

U. Busch-Wübbena, J. Hinrichs, J. Huber, C. Kick, R. Kuckelsberg

Deeskalationstrainings Historischer Überblick, Ergebnisse und aktueller Stand

De-escalation trainings – historical overview, results and state of the art

Zusammenfassung

Deeskalationstrainings bekommen zunehmend einen höheren Stellenwert in psychiatrischen Einrichtungen. Erst seit den 1990er Jahren werden von den Versicherungsträgern Erhebungen über Verletzungen von Mitarbeitern durch Patienten angestellt. Der Anteil an Übergriffen an der Gesamtzahl der gemeldeten Arbeitsunfälle liegt je nach Versorgungsschwerpunkt bei 5 % bis zu 50 %, am höchsten in Fachkliniken für Psychiatrie und Kreispflegeheimen. Die Gemeindeunfallversicherer und die Berufsgenossenschaft BGW engagieren sich verstärkt im Bereich des Deeskalationsmanagements. Das Max-Planck-Institut für Psychiatrie stellt sich seit 1999 dieser Aufgabe. Ein Deeskalationsmanagement hat die Aufgabe, alle technischen, baulichen, organisatorischen und personenbezogenen Maßnahmen durchzuführen, die die körperliche und seelische Gesundheit der Patienten und der Mitarbeiter gewährleisten. Das Deeskalationstraining und Ergebnisse einer ersten Evaluation eines solchen Trainings werden vorgestellt und Konsequenzen für die Zukunft gezogen.

Schlüsselwörter

Gewalt – Aggression – Psychiatrie – Training – Fremd- und Selbstschutz

Summary

Training programs for managing aggression and violence have become increasingly important in psychiatric institutions. First evaluations of aggressive assaults committed by inpatients have been assessed by health insurance companies since the 1990ies. The proportion of aggressive attacks is between 5 % and 50 % as compared to the total number of casualties at work (dependent on the prime focus of care). The highest rates are found in psychiatric clinics and in local nursing units. The local Emergency Assurance and the Employer's Liability Insurance are now more strongly engaged in the realm of de-escalation management. The Max Planck Institute of Psychiatry has been facing this task since 1990. De-escalation management comprises all technical, architectural, organizational and personal measures taken to guarantee physical and mental health. The de-escalation training is described, results of the first evaluation are presented and consequences for the future shown.

Keywords

aggression – violence – training program – self-defense – protection of others

■ Einleitung

Gewalt und Aggression in der Psychiatrie werden meist aus dem Blickwinkel der Behandlung von Patienten gegen ihren Willen diskutiert. Seit einigen Jahren findet die Tatsache, dass Gewalt in der Psychiatrie auch gegen das Personal gerichtet sein kann, mehr Beachtung. Mitarbeiter in psychiatrischen Einrichtungen können jederzeit und für sie meist unvorhersehbar aggressiven verbalen oder körperlichen Übergriffen durch Patienten ausgesetzt sein [2, 4, 10, 15, 16, 19]. Dazu zählen Beschimpfungen, Drohungen, Schläge, Tritte und Würgeangriffe. Ursache sind in den meisten Fällen krankheitsbedingte Erregungszustände. Hauptcharakteristika solcher Erregungszustände sind eine ziellose Steigerung von Antrieb und Psychomotorik, affektive Enthemmung und Kontrollverlust. Es kann zu ausgeprägter Gereiztheit bis hin zu un-

vermittelten Gewalttätigkeiten kommen. Erregungszustände können im Rahmen einiger psychischer Störungen, aber auch bei einer Vielzahl von organischen Erkrankungen auftreten. Aggressives Verhalten von Patienten erzeugt Angst und Unsicherheit im Team und stellt für den einzelnen Mitarbeiter eine bedrohliche Situation dar. Deeskalationstrainings kommen neben anderen Fortbildungsmaßnahmen dementsprechend mehr Bedeutung zu. Entwicklung, Aufgaben und Möglichkeiten eines Deeskalationsmanagements und Deeskalationstrainings werden diskutiert, Ergebnisse und aktueller Stand aufgezeigt. Zusätzlich wird das Deeskalationsmanagement am Max-Planck-Institut für Psychiatrie vorgestellt.

■ Beschreibung der Klinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie, München

Die Klinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie hat fünf Stationen, vier psychiatrische und eine neurologische Station, mit insgesamt 120 Betten für 1.900 stationäre Patienten im Jahr. Darüber hinaus verfügt die Klinik über zwei Tagkliniken an zwei Standorten (39 Plätze) und mehrere Spezialambulanzen (z. B. Neuroendokrinologie, Multiple Sklerose, Bewegungsstörungen, Angststörungen), überwiegend zur diagnostischen Abklärung. Es finden dort jährlich ca. 12.000 Arzt-Patient-Kontakte statt. Die Institutsambulanz erbringt auch psychiatrische und neurologische Konsilleistungen für das Krankenhaus München-Schwabing [3].

■ Entwicklung des Deeskalationsmanagements am Max-Planck-Institut für Psychiatrie

Ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik wird bei betroffenen Patienten neben positiven Gedanken und Hoffnungen vermutlich immer auch negative Gefühle erzeugen. Für die Behandlungsqualität im Krankenhaus ist es wichtig, dass sich Mitarbeiter der Klinik dieser möglichen negativen Gefühle und der dadurch bedingten Verhaltensreaktionen der Patienten bewusst sind. Um weitreichende Folgen durch aggressive oder gewaltsame Ausbrüche für einen Patienten oder einen Mitarbeiter zu verhindern, bedarf es einer ähnlich professionellen Herangehensweise wie in allen Bereichen des pflegerischen Handelns.

Im Bereich der Patientenversorgung beschäftigt sich das Max-Planck-Institut für Psychiatrie seit 1999 intensiv mit der Thematik Gewalt und Aggression und hat inzwischen ein umfassendes Deeskalationsmanagement etabliert.

Ausgangspunkt hierfür war die Überarbeitung eines Fixierungsstandards. In der hierfür beauftragten Arbeitsgruppe stellte sich die Frage, auf welcher Grundlage ein solcher Standard, der ja insofern auch eine Arbeitsanweisung darstellt, stehen muss. In der Recherche fanden sich Fixierungsstandards verschiedener Kliniken aus dem deutschsprachigen Raum, die allerdings unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements drei Fragen aufwarfen:

1. In den gesichteten Fixierungsstandards wurde darauf hingewiesen, dass ausreichend Personal anwesend sein sollte, ohne dass hierfür eine zahlenmäßige Basis gegeben wurde.
2. Es gab keine Aussagen darüber, wer vom Personal konkret hier zuständig sein sollte.
3. Es gab keine Hinweise darauf, inwieweit dieses Personal für solche Situationen geschult sein müsste.

Unter den Aspekten der Garantenpflicht für Patienten und der Arbeitssicherheit für die Mitarbeiter mussten diese Punkte geklärt werden. In der weiteren Recherche fand sich weder beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, noch beim Bayerischen Gemeindeunfallversicherungsverband oder der Berufsgenossenschaft

für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) Zahlenmaterial über Verletzungen von Mitarbeitern im Krankenhausbereich. Ebenso gab es keine Empfehlungen oder Verordnungen der BGW zum Umgang mit gewalttätigen oder aggressiven Patienten.

Dipl.-Sozialwissenschaftler Jürgen M. Fuchs, Gründer von KUGA® (Kontrollierter Umgang mit Gewalt und Aggression), setzt sich bereits seit mindestens 1995 dafür ein, sich dem großen „Bedarf an Dokumentation, Analyse, Hintergrundwissen und Präventionsmöglichkeiten“ in diesem Bereich zu stellen. Symptomatisch sieht er zu diesem Zeitpunkt die Antwort des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen auf eine Umfrage im Jahr 1995: „In Beantwortung Ihrer o.g. Anfrage teile ich Ihnen mit, dass mir kein Zahlenmaterial über die Frage von Übergriffen durch Patienten zum Nachteil des Pflegepersonals vorliegt. Auch gibt es von meinem Hause keine Empfehlungen zum Umgang mit dieser Thematik und mir liegen keine Erkenntnisse über Schulungskonzepte zu diesem Thema vor“ [8].

