

- ▶ Aggression im Gesundheitswesen muss als bestehendes und nicht vollständig vermeidbares Phänomen anerkannt werden. Daraus folgend ist es unabdingbar, systematisches und strukturiertes Deeskalationsmanagement in den Institutionen einzuführen und zu etablieren.
- ▶ Voraussetzung für ein gelingendes Deeskalationsmanagement ist eine deeskalierende Grundhaltung der Mitarbeiter, geprägt durch eine ethisch fundierte Geisteshaltung und die Bereitschaft, sein Bestes in der herausfordernden Situation zu geben.
- ▶ Diese ethische Orientierung muss durch Austausch im multiprofessionellen Team und unter Einbeziehung der Betroffenen ständig weiterentwickelt werden.



Deeskalation lernen?

Viele Jahrzehnte wurde das Phänomen Aggression/Gewalt im Gesundheits- und Sozialbereich der Psychiatrie zugeschrieben. In den allgemein medizinischen Bereichen wurde das Thema bisher nicht benannt und diskutiert. In der jüngeren Vergangenheit erreichen Schlagzeilen wie „Gewalt in der Notaufnahme“ oder „Prügel in der Ambulanz“ mittels Medien die Öffentlichkeit. Es war wenig schick, die Thematik Aggression/Gewalt im Gesundheits- und Sozialbereich auf der Tagesordnung zu haben und zu kommunizieren. Niemand hatte Interesse, die Büchse der Pandora zu öffnen. Darüber zu sprechen wurde oftmals mit der eigenen Unzulänglichkeit in Verbindung gesetzt. Gleichzeitig mit dieser Haltung mussten sich das Gesundheitspersonal und die Verantwortlichen im Gesundheitsbereich nicht näher mit dem Auftreten und mit der Bewältigung von Aggression im Arbeitsalltag auseinandersetzen. Es gab keine Notwendigkeit, Strategien für den besseren Umgang zu erarbeiten. Gewaltphänomene strukturiert und systematisch zu bewältigen stellt heute die Institutionen vor die umfassende Aufgabe, sich mit systematischem und strukturiertem Deeskalationsmanagement auseinanderzusetzen.

Ausgangssituation

In den psychiatrischen Abteilungen werden bis zu 40 % der Patienten ohne eigenes Verlangen stationär aufgenommen. Zwangsmaßnahmen, Aggression, Gewalt sind unangenehme Begleiterscheinungen, welche sehr klar die Gren-

zen und Machtlosigkeit von Betreuten und Betreuern aufzeigen. Beinahe jede Betreuungsperson hat Eskalationssituationen in Form von Aggression/Gewalt in den unterschiedlichen Formen und Auswirkungen erlebt. In den letzten zehn Jahren geben Studien jedoch auch Einblick in die Arbeitswelt der somatischen Medizin und das Vorkommen von Aggressionseignissen. Mehr als die Hälfte des Gesundheitspersonals im Akutspital sind von Patienten- oder Angehörigenaggression an ihrem Arbeitsplatz betroffen (vgl. Hahn, 2012; Stefan, 2013). Im Rahmen einer Erhebung in einer Schweizer Klinik gaben 17 % der Befragten an, in den letzten 12 Monaten körperlich angegriffen worden zu sein (vgl. Hahn et al. 2012). Dies zeigt auf, dass Deeskalationsmanagement keine alleinige Aufgabe der Psychiatrie sein kann.

Deeskalationsmaßnahmen zielen darauf ab, aggressions- und gewaltbedingte psychische oder physische Beeinträchtigungen oder Verletzungen von Menschen zu vermeiden, wann und wo immer das möglich ist. Deeskalation ist auf die Beruhigung einer eskalierten Situation ausgerichtet. Ziel ist es, eine lösungsorientierte Kommunikation zu ermöglichen und eine weitere Eskalation zu vermeiden. Die Deeskalationsmaßnahmen fokussieren primär nicht auf die Lösung des ursprünglichen Problems, sondern auf die Beruhigung einer Situation.

Deeskalation

Deeskalation lernen bedeutet das Wesen der Eskalation/der Konfliktentstehung zu



Harald Stefan PhD., MSc.

