDeMa-Seminaren dar.

Sicherheitshinweis

Die dargestellten Situationen nachzustellen oder einzuüben ist nicht ausreichend. Das korrekte Erlernen körperlicher Interventionstechniken setzt eine sachkundige praktische Anleitung im Rahmen einer Trainingsmaßnahme voraus, durch die in der beruflichen Praxis Verletzungen und Schäden minimiert werden oder gar nicht erst entstehen. Gleichwohl gibt es jedoch keine Patentrezepte, die für Akutsituationen jedes Risiko völlig ausschließen. Bei großer Gefahr für Leib und Leben (z.B. Waffeneinsatz) muss die Polizei hinzugezogen werden.

Würgeangriffe mit den Händen

A: *Würgen von vorne*

Der Angreifer würgt mit den Händen von vorne.



Das Kinn Richtung Brust drücken und die Schultern hochziehen, dadurch wird der Kehlkopf geschützt.



Der Arm wird ruckartig über die greifenden Hände geführt, mit einer gleichzeitigen Körperdrehung wird der Griff gesprengt und der Körper dabei herausgedreht. Danach schnellstmöglich vom Angreifer entfernen.



Würgen mit Unterarm von der Seite (Schwitzkasten)

Das Kinn wird auf die Brust gedrückt
und die Schultern nach oben gezogen



Gleichzeitig erfolgt ein dynamischer
Schritt nach hinten und mit den Hän-
den wird der Angreifer weg geschoben



Greifangriffe

Kleider greifen

Mit der linken Hand, greifende Hand
fassen. Mit dem Handballen Druck
auf den Daumen des Angreifers
geben (Richtung Angreifer drücken).
Durch den Schmerzimpuls wird der
Angreifer die Hand lösen.



Greifangriffe

Unterarm oder Handgelenk greifen



Durch eine ruckartige Drehbewegung der eigenen Hand über die instabile Daumenseite des Angreifers wird der Griff gelöst, gleichzeitig dreht man sich zur Außenseite weg.



Anschließend Sicherheitsabstand gewinnen.



Weitere Greifangriffe

- Handgelenk greifen mit beiden Händen
- Haare greifen von vorne oder von hinten
- Kleidung greifen

Stoß- und Schlagangriffe

Fauststoß in das Gesicht oder auf den Oberkörper.



Mit dem Unterarm den Fauststoß abblocken, gleichzeitig den Oberkörper aus der Schlagrichtung bewegen. Ein bewegliches Ziel kann nur schwer getroffen werden.



Ohrfeige/Schwinger

Mit dem Unterarm den Schlag abblocken, gleichzeitig den Oberkörper von der Schlagrichtung weg bewegen, Kopf und Oberkörper werden dadurch vor Verletzungen geschützt.



Fußstoß oder Fußtritt

Die Hand zur Faust ballen und mit gestrecktem Unterarm dynamisch das Bein abblocken; gleichzeitig einen Schritt zur Seite machen.
Die Kraft des Angreifers wird umgeleitet, die Körpermitte wird geschützt.



Nothilfe

Nach § 32/34 StGB sollte jeder bei gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben Hilfe leisten. Eine Nothilfesituation ist für alle Betroffenen sehr belastend und eventuell auch gefährlich, trotzdem muss der angegriffenen Person in ihrer lebensbedrohlichen Situation schnellstmöglich geholfen werden. Dies erfordert ein schnelles, beherztes und vor allem effizientes Eingreifen, um die Gefahr zu entschärfen. Sieht die zu Hilfe eilende Person bei einem Einschreiten ihr eigenes Leben bedroht, muss sie sich schnellstmöglich um weitere Hilfe bemühen. Diese Kompetenzen werden ebenfalls in den ProDeMa-Seminaren erlernt.





Deeskalationsstufe VI: Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken

Bei einer ernsthaften Fremd- und oder Eigengefährdung eines kranken Menschen, lässt sich eine Immobilisation, Fixierung oder Isolierung leider nicht immer vermeiden.

Die Fixierung eines Patienten gegen seinen Willen gehört zu den unangenehmsten Aufgaben der Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen. Wenn die Fixierung planlos, ohne gegenseitige Absprachen und mit nicht geschultem Personal durchgeführt wird, kann dies zu erheblichen physischen und psychischen Verletzungen sowohl bei Mitarbeitern als auch bei Patienten führen. Diese Verletzungen und Schmerzen entstehen durch unsachgemäße Vorgehensweise bei der Immobilisation. Beispiele hierfür sind Abknien auf Gelenke, Hals oder sonstige Körperteile, Haare ziehen, kneifen, kratzen, Schläge, Tritte und Hals zudrücken. Diese Vorgehensweisen müssen bei einer Immobilisation/Fixierung eines kranken Menschen absolutes Tabu sein. Geringes Praxiswissen, Hilflosigkeit und Unsicherheit des Personals stellen dabei die Ursachen unsachgemäßer Immobilisation dar und kommen in der Praxis häufig vor. Eine professionelle Schulung im Umgang mit Immobilisations- und Fixierungssituationen ist für alle, die in Gesundheitsberufen mit aggressiven Menschen zu tun haben, unbedingt notwendig, um ein Höchstmaß an Professionalität, Sicherheit und weitmögliche Verletzungsfreiheit für alle Betroffenen zu gewährleisten.