Eine Umfrage von Renate Kuckelsberg (2000) an sieben psychiatrischen Kliniken bundesweit (99 ausgefüllte Fragebögen, Rücklauf 48 %) ergab, dass 50 Prozent der pflegerischen Mitarbeiter auf geschlossenen Stationen schon einmal Opfer von gewalttätigen Übergriffen waren [9]. 40 Prozent der Befragten gaben an, sich nicht ausreichend auf akute Übergriffe vorbereitet zu fühlen. Auf die Frage, wovor sie in der Ausnahmesituation Angst haben, gaben die meisten an: „Angst, alleingelassen zu werden“, gefolgt von „Angst vor körperlicher Verletzung“ und „Angst, den Patienten zu verletzen“ sowie „Angst, sich den Anforderungen nicht gewachsen zu fühlen“. Hier ist hervorzuheben, dass auf die Frage: „Waren Sie schon einmal Opfer von gewalttätigen Übergriffen?“ 30 % keine Antwort gaben. Dies lässt sich möglicherweise auch dadurch erklären, dass einige Klinikleitungen die Fragebögen vor Herausgabe sichten wollten. Dennoch sei an dieser Stelle allen Kliniken, die sich an der Umfrage beteiligten, gedankt. Zu diesem Zeitpunkt lehnten viele andere Kliniken eine solche Umfrage schlichtweg ab.

Die Arbeitsgruppe des MPI entschloss sich, ein Deeskalationsmanagement nach dem TOP-Modell (Technik, Organisation, Personal) [11] aufzubauen. Laut diesem Modell müssen zunächst alle technischen Maßnahmen erwogen werden, um eine mögliche Gefahrenquelle für die Mitarbeiter auszuschließen. Im ersten Schritt wurde erhoben, welcher Mitarbeiterkreis am ehesten einer möglichen Gefährdung ausgesetzt ist. Danach wurde die Personennotrufanlage [12] überprüft, in den akustischen Signalen eindeutiger gestaltet (bspw. wurde der Feueralarm deutlicher gegenüber dem sogenannten Überfallnotruf abgegrenzt) und auf den potenziell gefährdeten Mitarbeiterkreis ausgeweitet. Das Tragen transportabler Personennotrufgeräte wurde für Mitarbeiter in der Nachtschicht verpflichtend, zumal diese Geräte auch bei vitalen Notfällen ein schnelles Handeln ermöglichen. Unter Technik wird hier die gesamte Infrastruktur verstanden, also auch die baulichen Vorgaben.

Deswegen wurden Stationszimmer, Arbeitsräume, Büros, Patientenaufenthaltsräume, Aufzüge und Fluchtwege gesichtet und auf ihre Möglichkeiten und Funktionen untersucht. Als Beispiel sei hier angeführt, dass die Positionierung von Büromöbeln vielfach dem Mitarbeiter im Falle eines Übergriffs eine Flucht unmöglich macht.

Zum Punkt Organisation wurden alle Dienstanweisungen auf Stimmigkeit überprüft. Widersprüchliche Anordnungen wurden gegebenenfalls geklärt. Hierzu zählen auch rechtliche Vorgaben, die durch den Arbeitgeber definiert werden müssen, um die Mitarbeiter in einer Notfallsituation eindeutig handeln lassen zu können, also etwa, unter welchen Bedingungen die eigene Station verlassen werden kann oder muss.

In diesem Zusammenhang wurden auch die Haus- bzw. Stationsregeln für die Patienten überprüft und auf ein Minimum reduziert, damit Konflikte aus Unkenntnis oder Unverständnis gar nicht erst entstehen können.

Das Ergebnis ist als Konzept zusammengefasst in dem haus-eigenen Handbuch: „Handlungsstrategien bei Patientenübergriffen“. Dieses Handbuch gilt im Haus als Richtlinie und ist Bestandteil der Sicherheitseinweisung.

Ein Mitarbeiter, Zoltán Zala, bot ab 2002 regelmäßig sein Seminar PAP2001[®] (Patientengerechte Aggressionsbewältigung in der Psychiatrie) [13] an.

Abb. 1: Inhaltsverzeichnis des Handbuchs: Handlungsstrategien bei Patientenübergriffen

Handlungsstrategien bei Patientenübergriffen	
Vorwort	5
Thematische Definition	6
Ziele	8
Kenntnisse über Räumlichkeiten, Technik und personelle Vorgaben	9
Vorgehensweise bei einem Überfallnotruf	15
Auslösen des Überfallnotrufs	15
Eingang des Überfallnotrufs	17
Abstellen des Überfallnotrufs	19
Personalstärke	20
Verhalten in der Notfallsituation	21
Grundregeln in der Notfallsituation	22
Bildung eines Notfallteams	24
Tabellarische Darstellung des Notfalleinsatzes	28
Nachbetreuung	30
Nachbetreuung des Patienten	30
Nachbetreuung der Mitpatienten	30
Nachbetreuung der Mitarbeiter	31
Nachbesprechung des Notfallteams	31
Dokumentation	32
Rechtliche Aspekte	34
Abschließend sei gesagt	37
Anhang	38

Das Seminar hatte schwerpunktmäßig folgende Inhalte:
 Eine kurze, aber gründliche theoretische Aufklärung über Grundregeln und Grundkenntnisse der Selbstverteidigung. Blocktechniken, die die lebenswichtigen Körperregionen (Kopf und Rumpf) bei einem Angriff schützen, Abwehrtechniken, die helfen, einen Angriff effektiv abzuwehren und den Angreifer unter Kontrolle zu bringen, Festhaltetechniken, die nach erfolgreicher Abwehr angewendet werden, um den Angreifer fixieren zu können, sowie Transporttechniken. In

diesem Seminar werden ausschließlich Techniken geübt, bei deren Anwendung die Verletzungsgefahr sowohl für Patienten als auch für Mitarbeiter auf ein Minimum reduziert wird. Dieses Seminar wurde am MPI sukzessive ausgebaut.

■ Derzeit aktuelles Deeskalationstraining

Einen Überblick über die Inhalte des derzeit aktuellen zweitägigen Basistrainings zeigt Tabelle 1.

Tab. 1: Inhalte des 2-tägigen Basistrainings

TOP-Modell: Technik und Räumlichkeiten	Welche Möglichkeiten der Frühprävention gibt es? Wie kann mein Arbeitsumfeld so gestaltet werden, dass es nicht aggressionsauslösend wirkt? Wie kann ich ein aggressionsarmes Milieu schaffen?
TOP-Modell: Organisatorische und personelle Gegebenheiten und Voraussetzungen	Welche Besonderheiten muss ich in meiner Institution berücksichtigen? Wen kann oder muss ich zu Hilfe holen? Welche Hausregeln gibt es, und wie sinnvoll sind diese? Qualifikationen. Fort- und Weiterbildungen. Einstellungen und Meinungen
Grundgefühle nach Paul Ekman: Freude, Angst, Ekel, Wut, Überraschung, Trauer	Wie kann ich meine eigenen Gefühle wahrnehmen? Welche Möglichkeiten habe ich, Gefühle meines Gegenübers zu erkennen oder zu erfragen?
Gefühle, Ahnung, Instinkt	Verstand oder Gefühl? Welchen Impulsen oder Intuitionen sollte ich folgen?
Entstehung von Angst	Welche Situationen oder Ereignisse sind Angst auslösend? Was passiert physisch und psychisch bei Angst? Wie bleibe ich handlungsfähig? Wie verhalte ich mich, wenn mein Gegenüber Angst hat?
Auslöser von Aggressionen	Mögliche Auslöser von Aggressionen Grundsätzliches Verständnis für die Entstehung von Aggressionen
Angst-Aggressions-Spirale	Welchen Zusammenhang gibt es zwischen Angst und Aggression?
Gewalt, Zwang, Macht	Welche Möglichkeiten der institutionellen Gewalt gibt es? Wie gehe ich verantwortungsvoll damit um? Wann darf, wann soll ich meine Macht ausüben?
Kommunikationsmodelle	Welchen Einfluss hat die Kommunikation? Vier-Ohren-Modell (nach Schulz von Thun)
Wertequadrat: Nähe – Distanz n. Helwig und Schulz von Thun	Was bedeutet eine menschliche und professionelle Haltung in diesem Zusammenhang?
Eskalationsstufen nach F. Glasl	Wie und wodurch entsteht eine eskalierende Situation? Respektvoller Umgang mit Klienten
Interventionsmöglichkeiten	Wie kann ich direkt oder indirekt in eine eskalierende Situation eingreifen?
Verbale Deeskalation	Wie schaffe ich es, verbal Kontakt zu meinem Gegenüber aufzunehmen und eine Situation zu deeskalieren, ohne mich selbst in Gefahr zu bringen?
Ethische Grundlagen des Fremd- und Selbstschutzes	Unter welchen Aspekten ist Selbst- und Fremdschutz zu gewährleisten? Wann und wie darf ich körperlich eingreifen?
Praktische Übungen zum Fremd- und Selbstschutz	Einfache und leicht zu erlernende Flucht- und Abwehrmöglichkeiten
Rechtliche Aspekte	Nothilfe, Notwehr, unterlassene Hilfeleistung, Garantenpflicht