Doktor phil. Pflegewissenschaft, Trainer für Sicherheits- und Deeskalationsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich, Wien

verstehen. Dabei ist es wichtig, die Zusammenhänge in den Bereichen der primären, der sekundären und der tertiären Prävention zu kennen, einzusetzen und daraus folgend Fertigkeiten, Fähigkeiten und Kompetenzen zu entwickeln, um Konfliktsituationen bestmöglich zu lösen. Prävention von Aggression ist ein sehr umfassendes Thema, bei dem, je nach Sichtweise, verschiedenste Wege, Ziele und Maßnahmen möglich sind. Die Prävention von Aggression ist gemeinsame Aufgabe einer Organisation. Da eine Einzelperson die Verantwortung für Aggressionsprävention nicht tragen kann ist es wichtig, die Begrifflichkeiten, die Gegebenheiten, die vorhandenen Ressourcen und die gemeinsamen Erwartungen und Ziele abzuklären.

Unter Prävention von Aggression werden alle institutionellen und personellen Schritte, Handlungen, Bemühungen und Aktivitäten verstanden, die bei der Vermeidung gewalttätiger Auseinandersetzungen

„Sich mit der Thematik Aggression am Arbeitsplatz auseinanderzusetzen ist nicht leicht, aber für das Management unerhört wichtig und Bestandteil des Personalmanagements.“

zungen helfen oder deren Auswirkungen reduzieren können (Schatz, 2002).

Primäre, sekundäre und tertiäre Aggressionsprävention

Die Strategien der Aggressionsprävention können im Gesundheitswesen in drei Ebenen unterteilt werden: in primäre, sekundäre und tertiäre Schritte, abhängig vom Zeitpunkt des Einsatzes der Präventivmaßnahme (vergl. WHO, 2003 und Gugel, 2010).

Primärprävention: dabei wird durch spezifische Maßnahmen verhindert, dass es überhaupt zu Aggression/Gewalt kommt, z. B. bauliche Maßnahmen, Weiterbildungs- und Ausbildungsmaßnahmen und Standards, Änderung der Ablaufprozesse, Personalentwicklung, Analyse von Daten. Mit Hilfe geeigneter Interventionen im Vorfeld wird das Risiko von Gewalt reduziert.

Sekundärprävention: diese richtet sich an bestimmte gefährdete Personen oder Gruppen, die ein gewaltbereites Verhalten zeigen. Sekundärprävention versucht in der Zielgruppe durch eine Einstellungs- und Verhaltensänderung und/oder Interventionen einer Eskalation entgegenzuwirken und weitere Risiken zu vermeiden; z. B.: Was ist zu tun, wenn Aggression auftritt, wie wird interveniert und welche Vorgehensweisen sind angebracht?

Tertiärprävention: hierbei werden Schritte gesetzt, deren Schwerpunkt auf der Nach- und Langzeitbetreuung nach Gewalt Handlungen liegt. Versucht wird, bei auffällig aggressiven und gewaltbereiten

Personen ein solches Verhalten bzw. dessen weitere Zunahme zu verhindern. Es werden Nachbetreuungsangebote für Beteiligte (Patienten und Personal) erstellt.