Die vom Team eingebrachte Gewalt muss dabei auf das notwendigste Mindestmaß beschränkt werden. Institutionen, bei denen aggressive Übergriffe von Patienten öfters vorkommen, sollten Leitlinien oder Standards zum Ablauf einer fachgerechten Immobilisation/Fixierung entwickeln.

Das Nachstellen und Einüben der dargestellten Situationen ersetzt auf keinen Fall eine sachkundige praktische Anleitung im Rahmen einer Trainingsmaßnahme wie sie in den ProDeMa Seminaren vermittelt wird.

Was ist bei einer bevorstehenden Immobilisation oder Fixierung zu beachten?

- Situation erkennen, einschätzen.
- Vorhandene Mitarbeiter auf Station informieren (ein Mitarbeiter sollte in der Nähe des Patienten bleiben, ohne sich selbst zu gefährden).
- Zuständigen Arzt oder AvD informieren.
- Wenn nötig Rundruf und institutionell vorhandenes Alarmsystem starten.
- Mitarbeiter von anderen Stationen, die zur Hilfeleistung angefordert werden, müssen über die aktuelle Situation informiert werden: was ist passiert, wie wird die Situation eingeschätzt, welche besonderen Gefahrenpunkte gibt es, z.B.: Infektionsrisiko (HIV, Hepatitis, Tuberkulose), Herzinfarktgefahr, körperliche Einschränkungen, etc.

Koordination des Handlungsablaufs bei einer Immobilisation

Bei jeder Immobilisation sollte, wenn noch möglich, die Koordination des Handlungsablaufs vor dem Zugriff geklärt werden. Die Frage, wer welche Aufgabe übernimmt, wird durch die 5 W-Fragen erfasst:

- Wer übernimmt die Einteilung der Aufgaben vorab?
- Wer übernimmt die Gesprächsführung vor und während des Zugriffs zur weiteren Deeskalation? Die Kontaktaufnahme mit dem Patienten sollte durch die Person geschehen, deren Chance auf Akzeptanz am Größten ist. Entscheidend ist dabei nicht die Berufszugehörigkeit.
- Wer übernimmt welche Körperseite?
- Wer gibt das Kommando? (nonverbales Zeichen vereinbaren, um einen schnellen und zeitgleichen Zugriff zu gewährleisten)
= Koordinator
- Wer übernimmt die Vorbereitung des Isolierablaufs/Fixierablaufs und - materials?

Es ist sehr wichtig, darauf zu achten, dass die betreffenden Mitarbeiter Brillen, Schmuck, Halstuch, Namensschild, Uhr, Bleistift usw. ablegen, was aber niemals direkt vor dem Patienten geschehen sollte.

Durchführung der Immobilisation

Der Gesprächsführende versucht, den Patienten zu beruhigen und bittet ihn nochmals, von seinem aggressiven Verhalten abzulassen. Dadurch wird dem Patienten eine letzte Möglichkeit gegeben, sich selbst unter Kontrolle zu bekommen. Wenn der Patient von diesem Verhalten nicht ablassen kann, gibt der Koordinator das vereinbarte Zeichen. Die Mitarbeiter bewegen sich rasch und gleichzeitig auf die jeweils vereinbarte Körperseite zu (achten Sie immer dabei auf die Selbstkontrolle, vermeiden Sie eigene aggressive Gefühle).

Vor dem Zugriff halten die Mitarbeiter einen Sicherheitsabstand von 2 Metern ein. Der Gesprächsführende (Nr. 1) steht vor dem Patienten (P), zwei Mitarbeiter (Nr. 2+3) nähern sich seitlich, ein Mitarbeiter (Nr. 4) versucht, hinter den Patienten zu gelangen, während der Gesprächsführende den Patienten im Gespräch ablenkt. Der Zugriff erfolgt entweder durch einen plötzlichen Angriff des Patienten oder durch das Zeichen des Koordinators. Der Zugriff muss zeitgleich und beherzt erfolgen.

Beide Arme des Patienten werden fest eingehakt. Mit der noch freien Hand schützen die Mitarbeiter ihren Kopf und Oberkörper. Der Hintermann umfasst das Kinn und stützt zugleich mit der noch freien Hand den Hinterkopf. Wichtig ist dabei ein festes Einhaken des Oberarmes bei gleichzeitigem Druck nach hinten.

Die restlichen zwei Helfer umfassen die Beine, der Patient kann jetzt auf das Fixierbett oder ins Isolierzimmer getragen werden. Die weiteren Maßnahmen zur Fixierung des Patienten im Bett, das Halten vom Kopf, von Beinen und Armen während der Fixierung u. a. ergänzende Techniken können aus Platzgründen hier nicht in Bildern gezeigt werden.