■ Beschreibung des zweitägigen Basistrainings

Das aktuelle Training der *Deeskalationskompetenz* (DeKom) wird im MPI von zwei Trainingsleitern begleitet, die Teilnehmerzahl liegt bei 14 Personen.

Zum Einsatz kommen audiovisuelle Medien, Flipchart, Gruppenarbeiten, Rollenspiele, Diskussionen und Erfahrungsaustausch sowie Trainingseinheiten in Gruppe oder Kleingruppe. Das Training beginnt mit der Kurzvorstellung der Teilnehmer, der Trainingsleiter und des Konzeptes. Erwartungen der Teilnehmer sowie genannte Erfahrungen im Bereich Aggression und Gewalt werden schriftlich festgehalten und soweit möglich und gewünscht im Training oder in Zusatzterminen diskutiert und bearbeitet.

■ Theorie

Erster Teil der Theorie

TOP-Modell: Technik und Räumlichkeiten

Im ersten Teil der Theorie wird das TOP-Modell hinsichtlich der Technik und Räumlichkeiten im Sinne der Frühprävention behandelt. Fragestellungen hierzu sind beispielsweise: Wie kann das jeweilige Arbeitsumfeld so gestaltet werden, dass der Mitarbeiter Fluchtmöglichkeiten in einer eskalierenden Situation hat? Gibt es einfach zu bedienende technische Anlagen zur Anforderung von Hilfe? Wie können Räumlichkeiten so gestaltet werden, dass sie nicht aggressionsauslösend wirken, beispielsweise in Wartebereichen? Welche Möglichkeiten für ein aggressionsarmes Milieu können zusätzlich geschaffen werden?

TOP-Modell: Organisatorische und personelle Gegebenheiten und Voraussetzungen

Bezüglich der organisatorischen Gegebenheiten und Voraussetzungen ist zu klären, welche Besonderheiten in der Institution berücksichtigt werden müssen. Hierunter fallen Ablaufplanungen, Standards, Anordnungen, Absprachen, Haus- oder Stationsregeln. Regelungen, die von Klienten und zum Teil auch von den Mitarbeitern nicht verstanden oder eingesehen werden können, müssten dringend bearbeitet werden. In diesem Bereich gibt es nicht selten organisatorische Widersprüche. Die Organisation eines Notfallteams muss bei psychiatrischen Notfällen ebenso geklärt sein wie bei vitalen Notfällen. Hierzu gehört grundsätzlich die zur Verfügung stehende Mitarbeiterzahl und die gegebenenfalls heranzuziehende externe Hilfe (beispielsweise Polizei oder andere externe Dienstleister).

Zu den personellen Gegebenheiten und Voraussetzungen im Sinne des TOP-Modells ist zu klären, welche Qualifikationen die Mitarbeiter haben, wie Schulungen, Fort- und Weiterbildungen organisiert sind, welche Einstellungen und Meinungen transportiert werden und damit, welcher Bedarf bei dem einzelnen Mitarbeiter besteht.

Zweiter Teil der Theorie

Grundgefühle nach Paul Ekman: Freude, Angst, Ekel, Wut, Überraschung, Trauer

Gefühle zu erkennen, zu erfragen und zu bewerten gehört zu den zentralen Aufgaben in der psychiatrischen Versorgung. Im Bereich der Deeskalation ist es wichtig zu erarbeiten, dass in Extremsituationen der Blick der Mitarbeiter auf die Gefühle und Bedürfnisse der Patienten gerichtet werden muss, ebenso aber auch auf die eigenen Gefühle und die eigene Unversehrtheit.

Im zweiten Teil der Theorie werden Gefühle und Bedürfnisse als mögliche Auslöser von Aggressionen, aber auch als möglicher Anknüpfungspunkt zur Kontaktaufnahme dargestellt.

Vor diesem Hintergrund ist das Wissen und Verständnis um Gefühle oder Bedürfnisse, die in expressive oder instrumentelle Aggression münden können, ein für uns ebenso notwendiger Teil des Trainings wie der Umgang mit aus Erkrankungen resultierenden Aggressionen.

Aggression

Ein grundsätzliches Verständnis für die Entstehung von Aggressionen soll entwickelt werden durch den Fokus auf Gefühle, die bei jedem Menschen in bestimmten Situationen entstehen können, beispielsweise durch den Eindruck, nicht ernst genommen zu werden, Einschränkungen in der Selbstbestimmtheit, Überforderung oder Unterforderung. Anhand des Modells der Grundgefühle nach Paul Ekman [27] werden Möglichkeiten erarbeitet, die Grundgefühle Freude, Angst, Ekel, Wut, Überraschung, Trauer zu erkennen und/oder wertschätzend zu erfragen [28].

Angst

Ein Schwerpunkt ist die Angst. Bei Patienten mit schweren psychischen oder körperlichen Erkrankungen ist Angst häufig ein Leitsymptom.

Hier ist die Gefahr groß, in die Angst-Aggressions-Spirale zu geraten. Tatsächliche oder vermutete Angriffe versetzen den Körper eines Menschen in einen Alarmzustand mit den bekannten stereotypen psychischen und physischen Begleiterscheinungen wie Unsicherheit, Unruhe, Erregung bis zur Panik, Anstieg von Puls- und Atemfrequenz, Zittern, Schweißausbrüche usw. Angst als unangenehmer emotionaler Zustand mit dem zentralen Motiv der Vermeidung oder Abwehr einer Gefahr birgt insbesondere durch weitere Begleiterscheinungen wie Wahrnehmungs-, Bewusstseins- und Denkstörungen die Gefahr, nicht mehr positiv handlungsfähig zu sein, sondern bestenfalls zu reagieren, durch Flucht, Angriff oder Erstarren.

Durch Aggression und Gewalt kann eine Situation überwertig, nahezu surreal erlebt werden. Im Training wird dargestellt und erarbeitet, sich selbst und dem Patienten Möglichkeiten der Angstbewältigung zu geben und aktiv im aktuellen Geschehen zu bleiben. In Betracht kommen hier Möglichkei-

ten wie das bewusste Einsetzen der Atmung, „erden“ mit Hilfe des eigenen Körpers und der Orientierung im Raum sowie speziellen Kommunikationsmethoden.

Instrumentelle Aggression sind im Allgemeinen Forderungen, die mit einer Drohung verbunden sind („Wenn Sie mich nicht sofort gehen lassen, passiert was!“). Auch hier können die Gefühle und Bedürfnisse des Patienten erfragt werden, wenn sich die Möglichkeit bietet. Allerdings steht die Sicherheit der Mitarbeiter in einer solchen Situation im Vordergrund. Unter Umständen ist es sinnvoll, dem Patienten nachzugeben und im Anschluss die weitere Vorgehensweise im Team zu besprechen bzw. externe Hilfe anzufordern.