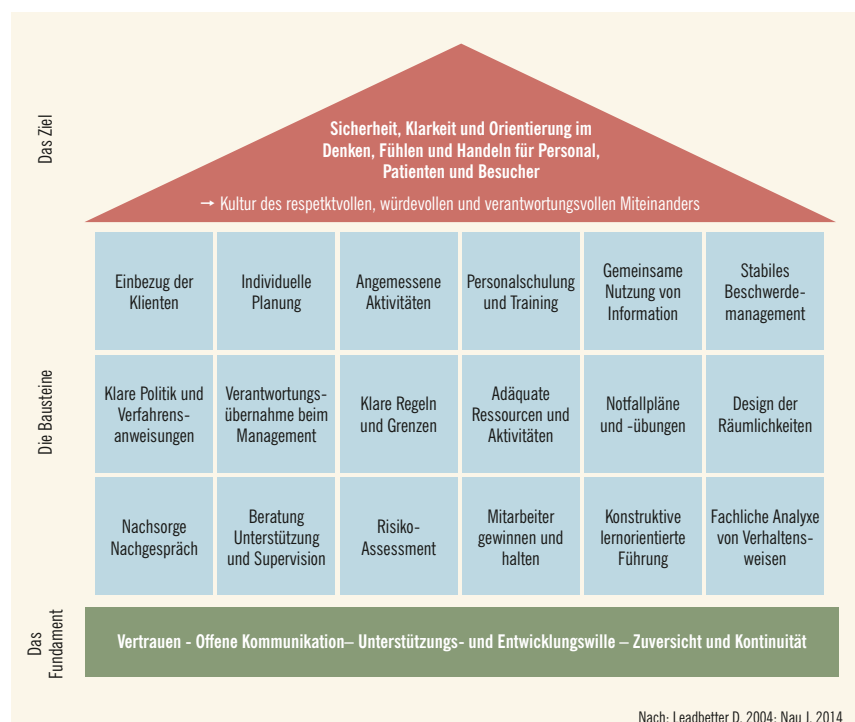
Hinweis

Auf der Primärprävention sollte das Hauptgewicht aller Bemühungen liegen, da hier mittels geeigneter Maßnahmen von vorneherein Gewalttätigkeit verhindert werden kann. Dabei müssen viele unterschiedliche Organisationen mit einbezogen werden, z. B. Management, Verwaltung, Raumstruktur, Technik, Hilfsorganisationen, Rettung, Polizei, niedergelassene Ärzte. Ein wesentlicher Bestandteil aller Präventionsprogramme

ist letztendlich die Evaluierung der erfolgten Maßnahmen. Im Rahmen der Evaluierung werden die gesetzten Handlungen auf ihren Nutzen und auf ihre Auswirkung in der Praxis geprüft. Zu beobachten ist, dass sich Institutionen aufgrund von Aggressionsvorfällen in erster Linie auf die sekundäre Prävention konzentriert. Bei den bestehenden Bemühungen im Deeskalationsmanagement wird von den Verantwortungsträgern noch wenig Aufmerksamkeit auf die primäre und tertiäre Prävention gelegt, die in der Wichtigkeit mindestens gleichrangig zu behandeln ist.

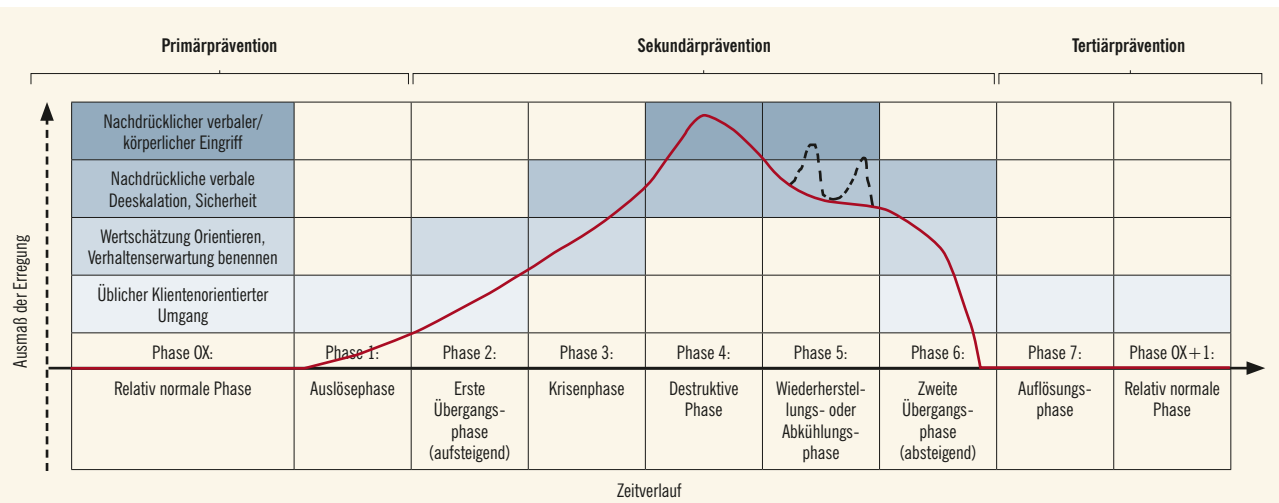
Aggressionsmanagement

Die uns bekannte herausfordernde Aggression ist laut Autor Ausdruck eines emotionalisierten Interessenkonfliktes. Herausfordernde destruktive Aggression tritt auf, wenn alternative Lösungswege nicht gefunden und wahrgenommen werden. Das Ziel ist nicht Konsens, sondern das Durchsetzen der eigenen Interessen und Bedürfnisse ohne Rücksicht auf sich und die Umgebung. Aggressi-



Nach: Leadbetter D, 2004; Nau J, 2014

Abb. 1: Die sichere Institution



Nach: Walter G et al., 2012

Abb. 2: 9-Phasen-Modell mit Präventionsphasen

onsphänomene in der Interaktion mit anderen treten immer dann auf, wenn sich Personen oder Gruppen nicht in der Lage sehen, die eigenen Interessen konsensorientiert und friedfertig durchzusetzen; erlebte Machtlosigkeit, Angst, Schmerz (physisch/psychisch) führen oft zu Aggression. Aggression wird als Werkzeug benutzt, um den eigenen Interessen Nachdruck zu verleihen – auch mit der Konsequenz, andere oder sich selbst zu verletzen (physisch, psychisch).