Begleit- und Kontrolltechnik bei geringer Gegenwehr des Patienten

Patient soll in ein Krisenraum gebracht oder Fixiert werden und geht nicht freiwillig mit, zeigt aber nur geringe Gegenwehr. Hand und Arm werden durch Einklemmen fixiert.



Die Hand kann nach oben oder unten gedreht werden! Am Handrücken wird nur bei stärkerer Gegenwehr leicht gedrückt, danach sofort wieder die Spannung lösen.



Es besteht auch die Möglichkeit, den Patienten mit dieser Technik zu tragen. Die verbale Kommunikation ist zu jedem Zeitpunkt sehr wichtig und trägt zur weiteren Deeskalation der Situation bei. Erklären sie dem Patienten das Vorgehen, versuchen Sie, ihn zu beruhigen. Weitere Begleittechniken werden in den ProDeMa-Seminaren gelehrt.





Haltetechniken für Fixierungen oder Injektionen

Eine weiterführende Haltetechnik (wie auf obenstehender Abbildung gezeigt) erlaubt es, den Arm trotz Gegenwehr zu strecken. Diese Möglichkeit ist sehr hilfreich beim Anbringen von Fixiergurten. Diese Technik kann im Stehen, Sitzen und Liegen ausgeführt werden. Auch Zwangsinjektionen können mit dieser Haltetechnik durchgeführt werden. Der Arm ist fixiert, sodass keine Bewegung mehr möglich ist. Nach jeder Immobilisation oder Fixierung sollte das Team den Ablauf gemeinsam rekonstruieren und reflektieren, um eine ständige Verbesserung und Abstimmung der Vorgehensweise zu erreichen.

Fazit: Die Anwendung dieser Immobilisations- und Fixierungstechniken stellen ebenfalls einen wesentlichen Beitrag zur Deeskalation dar, da die patientenschonende Arbeitsweise weitere Eskalationen seitens des Patienten verhindert und durch die humane Vorgehensweise die Wahrung der Menschenwürde auch während der Fixierung gewahrt wird.



IV. Professionelles Deeskalationsmanagement in Institutionen (ProDeMa)

1. Konzeptionelle Aspekte eines Deeskalationsmanagements

In unterschiedlichen Institutionen des Gesundheitswesens existieren – je nach Patientenklientel – unterschiedliche Anforderungen an ein Deeskalationsmanagement. Doch unabhängig davon, wie häufig Gewalt angewendet werden muss und wie stark die Aggression bei Patienten oder Mitarbeitern ist, muss in jeder Einrichtung mit der Thematik Gewalt und Aggression professionell umgegangen werden. Die Minimierung der Anwendung von Gewalt und der optimale Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen ist eines der wichtigsten Qualitätskriterien in der Arbeit mit Menschen.

Um diese Qualität nicht zufällig, sondern geplant und umfassend zu erzeugen, sind Qualitätsziele und -kriterien nötig, die festlegen, welchen Umgang eine Institution mit der real vorhandenen Gewalt und Aggression erreichen will und was sie präventiv tun möchte. Hierbei ist die kontinuierliche Verbesserung im Umgang mit Gewalt und Aggression der Leitgedanke, aus dem heraus das Deeskalationsmanagement einer Institution konzipiert wird, angelehnt an eine entsprechende Unternehmensphilosophie (Leitbild). Dabei ist sowohl auf Effektivität als auch auf Effizienz zu achten.

Definition Deeskalationsmanagement: Die Führungsebene legt die grundlegenden Einstellungen, Zielsetzungen und Maßnahmen einer Institution im Umgang mit Gewalt und Aggression fest. Die Koordination sämtlicher Maßnahmen für einen optimalen Umgang mit Gewalt und Aggression innerhalb einer Institution wird als Deeskalationsmanagement bezeichnet.

Neben dem Schutz der Mitarbeiter steht eine Institution auch gegenüber dem Patienten in der Verantwortung. Wenn die Aggression eines Patienten krankheitsbedingt ist oder z.B. durch institutionelle Gewalt ausgelöst wurde, hat der Patient einen berechtigten Anspruch auf ausgebildetes Personal, das sowohl ihn als auch sich selbst vor der Entstehung oder den Folgen seiner aggressiven Verhaltensweisen schützen kann. Neben den Verletzungen des Personals drohen auch dem Patienten Konsequenzen, z.B. eine Anzeige wegen Körperverletzung, Verlegung in eine forensische Abteilung etc.