An entstehende Gefühle wie Wut und Zorn muss auch bei Diagnosemitteilungen gedacht werden. In Anlehnung an das Phasenmodell (Schock, Verleugnung, Zorn und Wut, Verhandeln mit dem Schicksal, Depression, Akzeptanz) nach Kübler-Ross [32] gehören diese Gefühle zu den Phasen der Krankheitsbewältigung.

Ein für fast jeden Teilnehmer nachvollziehbares Beispiel für Aggressionen bedingt durch Krankheit sind andauernde Zahnschmerzen [29].

Dritter Teil der Theorie

Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun

Im dritten Teil der Theorie wird das Kommunikationsquadrat von Friedemann Schulz von Thun besprochen, dieses Modell wird auch „Vier-Ohren-Modell“ genannt. „Die vier Ebenen der Kommunikation haben nicht nur Bedeutung für das private Miteinander, sondern auch und vor allem für den beruflichen Bereich, wo das Professionelle und das Menschliche ständig miteinander ‚verzahnt‘ sind“ [30].

Nach Schulz von Thun enthält jede Äußerung vier Botschaften gleichzeitig: eine Sachinformation (worüber ich informiere), eine Selbstkundgabe (was ich von mir zu erkennen gebe), einen Beziehungshinweis (was ich von dir halte und wie ich zu dir stehe) und einen Appell (was ich bei dir erreichen möchte). Mit Hilfe dieses Modells können die Teilnehmer ihre eigene Kommunikation überprüfen und im Austausch untereinander sowie in den anschließenden Rollenspielen die Wirkung bestimmter Aussagen erleben. Im Vordergrund stehen die Relevanz der Aussagen, die Vermittlung von „Ich-Botschaften“, um Vorwürfe zu vermeiden, Formulierung, Tonfall, Körperhaltung und Mimik sowie die Art, wie sich der einzelne Teilnehmer behandelt fühlt und ob der Appell (Ratschlag, Handlungsanweisung, Bitte) adäquat angekommen ist [31]. Das Wertequadrat nach Helwig und Schulz von Thun [30] hilft den Aspekt von Nähe und Distanz im Zusammenhang mit Deeskalation hinsichtlich der erforderlichen menschlichen Zuwendung und professionellen Einstellung als auch hinsichtlich des Sicherheitsaspektes zu beleuchten.

Vierter Teil der Theorie

Eskalationsstufen nach F. Glasl

Im vierten theoretischen Teil wird mit Hilfe der Eskalationsstufen nach Friedrich Glasl (1998) dargestellt, wie sich Kon-

flikte entwickeln können [33]. Glasl benennt neun Eskalationsstufen: Stufe 1: Verhärtung; Stufe 2: Polarisierung und Debatte; Stufe 3: Taten statt Worte; Stufe 4: Image und Koalition; Stufe 5: Gesichtsverlust; Stufe 6: Drohstrategien; Stufe 7: Begrenzte Vernichtungsschläge; Stufe 8: Zersplitterung; Stufe 9: Gemeinsam in den Abgrund. Die ersten drei Stufen können laut Glasl immer noch in eine „win-win-Situation“ führen, die Stufen 4 - 6 führen zu einer „win-lose-Situation“, die letzten drei Stufen führen zur „lose-lose-Situation“. Insbesondere werden hier die Stufen 5 und 6 diskutiert – etwa, wie leicht und oft unbedacht ein Gesichtsverlust herbeigeführt werden kann („Wie laufen Sie denn wieder rum? Ihr Hemd ist ja total schmutzig“) und wie häufig Drohstrategien verwendet werden („Wenn Sie diesmal wieder nicht pünktlich sind, muss ich ...“). Eine Bewusstwerdung in diesem Bereich führt zu einem wertschätzenderen und respektvolleren Umgang mit dem Klienten.

■ Praktischer Teil

Verbale Deeskalation und Interventionsmöglichkeiten

Die im theoretischen Teil erarbeiteten Grundlagen werden im praktischen Übungsteil auf ihre Anwendbarkeit überprüft. Tatsächliche oder befürchtete Situationen aus dem Berufsalltag werden im Rollenspiel aufgegriffen. Der Beobachtungsschwerpunkt der Trainingsleiter und der Teilnehmer liegt dabei auf der wertschätzenden Grundhaltung, der Kontaktaufnahme, dem Einsatz der Stimme in Lautstärke, Formulierung und Tonfall, Gestik und Mimik, dem Erkennen oder Erfragen der Gefühle und Bedürfnisse, Handlungs- und Lösungsmöglichkeiten sowie dem Sicherheitsaspekt. Deeskalierendes Eingreifen heißt auch immer, sich nicht selbst in Gefahr zu bringen. Gewünscht und gefördert werden in den Rollenspielen der kollegiale Austausch und die gegenseitige Unterstützung.

Fremd- und Selbstschutz

Im theoretischen Teil des Fremd- und Selbstschutzes werden die ethischen Grundlagen besprochen unter Einbeziehung der rechtlichen Aspekte. Begriffe wie Garantenpflicht, Notwehr, Nothilfe, unterlassene Hilfeleistung und das Recht auf eigene Unversehrtheit werden hinsichtlich der sich daraus ergebenden Möglichkeiten für die Mitarbeiter diskutiert. Hilfreich sind in diesem Bereich Richtlinien des Hauses, um Mitarbeitern Klarheit und Sicherheit in ihrem Handeln zu geben. Dies wird deutlich am Beispiel der Nothilfe. Viele Mitarbeiter fühlen sich bei möglichen Übergriffen gegen Kollegen verpflichtet, sofort persönlich Hilfe zu leisten. Im MPI gibt es die Richtlinie, als Erstes analog zum vitalen Notfall Hausalarm auszulösen, um zu gewährleisten, dass ausreichend viele Mitarbeiter die Situation lösen können.

Im Training zum Fremd- und Selbstschutz werden Hilfstech- niken, wie beispielsweise der Rautek-Griff, in Erinnerung gerufen, außerdem werden einfache Techniken zum Schutz gegen Schlagen, Treten, Festhalten und Würgen eingeübt. Diese Techniken minimieren das Risiko der Verletzung beim Mitarbeiter und beim Patienten.

Die wichtigsten Techniken sind allerdings Fluchttechniken. Sobald sich die Möglichkeit bietet, ist Flucht die beste und angemessenste Alternative des Selbstschutzes. Fixiertechniken werden im Aufbaustraining vermittelt.

■ Umsetzung des Konzeptes in der Klinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie

Mit diesem Training und der Integration der Handlungsstrategien in das Arbeitssicherheitskonzept des Hauses wurden die personenbezogenen Maßnahmen nach dem TOP-Modell eingeführt. In der Umsetzung machten die Diskussionen zu Beginn deutlich, dass viele Mitarbeiter sich geradezu sperren, überhaupt Überlegungen zu einem Thema anzustellen, das die Ausübung von physischer Macht gegen Patienten beinhaltet. Es entwickelte sich jedoch im Laufe der Zeit die Überzeugung, dass es für die Mitarbeiter – vor allem aber auch für den jeweils betroffenen Patienten – im Ergebnis insgesamt körperlich und seelisch schonender ist, in einer entsprechenden Situation gut vorbereitet und schnell handeln zu können. Wenn ein Patient aufgrund gründlicher Überlegungen beispielsweise isoliert werden muss, sollte der körperliche Einsatz des Personals geplant, kurz und zielgerichtet sein. Dies mag sich zunächst kalt und gefühllos anhören. Ohne Schulung des Personals zur Durchführung solcher Maßnahmen wird es aber auch Situationen geben, in denen ein Patient isoliert werden muss. Dies geschieht dann meist in lang andauernden „Handgemengen“ mit sicherlich deutlich höherem gegenseitigem Verletzungsrisiko und einem nachhaltigen Vertrauensbruch.

Im Ergebnis wurde ein Konzept erstellt, in dem definiert wurde: Vorgehensweise bei einem Überfallnotruf, Teamstärke, Grundregeln und Verhalten in der Notfallsituation, Bildung eines Notfallteams, Nachbetreuung des Patienten, der Mitpatienten und der Mitarbeiter, Nachbesprechung des Notfallteams, Dokumentation sowie rechtliche Aspekte.