Ein gutes Deeskalationsmanagement einer Institution garantiert demnach die Herstellung und Sicherung der Qualität im Umgang mit Gewalt und Aggression. Die Inhalte eines Deeskalationsmanagements setzen sich, je nach institutionellen Gegebenheiten, aus nachfolgenden konzeptionellen Aspekten zusammen:

- Definition eines Leitbildes zum Umgang mit Aggression und Gewalt durch die Führungsebene einer Institution in Zusammenarbeit mit der Personalvertretung
- Festlegung von Qualitätszielen und Qualitätskriterien im Umgang mit Gewalt und Aggression
- Durchführung einer Gefährdungsanalyse
- Reflektion von strukturellen Gewaltfaktoren (Stationsregeln, Behandlungskonzepte, Hausordnung etc.)
- Reflektion von Gewohnheiten im Umgang mit Patienten, Bewohnern oder Angehörigen (bezogen auf alle Berufsgruppen)
- Aufbau eines Beschwerdewesen für Patienten, Bewohner oder Angehörige
- Maßnahmen zur Verhinderung (Verminderung) der Entstehung von Aggression
- Fortbildungsmaßnahmen zur Kompetenzerweiterung der Mitarbeiter aller Berufsgruppen im Umgang mit Gewalt und Aggression (verbale Deeskalationskompetenz)
- Fortbildungsmaßnahmen zu professionellen Immobilisations- und Fixierungstechniken bei entsprechendem Patientenkontext.
- Einrichtung eines Notrufsystems in Institutionen mit einem hohen Risiko von Patientenübergriffen
- Regelungen zur Verfahrensweise mit aggressiven Vorfällen (z.B. Nachbesprechungen im Team, Konsequenzen für den Patienten, lernende Organisation etc.)
- Regelungen zur Dokumentation von aggressiven Vorfällen
- Nachsorgeregulungen für psychisch und/ oder körperliche geschädigte Mitarbeiter durch An- und Übergriffe von Patienten.

Um diese Aspekte in die betriebliche Aufbau- und Ablauforganisation zu integrieren, ist es sinnvoll, die Unternehmerverantwortung für den Bereich Gewalt und Aggression ganz oder teilweise an eine Person oder ein Team zu übertragen. Diese Personen müssen für ihre Tätigkeit entsprechend geschult werden, sie benötigen Spezialwissen und -fertigkeiten. Die Ausbildung zum Deeskalationstrainer gibt Mitarbeitern das benötigte Spezialwissen und Fähigkeiten. Eine Übertragung der Aufgaben an einen Mitarbeiter oder Team ersetzt aber in keinsten Weise die Notwendigkeit, das Personal auf breiter Basis im Umgang mit Gewalt und Aggression zu schulen.

Beim Aufbau eines Deeskalationsmanagements für die spezifischen Bedürfnisse und Anforderungen einer Institution stehen die UKBW sowie die Autoren mit ihrem langjährigen Erfahrungsschatz und ihrer Beratungskompetenz zur Verfügung.