Die Umsetzung dieser Ziele im praktischen Ablauf wird unterstützt durch das Flussdiagramm *Handlungsablauf bei Patientenübergriffen und psychiatrischen Notfällen*.

■ Fallbeispiel

Ein Wochenende, ich komme zum Spätdienst. Die Tür zum Stationszimmer ist geschlossen. Das ist ungewöhnlich. Ich öffne und sehe ein Durcheinander von Scherben, Essensresten und umgeworfenen Stühlen. Meine Kollegin vom Frühdienst sitzt da, noch völlig verstört, zwei andere sind dabei, Ordnung zu schaffen. Was war passiert? Die Kollegin wurde plötzlich ohne Vorwarnung von einer Patientin angegriffen, in den Schwitzkasten genommen und gegen den Tisch gedrückt. Sie hatte Verletzungen im Nacken und Kniebereich, so dass sie mehrere Wochen arbeitsunfähig war. Die Patientin hatte sich inzwischen wieder beruhigt, sie saß im Aufenthaltsraum und hörte Musik. Später kam sie dann zu mir ins Stationszimmer, sie wollte nicht allein sein und verhielt sich ruhig und freundlich. Trotzdem wurde ich die Angst, die seit Dienstbeginn

Abb. 2: Handlungsablauf bei Patientenübergriffen und psychiatrischen Notfällen

Handlungsablauf bei Patientenübergriffen und psychiatrischen Notfällen

Erstkontakt	Datum	Station	HZ
Uhrzeit		Stationsverantwortlicher:	
Patient		Erstkontakt bleibt Koordinator	
Dienstarzt erreicht <input type="checkbox"/> nicht erreicht <input type="checkbox"/>		Telefon:	
Mögliche Gefahr in Verzug Eigene Sicherheit herstellen Hilfe hinzuziehen, (telefonisch oder per Hausalarm) Alarm niederschwellig auslösen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Polizei: 0-110	
Polizei? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Notarzt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Notarzt: 0-112	
Zwangmaßnahmen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Hintergrund OA verständigt?	
Teamstärke (5 Mitarbeiter) erreicht? Gefährliche Gegenstände abgelegt? Kurzinformation?		Teamstärke (5 Mitarbeiter) erreicht? Gefährliche Gegenstände abgelegt? Kurzinformation?	
Verbale Deeskalation? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Medikation? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Medikation oral:	
..... Dosis bis		Medikation i.m.:	
..... Dosis bis			
Isolierung/Fixierung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Fixierungsprotokoll? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Unfallprotokoll? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Akute Gefahr beigelegt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Nachbetreuung des Patienten: Grundversorgung gewährleisten, Information und Entlastung. Verletzung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Nachbetreuung der Mitpatienten: Ggf. im Rahmen der ärztlichen Schweigepflicht informieren. Information (im Rahmen der Schweigepflicht) und Entlastung. Verletzung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
D-13 Bericht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Nachbetreuung der Mitarbeiter: Dienstfähigkeit prüfen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Weitere Maßnahmen:			
Dokumentation			
Verlaufsbeschreibung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
.....			
.....			
.....			
Unterschrift Pflegepersonal:		Unterschrift ärztliches Personal:	
.....		

Gerechthg: G.M. Wübbena
Entwurf von: Hinrichs, Busch, Kick, Kuckelsberg, Wübbena
Stand: Januar 2009, Max-Planck-Institut für Psychiatrie

durch die vorangegangenen Ereignisse in mir entstanden war, nicht los: Ich ging gewissermaßen auf Zehenspitzen durch den Raum und war darauf gefasst, dass mich jederzeit ein ähnlicher Angriff erwartete wie meine Kollegin. Doch ich blieb verschont; der nächste Übergriff erfolgte am nächsten Morgen. Ich erfuhr davon in der Dienstübergabe, und wieder verbrachte ich den Tag in Anspannung und Furcht. Ich trug sicherheitshalber einen Notfallpiepser bei mir, hatte jedoch das Glück, ihn nicht gebrauchen zu müssen. Seit acht Jahren arbeite ich in der Psychiatrie und war bisher noch nie direkt tätlichen Angriffen ausgesetzt. Ich habe dennoch die Erfahrung gemacht, dass die ständige Bedrohung, die von einem aggressiven Patienten ausgeht, eine große nervliche Belastung darstellt, die schon nach wenigen Arbeitstagen zur Erschöpfung führt. Deswegen interessierte es mich, welche Strategien andere Mitarbeiter zur Bewältigung ihrer Angst entwickelt hatten. Eine davon war die, sich mit dem Patienten zu verbünden, indem Sonderrechte gewährt und Anordnungen stillschweigend übergangen wurden. Das führte dazu, dass eine übereinstimmende Behandlung nicht mehr möglich war. Eine besonders gängige Methode war, die Angst zu leugnen. Es gab sogar die Behauptung, dass jemand, der Angst hat, seinen Beruf verfehlt habe und nicht auf einer geschlossenen Station arbeiten dürfe (Mitarbeiter einer geschützten Station).

■ Evaluation des Deeskalationstrainings in der Klinik des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie

Das Deeskalationsmanagement des MPI wird regelmäßig evaluiert. Eine geplante Erhebung darüber, ob es infolge der Deeskalationstrainings zu weniger aggressiven Übergriffen kommt, ist bisher aufgrund verschiedener Faktoren (beispielsweise Art der Grunderkrankung, Belegung und Besetzung) nicht gelungen. Hinsichtlich der Effekte eines solchen Trainings auf die Mitarbeiter wurde eine Begleituntersuchung von Andreas Ströhle (2008), Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, durchgeführt, deren Ergebnisse bereits in „Der Nervenarzt“ veröffentlicht wurden [14]. Im Mittelpunkt steht hier das Trainingskonzept PAP2001[©].

Begleitforschung zur Wirksamkeit

Insgesamt 339 Teilnehmer nahmen zwischen 2001 und 2005 an 31 Seminaren teil. 19 Seminare fanden an 2 Tagen und 12 an 5 Tagen statt. An folgenden Einrichtungen wurde mindestens einmal ein Seminar durchgeführt: Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München; Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Berlin; Ludwig-Maximilians-Universität, München; Katholischer Männerfürsorgeverein München e. V.; Krisendienst Ost, München; Tandem BQ GmbH – Ambulante Dienste, Berlin.

Teilnehmerzufriedenheit

Das Alter der 335 Teilnehmer des Seminars, die eine subjektive Einschätzung des Programms abgaben, lag zwischen 19 und 62 Jahre mit einem Durchschnittsalter von 32,7 Jahren;

64 % der Teilnehmer waren Frauen, 36 % Männer. 67 % der Teilnehmer waren in der Krankenpflege tätig, 11 % waren Ärzte und 22 % anderen Berufsgruppen zugehörig (Psychologen, Lehrer, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Heilpädagogen); die Rücklaufquote betrug 98,8 %. Die Vermittlung theoretischen Wissens wurde im Mittel benotet mit der Schulnote 1,44, die Vermittlung praktischen Wissens mit 1,17, der Aufbau des Seminars mit 1,20, die Anwendbarkeit bei der Arbeit mit 1,74. Insgesamt wurde das Seminar mit 1,31 bewertet. 74 % der Teilnehmer wünschten sich einen Wiederholungs- bzw. einen Aufbaukurs.

Methodik

Die Frage, ob sich durch das Training Veränderungen bei den Teilnehmern ergeben, wurde mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens untersucht. Der von Krampen [6, 7]) entwickelte „Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ (FKK) wurde als etabliertes und veränderungssensitives Verfahren zur standardisierten Untersuchung und Charakterisierung von Kontrollüberzeugungen angewendet. Konzeptuell und auswertungstechnisch werden im FKK 3 Aspekte generalisierter Kontrollüberzeugungen unterschieden und als Primärskalen abgebildet:

- Internalität als die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personenspezifischen Umwelt
- sozial bedingte Externalität als generalisierte Erwartung, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluss anderer („mächtiger“) Personen abhängen.
- fatalistische Externalität als generalisierte Erwartung, dass das Leben und Ereignisse vom Schicksal, Glück, Pech und dem Zufall abhängen

Als 4. Primärskala gilt im FKK das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten als generalisierte Erwartung darüber, dass in Handlungs- oder Lebenssituationen Handlungsmöglichkeiten – zumindest eine – zur Verfügung stehen.

Neben diesen Primärskalen bietet der FKK auch von den Primärskalen direkt abhängige Sekundär- und Tertiärskalen. Die 1. Sekundärskala fasst die Items der Primärskalen zum Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und zur Internalität und wird nach Bandura [1] als Dimension der generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bezeichnet. Die 2. Sekundärskala wird durch die Aggregation der Primärskalen zur sozialen Externalität und zur fatalistischen Externalität gebildet und wird als Dimension der generalisierten Externalität in Kontrollüberzeugungen bezeichnet.

Konzeptuell unschärfer ist die Tertiärskala des FKK angelegt; sie wird durch den einfachen Differenzwert der *generalisierten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen* und der *generalisierten Externalität in Kontrollüberzeugungen* gebildet, umfasst somit alle 32 Items des Fragebogens und wird als globale, bipolare Dimension der *generalisierten Internalität vs. Externalität in Kontrollüberzeugungen* bezeichnet.

Von 31 Seminarteilnehmern und 11 Kontrollprobanden wurde der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen vor, am Ende und 3 Monate nach dem Seminar ausgefüllt. Dargestellt werden die Mittelwerte und die Standardabweichung der Primär-, Sekundär- und Tertiärskalen des FKK.

Das mittlere Alter der 31 mit dem FKK untersuchten Teilnehmer des Seminars betrug 34,0 Jahre. Unter den 19 Frauen und 12 Männer waren 18 Krankenpflegemitarbeiter, 3 Ärzte sowie 10 aus anderen Berufsgruppen (5 Psychologen, 3 Einzelfallhelfer und 2 medizinisch technische Assistenten). Das mittlere Alter der Kontrollgruppe (3 Frauen, 8 Männer) betrug 35,4±3,0 Jahre. Die Kontrollgruppe setzt sich aus 5 Krankenpflegemitarbeitern, einem Arzt sowie 4 Personen aus anderen Berufsgruppen (zwei Psychologen, ein Medizinstudent und ein Sozialarbeiter) zusammen.

Ergebnisse

Es ergaben sich signifikante Haupt- und Interaktionseffekte für die Primärskalen *Selbstkonzept eigener Fähigkeit* (Zeit: $F=3,80$, $df=2,39$, $p=0,031$; Zeit x Training: $F=4,14$, $df=2,39$, $p=0,023$), *Internalität* (Zeit x Training: $F=4,38$, $df=2,39$, $p=0,019$), *soziale Internalität* (Zeit x Training: $F=4,83$, $df=2,39$, $p=0,013$) und *fatalistische Externalität* (Zeit: $F=3,33$, $df=2,39$, $p=0,046$). Für die Sekundär- und die Tertiärskala ergaben sich die folgenden Effekte: *Selbstwirksamkeit* (Zeit x Training: $F=7,00$, $df=2,39$, $p=0,003$) und *Externalität* (Zeit: $F=4,30$, $df=2,39$, $p=0,020$; Zeit x Training: $F=3,53$, $df=2,39$, $p=0,039$), *Internalität vs. Externalität* (Zeit x Training: $F=6,48$, $df=2,39$, $p=0,004$).

Kontrasttests ergaben eine signifikante Veränderung gegenüber dem Ausgangswert (vor dem Training) bei der Primärskala *Internalität* 3 Monate nach dem Training; bei allen anderen Primär-, Sekundär- und auch der Tertiärskalen des FKK fanden sich signifikante Veränderungen im Vergleich zum

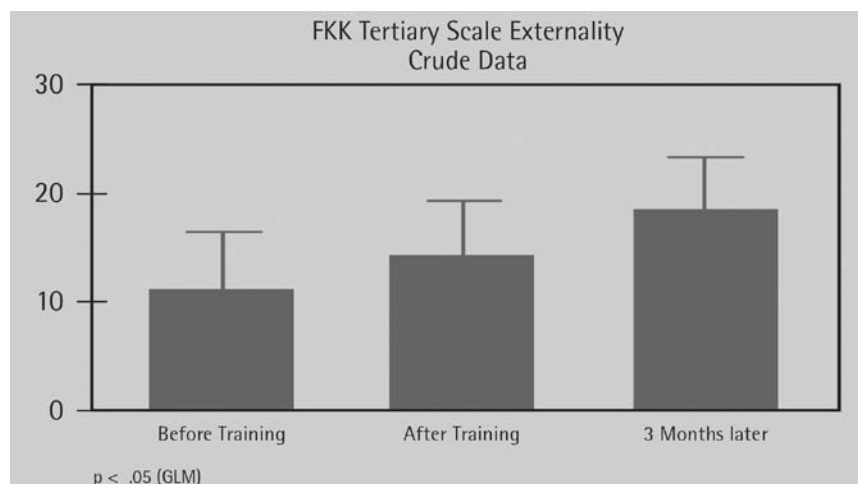
Ausgangswert direkt nach sowie drei Monate nach dem Training ($p<0,05$). Während es bei den Primärskalen *Internalität* und *fatalistische Externalität* sowie der Sekundärskala *Externalität* nach dem Training zu einer Reduktion der Punktwerte kommt, fand sich ein Anstieg bei den anderen Skalen (Selbstkonzept eigener Fähigkeit, soziale Internalität, Selbstwirksamkeit), inklusive der Tertiärskala *Internalität vs. Externalität*. Bei den Kontrollprobanden ohne Seminarpartizipation fanden sich keine signifikanten Veränderungen in den Skalenwerten des FKK.

Die wesentlichen Ergebnisse der dargestellten Untersuchung eines Programms zum "Patientengerechten Umgang mit Aggression in der Psychiatrie" sind 1. eine sehr gute bis gute Beurteilung des Seminars und der erfragten Teilaspekte durch die Teilnehmer und 2. signifikante Veränderungen im Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK), die als Indikator für eine vermehrte interne Kontrollüberzeugung mit relativer Unabhängigkeit von Zufallseinflüssen, geringer Fremdbestimmung, hoher Autonomie und aktiv handlungsorientiertem Verhalten angesehen werden können.

Fazit zur Begleituntersuchung

In Ergänzung zu verbalen Deeskalationsstrategien kann ein praxisorientiertes Training den Umgang mit Aggression und Gewalt in der Psychiatrie verbessern und zu stabilen Veränderungen von Kompetenz- und Controllerleben bei den Teilnehmern führen. Zur Erhöhung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern in der Psychiatrie erscheint die Implementierung eines solchen Trainings in Aus- und Fortbildungen sowie eine breite Anwendung in psychiatrischen Akutkliniken langfristig sinnvoll. Wenn auch durch bisherige Untersuchungen nicht sicher belegt, sollte durch ein praxisorientiertes Training zum Umgang mit Gewalt und Aggression die Anzahl [18] und Folgen [5] aggressiver Zwischenfälle in der Psychiatrie reduziert werden können.

Abb.3: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen, Tertiärskala *generalisierte Internalität vs. Externalität*. Hohe Werte gelten als Ausdruck einer internalen Kontrollüberzeugung, relativer Unabhängigkeit von Zufallseinflüssen mit geringer Fremdbestimmung, hoher Autonomie und eher aktiv handlungsorientiertem Verhalten.



■ Nachbetreuung von Mitarbeitern nach einem Patientenübergreif

Ebenso wie die Nachbetreuung der Patienten war dem MPI die Nachbetreuung der Mitarbeiter ein großes Anliegen. Die Statistiken zu Patientenübergreifen sind laut der Unfallkasse Baden-Württemberg (UKBW) alarmierend, die Tendenz zunehmend. Der UKBW wurden im Jahr 2001 ca. 5300 zu entscheidende Unfälle aus den Bereichen Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser, Universitätskliniken und psychiatrische Krankenhäuser gemeldet. Nach etwa 1200 ausgewerteten Fällen wurden etwa 5 % der Unfälle durch Patientenübergreifen verursacht. In Wohnbereichen und Stationen liegt der Anteil von Patientenübergreifen bei etwa 11%. In Fachkliniken für Psychiatrie und Kreispflegeheimen liegt der Anteil von Übergreifen an der Gesamtzahl der gemeldeten Arbeitsunfälle hier bei bis zu 50 % [15].