2. Arbeitsschutz und Deeskalation

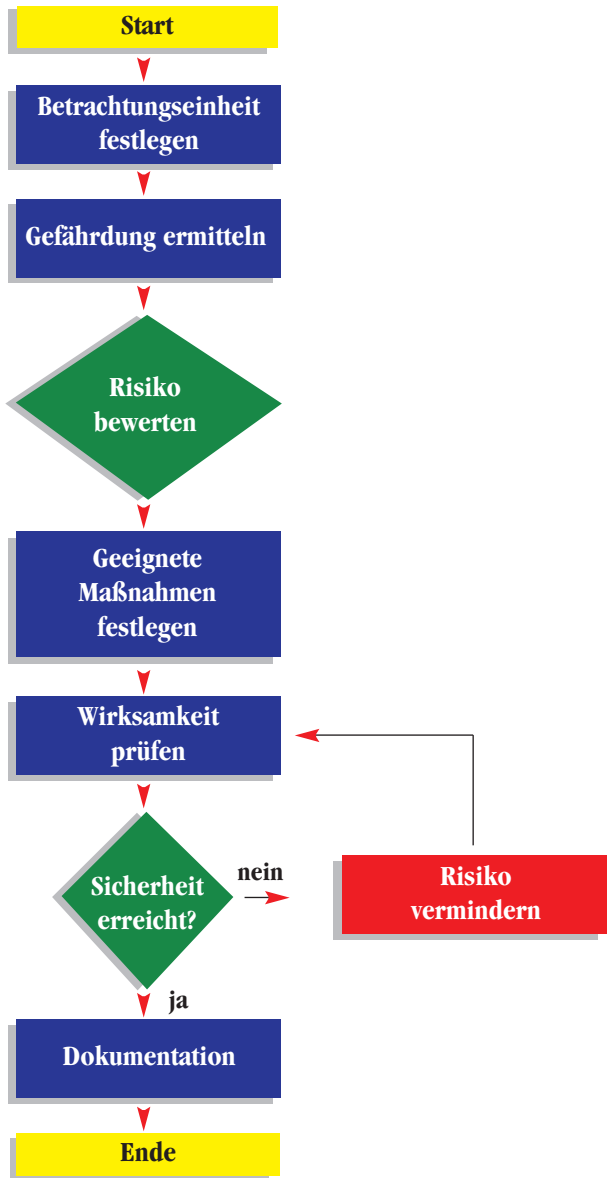
Organisationsverantwortung

Ein Unternehmen hat die Verpflichtung, Arbeitsplätze so einzurichten und Arbeiten so zu regeln, dass der Mitarbeiter vor Gefahren für Leben und Gesundheit geschützt ist (§618 BGB). Ihm erwächst die Pflicht, nicht vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit eines anderen (Patienten und Personal) widerrechtlich zu verletzen (§ 823 BGB). Diese Verantwortung trifft jede Führungskraft. Somit ist jeder Vorgesetzte verantwortlich für die Sicherheit der ihm unterstellten Mitarbeiter und der zu betreuenden Patienten. Um diesen Pflichten in Bezug auf die Mitarbeiter nachzukommen, sind umfangreiche öffentlich-rechtliche Bestimmungen zu beachten.

Nach § 3 des Arbeitsschutzgesetzes hat der Arbeitgeber alle Vorkehrungen zu treffen, die die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls an sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er stets eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben. Der Arbeitgeber muss für eine geeignete Organisation sorgen, um die Arbeitsschutzmaßnahmen bei allen Tätigkeiten, eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen, zu integrieren. Er muss sicher stellen, dass die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können. Grundlage der Arbeitsschutzmaßnahmen ist die Beurteilung der mit der Arbeit verbundenen Gefährdung. Sie dient dem Erkennen von Defiziten und ist damit ein wichtiges Instrument zur systematischen Verbesserung der Arbeitsbedingungen.

Bei aggressiven Handlungen gegen Mitarbeiter handelt es sich um Gefährdungen im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes. Demnach sind diese in die Gefährdungsanalyse zu integrieren. Pro Betrachtungseinheit (z.B. Stationsart, Mitarbeiterart) sind die aggressiven Handlungen zu ermitteln. Dies darf sich nicht nur auf die Auswertung von Brachialaggression reduzieren. Zu erfassen ist, bei welchen Anlässen, wann, wie oft und durch wen aggressives Handeln stattfindet, das zu Übergriffen führen könnte oder geführt hat. Ausgehend von der bewerteten Erfassung sind dann geeignete Schutzmaßnahmen festzulegen. Da Aggression niemals ganz vermeidbar sein wird, geht es darum die Anzahl und Schwere aggressiver Handlungen sowie deren Folgen auf ein Minimum zu reduzieren. Hierbei muss die Stärkung der Bewältigungskompetenz der Mitarbeiter im Vordergrund stehen. Im Rahmen der Gefährdungsanalyse sind die Risiken zu dokumentieren, in regelmäßigen Abständen neu zu bewerten und anzupassen. Über die verbleibenden Restrisiken sind die Beschäftigten zu informieren. Ziel ist ein gewaltarmes Stationsmilieu. Um dies zu erreichen sind unterschiedliche Schutzmaßnahmen notwendig bzw. möglich.

Gefährdungsanalyse



Schutzmaßnahmen

Deeskalation

Die Implementierung einer deeskalierenden Arbeitsgrundhaltung aller Mitarbeiter in allen Hierarchieebenen im Sinne der Inhalte dieses Leitfadens ist das Grundelement der Prävention von Gewalt und Aggression. Die Ausbildung der Mitarbeiter gemäß dem Praxisteil des vorliegenden Leitfadens bildet die Grundlage dieser Implementierung.

Notfallpläne

Bei einem möglichen Übergriff muss der betroffene Mitarbeiter wissen, wie er sich zu verhalten hat. Die Einrichtung hat zu gewährleisten, dass im Notfall jederzeit ein Notruf ohne Verzögerung möglich ist und dieser jederzeit gehört werden kann. Als ortsgebundene Meldesysteme kommen hierbei Telefon, Sprechfunk oder stationäre Rufanlagen in Frage. In bestimmten Bereichen bzw. bei bestimmten Tätigkeiten ist der Einsatz von personengebundenen Meldesysteme notwendig. Dies können Handys, mobile Sprechfunkgeräte oder Personen-Notsignalanlagen sein.

In Bereichen mit hohem Risiko (Forensische Abteilungen, bestimmte Nachtdienste) sind vorrangig Personen-Notsignalanlagen zu verwenden. Hinweise zur Auswahl und zum Einsatz gibt die BG Regel BGR 139.

Wird ein Notruf abgegeben, muss gewährleistet sein, dass Hilfspersonen schnell vor Ort sind und kompetente Hilfe leisten können. Dazu müssen diese Helfer im Umgang mit aggressiven Patienten geschult sein.

Nachsorge

Nicht jeder Übergriff wird sich vermeiden lassen. Vorgesetzte sollten in diesen Fällen Verständnis für den betroffenen Mitarbeiter zeigen. Auf keinen Fall darf dem Betroffenen ein Fehlverhalten vorgeworfen oder die Schuld an dem Übergriff des Patienten zugewiesen werden. Aussagen wie „Das gehört dazu“, „So was muss man aushalten“ etc. sind schädlich. Im Erstkontakt mit dem Betroffenen ist auf die momentane emotionale Verfassung einzugehen und der Mitarbeiter seelisch zu unterstützen. Als Folgeversorgung muss ihm die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Krisenintervention aufgezeigt und ermöglicht werden. Hierzu sollten in der Einrichtung Adressen von Therapeuten bereit liegen, welche Erfahrung mit Überfall- und Übergriffsopfern haben.

In welcher Form eine Krisenintervention durchgeführt wird, muss die Einrichtung aufgrund der eigenen Gefährdungsbeurteilung festlegen. In größeren Einrichtungen kann dies von betriebsärztlicher Seite organisiert werden. Das Betreuungskonzept sollte schriftlich fixiert werden und allen Mitarbeiter bekannt sein.

Unterweisung

Der Arbeitgeber muss die Beschäftigten hinsichtlich der Gefährdungen durch aggressive Handlungen und Gewalt ausreichend und angemessen unterweisen. Diese Unterweisung muss sowohl Anweisungen als auch Erläuterungen beinhalten, die eigens auf den Arbeitsplatz oder das Aufgabengebiet der Beschäftigten ausgerichtet ist. Neben der Kenntnis der Risiken gehört hierzu die Darstellung des Notfallsystems, der Regelungen zur Nachsorge, aber vor allem die Vermittlung von Deeskalationsstrategien einschließlich der entsprechenden Abwehr- und Fixierungstechniken. Diese Unterweisung muss bei der Einstellung erfolgen und regelmäßig wiederholt werden (siehe auch § 7 GUV A1 und § 12 ArbSchG).

Arbeitsumgebung

Arbeitsplätze müssen so eingerichtet und beschaffen sein, dass sie ein sicheres Arbeiten ermöglichen. Dies gilt ebenfalls hinsichtlich des Fernhaltens von Gefahren, die von Dritten ausgehen (siehe § 18 GUV A1).

Ecken und Kanten sollten abgerundet sein. Dies gilt sowohl für Wand- und Türflächen als auch für das Mobiliar. Lichtdurchlässige Türen und Wandflächen müssen bruchsicher sein, falls sie nicht abgeschirmt sind. Bruchsicher ist Glas, wenn bei Stoß- und Biegebeanspruchung keine scharfkantigen oder spitzen Teile entstehen. Drahtglas ist nicht bruchsicher.

Flur- und Zimmerbereiche müssen ausreichend beleuchtet sein. Dunkle Bereiche auch in der Nacht sind zu vermeiden. Bei der Neubauplanung sollte auf eine Übersichtlichkeit der Flure und Patientenzimmer geachtet werden. Nischen sollten weitgehendst vermieden werden. In besonders gefährdeten Bereichen sind gefährliche Gegenstände unter Verschluss aufzubewahren.

Für Mitarbeiter muss immer die Möglichkeit der Flucht bestehen. Daher sind Fluchtwege und Notausgänge freizuhalten. Im Einzelfall muss eine sichere Rückzugsmöglichkeit existieren (z.B. Schwesternzimmer mit Türknauf), von der aus auch ein Notruf aufgegeben werden kann. Fehlende Rückzugsmöglichkeiten für Patienten tragen ebenfalls zu aggressiven Verhaltensweisen bei.

Arbeitsmedizinische Vorsorge, Immunisierung

Bei Übergriffen besteht die Gefahr des Kontaktes mit potentiell infektiösem Material (z.B. Blut, Speichel, Bisswunden). Wegen erhöhter Infektionsgefährdung dürfen in Gesundheitsberufen nur Personen beschäftigt werden, deren Gesundheitszustand durch arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (Erstuntersuchung vor Aufnahme der Beschäftigung und Nachuntersuchungen während dieser Beschäftigung) überwacht wird. Hierbei sind die Beschäftigten in für sie verständlicher Form auf die verschiedenen Immunisierungsmethoden, insbesondere auf Zuverlässigkeit und Dauer der Schutzwirkung und auf etwaige Komplikationen hinzuweisen.

Kleidung, Schuhwerk

Beim Umgang mit aggressiven Patienten ist eine gute Bewegungsfreiheit und ein sicherer Stand wichtig. Die Kleidung sollte daher zweckmäßig, bewegungsfreundlich, weit und elastisch sein. Um eine gute Standfestigkeit zu gewährleisten und um notfalls fliehen zu können, sind halt gebende Schuhe erforderlich. Das Schuhwerk sollte hinten geschlossen sein. Der Schuh muss eine gut profilierte rutschsichere und große Auftrittfläche und einen flachen Absatz haben.