Neben körperlichen Schäden kann ein Übergreif für einen Mitarbeiter psychische Belastungen zur Folge haben. In der Präventionsbroschüre *Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen* [17] heißt es hierzu: „Die psychischen Folgen reichen von Schlaf- und Konzentrationsstörungen über das ständige Wiedererleben der Gewaltsituation bis hin zum Vollbild der sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörung.“ Etwa 14 Prozent der Mitarbeiter leiden unter psychischen Folgestörungen nach einem Übergreif.

Dies zeigt die Notwendigkeit einer psychosozialen Betreuung von Beschäftigten nach belastenden Ereignissen. Nach Einschätzung und Erfahrung steht das kollegiale Gespräch an erster Stelle. Außerdem sollte der Arbeitgeber im Sinne der Fürsorgepflicht weiterführende Regelungen für betroffene Mitarbeiter finden (vgl. GUV-I 8599). Am MPI wurde festgestellt, dass betroffene Mitarbeiter mit Unterstützung der Kollegen oder der Vorgesetzten selbst entscheiden, welche Hilfe sie bei wem in Anspruch nehmen (interne oder externe Hilfe). Die jeweiligen Vorgesetzten setzen sich in bestimmten Intervallen mit Mitarbeitern zusammen, die Opfer eines Patientenübergreif waren.

Die Unfallversicherungsträger sind nicht nur nach Arbeitsunfällen mit körperlichen Verletzungen, sondern auch nach psychisch traumatisierenden Ereignissen für die erforderliche medizinische und psychologische Behandlung verantwortlich [23].

Zur Verhinderung von posttraumatischen Belastungsstörungen haben sie sich auf ein schnelles, unbürokratisches und qualitätsgesichertes Verfahren zur Betreuung nach posttraumatischen Belastungen geeinigt. Betroffene, die sich in möglichst kurzer Zeit, aber längstens 3 Wochen nach dem Unfallereignis beim Versicherungsträger melden, wird bei der Suche nach medizinisch-psychotherapeutischen Fachkräften (z.B. Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie etc.) Unterstützung angeboten. In diesem ersten Schritt werden bis zu 5 probatorische Therapiesitzungen in Einzel- oder Gruppensitzungen zeitlich möglichst eng beieinanderliegend genehmigt.

■ Deeskalationstrainings heute

Die Notwendigkeit von Deeskalationsmanagements und Deeskalationstrainings hat sich inzwischen durchgesetzt und wird von Qualitätsmanagementsystemen und Zertifizierern gefordert, beispielsweise im KTQ-KH-Katalog (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) [24]. So findet sich unter Punkt 3.1.5 des KTQ-KH-Katalogs 5.0 der Umgang mit Fremdgefährdungen durch Patienten: „Für den Patienten wird eine sichere unmittelbare Umgebung gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung umgesetzt.“

Der Bayerische Gemeindeunfallversicherungsverband unterstützt eine Multiplikatoren Ausbildung nach dem „ProDeMa“-Konzept („Professionelles Deeskalationsmanagement“): „Diese Ausbildung vereinigt primärpräventive Ansätze, Kommunikationsschulung, Ausbildung in einfachen und schonenden körperlichen Techniken und Nachbereitung von Zwischenfällen in besonders umfassender und konsequenter Weise. Durch die Multiplikatoren wird eine große Zahl von Versicherten erreicht, und die Schulungsinhalte können an das eigene Arbeitsumfeld angepasst werden“ [21].

Die BGW bietet seit 2003 das Seminar „Professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression“ (PUGA) an. „Hier werden in drei Tagen Grundlagen vermittelt, um effektive innerbetriebliche Maßnahmen anzuregen.“ In einer Testphase befindet sich bei der BGW ebenfalls das Konzept nach ProDeMa® [22].

Laut Steinert (2008) ist die wissenschaftliche Befundlage „sowohl hinsichtlich des primären Ziels (Verringerung von Häufigkeit und Schwere aggressiver Übergreifen) als auch von sekundären Zielen (Verringerung von Zwangsmaßnahmen, Steigerung von Zuversicht und Selbstvertrauen bei den geschulten Mitarbeitern) insgesamt inkonsistent. Wenngleich ein messbarer Rückgang bei aggressiven Vorfällen und ihren Konsequenzen nicht zwingend erwartet werden kann, sind doch positive Effekte auf das aggressionsrelevante Wissen sowie auf die Zuversicht der Mitarbeiter, aggressive Situationen beherrschen zu können, zu erwarten, und derartige Trainings sind deshalb nach gegenwärtigem Wissensstand empfehlenswert“ [25].

Im Rahmen des Pflorgetages „40 Jahre Psychiatrische Fachweiterbildung“ im Juni 2008 am MPI war ein Thema *Deeskalationskompetenz in den Verbundkliniken*. Philipp Ackermann, Mitarbeiter der Psychiatrischen Klinik Nußbaumstraße der Ludwig-Maximilians-Universität, stellte an D. Richter, R. Wesuls und T. Steinert die Frage, welches ihrer Meinung nach die drei wichtigsten Aspekte eines Deeskalationsmanagements seien. Richter nannte die Punkte: 1. Stressmanagement, 2. Ärgermanagement, 3. Basale Grundregeln; Steinert: 1. Verbreitung und Wiederholung, 2. Spezifische Trainings, 3. Orientierung an Forschung; und Wesuls: 1. Spezifische Trainings, 2. Mitarbeiterbetreuung nach Vorfällen, 3. Aufarbeitung im Team.

■ Diskussion

„Die Auswirkungen von Gewalt und Aggression auf Patienten und Mitarbeiter und somit auch auf das Arbeitssystem sind fatal: Kränkungen, psychische Verletzungen, körperli-

che 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“ (Richter, zitiert aus: Professionelles Deeskalationsmanagement [ProDeMa] Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen) [20].

Diese Auswirkungen auf Patienten und Mitarbeiter so gering wie möglich zu halten ist die Aufgabe des Deeskalationsmanagements als Teil des Qualitätsmanagements.

In einer systematischen Übersicht kommen Richter und Needham zu dem Schluss, dass es bisher noch keine klare Evidenz für eine Reduktion gewalttätiger Übergriffe gibt. Eindeutig belegt seien jedoch positive Effekte auf das Wissen über Gewalt und das Vertrauen, mit diesen schwierigen Situationen umgehen zu können [26].

Steinert (2008) hält fest, dass gewaltpräventiv wirksam „am ehesten eine patientenorientierte, zeitgemäße und humane Psychiatrie“ mit einer angemessenen personellen, baulichen und materiellen Ausstattung ist. Ebenso gewaltpräventiv wirksam sieht er „vermutlich all jene Desiderate psychiatrischer Versorgung, die auch in anderer Hinsicht zu den großen Themen des Fachs zählen: Entstigmatisierung, Qualitätssicherung, Patientenorientierung, partnerschaftliche Behandlung und Psychoedukation“.

Hier werden auch die Grenzen eines Deeskalationsmanagements sichtbar. Es darf sich nicht der Gedanke durchsetzen, dass Deeskalationstrainings allein das Auftreten von Aggression und Gewalt verhindern können. Allerdings können solche Trainings den Mitarbeitern Sicherheit vermitteln und Ängste nehmen, was sicherlich hilfreich ist, um den erforderlichen menschlich-respektvollen Umgang mit dem Patienten stets aufrechtzuerhalten.

Die wesentlichen Inhalte von Deeskalationstrainings sind theoretische Kenntnisse über die Entstehung von Gefühlen und Aggressionen, Kommunikationsmodelle, verbale Deeskalationstechniken, Techniken zum Selbst- und Fremdschutz, Überwältigungs- und Fixierungstechniken und rechtliche Aspekte. Die Schulung einzelner Komponenten wird heute als wenig sinnvoll angesehen. Trainings sollten spezifisch auf die Bedürfnisse und Vorgaben der jeweiligen Institution ausgerichtet sein.