Eine Gefährdung des Pflegepersonals durch Piercing, Ohringe, Schmuckstücke, Armbanduhren und Halstücher besteht vor allem dadurch, dass Patienten an diesen reißen und würgen können und dadurch massive Verletzungen beim Personal entstehen. In Bereichen mit einem hohen Risiko von Patientenübergriffen (z.B. psychiatrische Stationen, alkoholisierte Personen in Notfallambulanzen) ist die Selbstgefährdung durch das Tragen von Schmuck und Ohringen deutlich erhöht. Hier muss auf das Tragen von Schmuck verzichtet werden.



3. Das Schulungs- und Trainingskonzept von ProDeMa

Die Notwendigkeit von Schulungen der Mitarbeiter und der Ausbildung von Deeskalationstrainern wurde in den vorangegangenen Kapiteln mehrfach betont. Aus diesem Grunde wurde von der UKBW in Zusammenarbeit mit den Autoren das Weiterbildungskonzept ProDeMa zum professionellen Umgang mit Gewalt und Aggressionen entwickelt, das drei unterschiedliche Schulungsmodulare umfasst. Bei Interesse an den Schulungsangeboten kann mit der UKBW sowie den Autoren Kontakt aufgenommen werden.

Ausbildung von Deeskalationstrainern bzw. -beratern

Dieses Seminarangebot richtet sich in erster Linie an Mitgliedsunternehmen, die in ihrer Einrichtung ein Deeskalationsmanagementsystem aufbauen wollen und hierzu Mitarbeiter abgestellt haben. Diese Mitarbeiter benötigen Spezialwissen und können im Rahmen einer 10-tägigen Ausbildung zu Deeskalationstrainern ausgebildet werden. Die Inhalte der Ausbildung orientieren sich dabei eng an den möglichen zukünftigen Aufgaben eines Deeskalationstrainers und werden auf die Bedürfnisse der jeweiligen Institution abgestimmt. Diese Aufgaben können z.B. sein:

- Den Zusammenhang zwischen der strukturellen Gewalt oder sonstigen aggressionsauslösenden Bedingungen des Stationssettings und der Aggression eines Patienten aufzeigen, reflektieren und ggf. verändern.
- Für eine stärkere Differenzierung der Verhaltensbeschreibung eines Patienten im Team sorgen.
- Vorsichtsmaßnahmen im Umgang mit aggressiven Patienten festlegen, vermitteln und auf deren Einhaltung achten.
- Mitarbeiterschulung über verbale Strategien zur Deeskalation bei gespannten oder aggressiven Patienten durchführen.
- Möglichkeiten zur aggressionsfreien Konfliktlösung darstellen und in Situationen einbringen.
- Einfache Selbstverteidigungstechniken zur Abwehr und Flucht bei Übergriffen vermitteln.
- Effektive und optimale Immobilisations- und Fixierungsstrategien aufzeigen und im Team einüben.
- Nach einem Übergriff den Erstkontakt zum Mitarbeiter herstellen und weitere Kriseninterventionsmaßnahmen einleiten.



Ausbildung von Basismitarbeitern

Der professionelle Umgang mit aggressiven Patienten im Alltag erfordert von Mitarbeitern eine Vielzahl von Kompetenzen, die er ohne eine entsprechende Schulung nicht erlangen kann. Zur Erreichung dieser Kompetenzen empfiehlt sich eine 3-5tägige Basisschulung der Mitarbeiter als Inhouse-Schulung, die an die spezifischen Bedürfnisse der Institution angepasst wird.

Institutionelle Informationsveranstaltungen

In Ein-Tagesveranstaltungen wird die Thematik „Gewalt, Aggression und Deeskalation“ in der Institution umfassend dargestellt und diskutiert. Problemhaltete werden thematisiert, Motivation hergestellt, Grundwissen im Überblick vermittelt und Möglichkeiten im Umgang mit aggressiven Patienten demonstriert. Gegebenfalls können geplante Schulungsprojekte vorbereitet oder die Einführung eines Deeskalationsmanagements erläutert werden.



Vorstellung der Autoren

Dipl. Psych. Ralf Wesuls

Windhof 2

69234 Dielheim

Tel.: 062 22/77 41 51

E-Mail: wesuls@prodema-online.de, www.prodema-online.de

Diplompsychologe (Universität Heidelberg), Psychotherapeut (Gesprächspsychotherapie, Systemtherapie und Hypnotherapie). Seit 15 Jahren als Trainer, Dozent, Supervisor und Organisationsberater deutschlandweit tätig in allen Bereichen des Gesundheitswesens, besonders in Krankenhäusern, Psychiatrien und Pflegeheimen. Themenschwerpunkte: Angst, Aggression und Deeskalation, Kommunikation und Gesprächsführung, Aus- und Weiterbildung von Führungskräften, Konfliktmanagement, Rhetorik und Vortragstraining



Thomas Heinzmann

Pulverturmstr. 11

76661 Philippsburg

Tel.: 07256/32 30

E-Mail: thomas.heinzmann1@freenet.de, www.prodema-online.de

Ausbildungen als Pflegerische Stationsleitung und Fachkrankenpfleger für Psychiatrie, 16 Jahre Berufserfahrung in verschiedenen psychiatrischen Abteilungen, 10 Jahre davon auf geschlossenen Akutaufnahme-Stationen. Seit 1999 Referent in der Akademie im Park und seit 2001 Dozent in der Krankenpflegeschule. 3. Dan Ju-Jutsu (Meistergrad) Lizenziertes Fachübungsleiter.