Anfragen von sozialen Institutionen außerhalb des psychiatrischen Fachbereiches, beispielsweise aus der Wohnungslosenhilfe oder einem schulischen Förderzentrum zeigen, dass Gewalt und Aggression keine Themen der Psychiatrie sind. Es sind Themen der Gesellschaft.

■ Ausblick

Deeskalationstraining müssen weiterhin auf die Bedürfnisse und Erfahrungen der Mitarbeiter ausgerichtet werden. Wichtig ist auch, Zeit für den Erfahrungsaustausch der Teilnehmer zu geben. Deeskalationstrainings sollten in ein innerbetriebliches Fortbildungskonzept eingegliedert sein.

Hilfreich und notwendig ist es, deeskalierende Maßnahmen und Verhaltensweisen bereits in der Ausbildung zu vermitteln. Zeller, Needham und Halfens (2006) konnten zeigen, dass ein 4-tägiges Training zum Umgang mit Aggression und Gewalt zu einem Anstieg der Selbstwirksamkeit bei Pflegegeschülern führte [26]. In der Fachweiterbildung psychiatrische Pflege der psychiatrischen Verbundkliniken München sind Deeskalationstrainings seit einiger Zeit fester Bestandteil des Ausbildungskatalogs.

Erhebungen in den nächsten Jahren müssen zeigen, ob und inwieweit Deeskalationstrainings übergreifende Erfolge zeigen hinsichtlich der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern, der Anzahl an psychischen und physischen Verletzungen und an Zwangsmaßnahmen.

Im MPI gibt es derzeit Überlegungen, im Rahmen des sozialen Kompetenztrainings modifizierte Deeskalationstrainings für Patienten anzubieten. Erste Erfahrungen in der thematischen Auseinandersetzung mit Gewalt und Aggression hat Renate Kuckelsberg im Rahmen der Psychoedukation mit Patienten der Tagklinik des MPI gemacht.

■ Literatur

1. Bandura A (1986): Social foundations of thought and action. Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
2. Grainger C, Whiteford H (1993): Assault on staff in psychiatric hospitals: a safety issue. Aust N Z J Psychiatry 27:324–328
3. Strukturierter Qualitätsbericht des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München, gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006. Vgl. bspw. <http://www.kliniken.de/qualitaetsberichte/download/80804-Muenchen-Max-Planck-Institut-fuer-Ps-260910330-00-2006.pdf>
4. Haller RM, Deluty RH (1988): Assaults on staff by psychiatric inpatients – a critical review. Br J Psychiatry 152:174–179
5. Infantino JA, Musingo SY (1985): Assaults and injuries among staff with and without training in aggression control techniques. Hosp Community Psychiatry 36:1312–1314
6. Krampen G (1982): Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen („Locus of Control“). Göttingen: Hogrefe
7. Krampen G (1991): Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen: Hogrefe
8. Fuchs JM (2001): Kontrollierter Umgang mit Gewalt und Aggression. Faktor Arbeitsschutz, Informationen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz für Fach- und Führungskräfte, Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte, Personal- und Betriebsräte Wiesbaden: Universum Verlag GmbH. 04:6-8
9. Kuckelsberg R (2000): Schutz der Mitarbeiter auf geschlossenen psychiatrischen Stationen bei aggressiven Übergriffen der Patienten. Facharbeit im Rahmen der Stationsleiterausbildung *Umfrage unter Mitarbeitern der geschlossenen oder geschützten Stationen von: Krankenhaus Rechts der Isar der Technischen*

- Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie; Bezirkskrankenhaus Taufkirchen (Kliniken des Bezirks Oberbayern – Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Klinik Taufkirchen); Universitätsklinik der TU Dresden (Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Dresden); Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München; Universitätsklinik Benjamin Franklin (Charité – Universitätsmedizin Berlin), Gemeinsame Einrichtung von Freier Universität Berlin und Humboldt-Universität zu Berlin; SHG – Kliniken Merzig (Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes); Bezirkskrankenhaus Haar (heutige Kliniken des Bezirks Oberbayern – Isar-Amper-Klinikum gGmbH, Klinikum München-Ost)*
10. Needham I, Abderhalden C, Meer R et al. (2004): The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings: report on a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 11:595-601
 11. Traumatisierende Ereignisse in Gesundheitsberufen (2006). Bundesverband der Unfallkassen, Fockensteinstraße 1, 81539 München. GUV-I 8599. www.unfallkassen.de
 12. Einsatz von Personen-Notsignal-Anlagen (2002): Berufsgenossenschaftliche Regeln für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. BGR 139. www.bgw-online.de
 13. PAP2001[®]. Kontakt: zalaz@gmx.de
 14. Zala Z, Kuckelsberg R, Busch-Wübbena U, Kick C, Hinrichs J, Heinz A, Ströhle A (2008): Patientengerechte Aggressionsbewältigung in der Psychiatrie. Beschreibung eines Seminars und erste Ergebnisse. *Nervenarzt* 79:827-831
 15. Steinert T, Vogel WD, Beck M, Kehlmann S (1991): Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. *Psychiatr Prax* 18:155-161
 16. Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA et al. (2006): A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 63:490-499
 17. Richter D, Fuchs JM, Bergers KH (2001): Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen. Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband, Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen
 18. Van Rixtel AM, Nijman HL, Jansen A (1997): Aggression and psychiatry – does training have any effect? *Verpleegkunde* 12:111-119
 19. Walker Z, Seifert R (1994): Violent incidents in a psychiatric care unit. *Br J Psychiatry* 194:826-828
 20. Wesuls R, Heinzmann T, Brinker L (2005): Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa) Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. Hrsg. Unfallkasse Baden-Württemberg. Stuttgart. 4. Aufl.
 21. http://www.guvv-bayern.de/Internet_I-Frame/99_Navigation/Suche.php. <http://www.guvv-bayern.de>, Suchbegriff: Patientenübergriffe
 22. <http://www.bgw-online.de/> Suchbegriff „Gewalt“
 23. Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz – ein Handbuch. Phänomene, Ursachen, Prävention (2005): Bundesverband der Unfallkassen, Fockensteinstraße 1, 81539 München. GUV-I 8628. www.unfallkassen.de
 24. www.ktq.de
 25. Steinert T, Bergk J (2008) Aggressives und gewalttätiges Verhalten. Diagnostik, Prävention, Behandlung. *Nervenarzt* 79:359-370
 26. Zeller A, Needham I, Halfens R (2006): Effects of training course in management of aggression and violence on nursing students. *Pflege* 19:251-258
 27. Ekman P (2007): Gefühle lesen. Wie Sie Emotionen erkennen und richtig interpretieren. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
 28. Dank an dieser Stelle an Annette Frier, Bas Kast, Gerrit Hahn, *ZeitWissen*[®] 02/2006, für die Erlaubnis zur Verwendung der Fotos zu den Grundgefühlen
 29. Wilhelm Busch – Der hohle Zahn, vgl. bspsw. <http://www.europaliteraturkreis.net/pdf/busch/der%20hohle%20zahn.pdf>
 30. www.schulz-von-thun.de, vgl. auch Schulz von Thun F (1981): *Miteinander reden*, Bd. 1: Störungen und Klärungen. Reinbek: Rowohlt
 31. Dank an dieser Stelle an Viktor von Bülow für die Erlaubnis zur Verwendung des Sketches „Das Frühstücksei“ als Videoeinspielung zum Kommunikationsquadrat
 32. Vgl. Kübler-Ross E, Kessler D, Schaup S (2006): *Dem Leben neu vertrauen: Den Sinn des Trauerns durch fünf Stadien des Verlusts finden*. Stuttgart: Kreuz Verlag
 33. Glasl F (1998): *Selbsthilfe in Konflikten. Konzepte, Übungen, Praktische Methoden*. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben

■ Korrespondenzadresse

Uwe Busch-Wübbena
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie
 Kraepelinstraße 10
 80804 München
Busch@mpipsykl.mpg.de