Ludger Brinker

Unfallkasse Baden Württemberg

Abteilung Prävention

Waldhornplatz 1

76131 Karlsruhe

Tel.: 07 21 / 60 98 – 304

Fax: 07 21 / 60 98 – 53 04

E-Mail: ludger.brinker@uk-bw.de

Nach Ausbildung zum Technischen Zeichner Studium zum Dipl. Ing. (FH) für Umwelt- und Hygienetechnik, Zusatzqualifikation zum Sicherheitsingenieur und Ausbildung zur Aufsichtsperson bei der UKBW dort seit 1999 zuständig für den Bereich Gesundheitswesen



Für Anregungen, Korrekturen, Erfahrungen und Meinungen zum Professionellen Deeskalationsmanagement ProDeMa® sind wir dankbar!

Literatur

- Unfallkasse Baden-Württemberg*: UKBW A1 Allgemeine Vorschriften. 2001
- Unfallkasse Baden-Württemberg*: UKBW C8 Gesundheitsdienst. 1986
- Berkowitz, L.*: *Aggression: A Social Psychological Analysis*. New York: MacGraw-Hill, 1962
- Berkowitz, L.*: Aggression. In: Arnold, Eysenck & Meili (Hrsg.): *Lexikon der Psychologie*. Freiburg: Herder Verlag, 1980
- Böker & Häfner*: *Gewalttaten Geistesgestörter*. Berlin: Springer Verlag, 1973
- Breakwell, G.*: *Aggression bewältigen. Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit*. Bern: Hans Huber Verlag, 1998
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung*: *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG)*. BGBl. I S. 2167, 2001
- Büscher, W. & Zechert, C.*: *Gewalt und Gewaltminderung in der Psychiatrie der Zukunft*. Neumünster: Verlag die Brücke, 2001
- Fürntratt, E.*: *Angst und instrumentelle Aggression*. Weinheim: Beltz, 1974
- Grond, E.*: *Altenpflege ohne Gewalt*. Hannover: Vincentz Verlag, 1997
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften*: *BGR 139 Sicherheitsregeln für Personen-Notsignalanlagen*, 1991
- Hartdegen, K.*: *Aggression und Gewalt in der Pflege*. München: Urban & Fischer Verlag, 1996
- Heinrich, J.*: *Aggression und Stress*. Weinheim: Beltz Verlag, 1992
- Hiss, B.*: *Fallgeschichten Gewalt*. Hannover: Vincentz Verlag, 2000
- Kienzle, T. & Ettliger, B.*: *Aggression in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer, 2001
- Kübler Ross, E.*: *Interviews mit Sterbenden*. Berlin: Koch-Verlag, 1988
- Nolting, H.P.*: *Lernfall Aggression*. Hamburg: Rowohlt Verlag, 1978
- Richter, D.*: *Patientenübergrieffe auf Mitarbeiter der Psychiatrie. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten*. Freiburg: Lambertus Verlag, 1999
- Richter, D., Fuchs, J.M. & Bergers, K.-H.*: *Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen*. In: *Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe: Prävention in NRW*. Lonnemann GmbH, 2001
- Ruthemann, U.*: *Aggression und Gewalt im Altenheim*. Basel: Recom-Verlag, 1993
- Ryan, E. D.*: *The Cathartic Effect of Vigorous Motor Activity on Aggressive Behaviour*. In: *Research Quarterly of the American Association for Health, Physical Education and Recreation* 1970, 41, S. 542-551
- Sauter, D. & Richter, D.*: *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*. Bern: Hans Huber Verlag, 1998
- Sennewald, H.*: *Bedürfnisse, Konflikte, Reaktionen, Lehrbroschüre der Agnes-Karll-Hochschule, Offenbach* 1985
- Watzlawick, P. u.a.*: *Lösungen*. Bern: Hans Huber Verlag, 6. Auflage 2000
- Zapotoczky, H. & Nutzinger, D. (Hrsg.)*: *Psychologie am Krankenbett*. Weinheim: Beltz, 1995
- Zillmann, Katcher & Milavski*: *Excitation Transfer from Physical Exercise to Subsequent Aggressive Behaviour*. In: *Journal of Experimental Social Psychology* 1972, 8, S. 247-259

Leitung und Organisation:

Dipl. Psych.

Ralf Wesuls

Windhof 2

69234 Dielheim

Tel.: 0 62 22 / 77 41 51

wesuls@prodema-online.de

www.prodema-online.de