Der Beginn einer objektiven Themenbearbeitung des Phänomens Aggression im Arbeitskontext kann durch ein gezieltes Deeskalationsmanagement im Rahmen von Wissens- und Kompetenzvermittlung erfolgen.

Ein erfolgreiches Deeskalationsmanagement fördert die Kompetenzen der Betreuungspersonen und bewahrt Personal, wie auch die Patientinnen und Patienten, bestmöglich vor physischer und psychischer Gewalt.

Anhand der **Abb. 1** wird sichtbar, wie differenziert das Thema Aggressionsmanagement ist und an wie vielen Bereichen präventiv gearbeitet werden muss, um sich der sicheren Institution anzunähern.

Aggression – Phasenverlauf

Anhand von Situationsuntersuchungen über Gewaltanwendungen wurde von Breakwell (vgl. Breakwell 1998 S. 55–59) die sogenannte „Aggressionskurve“ be-

schrieben. Dabei wird angeführt, dass ein Aggressionsausbruch Teil einer Abfolge bestimmter Phasen ist. Um das Phänomen Aggression zu erkennen, zu beeinflussen und um gezielt intervenieren zu können ist es wichtig, den Ablauf dieser Phasen zu kennen.

Ausgehend von den sieben Phasen, welche Breakwell beschrieben hat, wurden von Walter et al. 2012 ein 9-Phasen-Modell mit den jeweiligen Präventionsphasen beschrieben, welche die Entstehung und den Verlauf einer Aggressionssituation verdeutlichen soll (**Abb. 2**).

In jeder Phase der Eskalation bedarf es spezifischer Interventionen. Neben dem Wissen über Aggressionsentstehung und -verlauf und den spezifischen Fertigkeiten, mit diesem Phänomen umzugehen, ist es von Bedeutung, sich emotional auf diese Phasen der Aggressionsabläufe

einzustellen und dies zu trainieren. Nicht nur der Aggressor ist im Eskalationsverlauf zunehmend erregt, sondern dies trifft auch auf alle Beteiligten und somit auch auf alle Mitarbeiter zu. Das Wissen um einen solchen Phasenverlauf und die möglichen Handlungsstrategien gehört zum Handwerkszeug aller Mitarbeiter im Gesundheitswesen.

Arten von Aggression

Im klinischen Alltag begegnen uns Gewalt und Aggression in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen. In einer groben Einteilung lassen sich vier verschiedene Arten von Aggression unterscheiden.

Verbal aggressives Verhalten: Patienten, die vor sich hin fluchen, andere beschimpfen oder Gewalt androhen

„David Leadbetter (UK) arbeitet und forscht seit über 25 Jahren zum Thema Aggressions- und Sicherheitsmanagement und hat ein Modell skizziert und stellt die Faktoren dar, welche für eine sichere, lernende Institution von Bedeutung sind.“

(vgl. Walter, 2012, S. 510ff)

Nonverbale Gewaltandrohungen: Patienten, die z. B. mit dem Fuß aufstampfen, spucken oder mit dem Gehstock drohen

Tätlich aggressives Verhalten beinhaltet sowohl eine beabsichtigte Zerstörung von Gegenständen als auch die Anwendung von körperlicher Gewalt.

Selbstgerichtete Aggression zeigt sich z. B. in Selbstverletzungen oder auch in Suizidhandlungen.

Der holländische Wissenschaftler Nico Oud hat in seinem Fragebogenkatalog Perception of Prevalence of Aggression Scale (Oud, 1997) die Aggressionsformen im Gesundheitsbereich noch weiter unterteilt und beschreibt 16 Formen, die es zu kennen und zu beachten gilt (Tab. 1).

Deeskalationsmanagement

Richter (2006) hat in seinen Arbeiten zehn Grundprinzipien der Deeskalation angeführt, die für die Praxis hilfreich sind (Tab. 2). Wichtig ist aber der Hinweis, dass jede Situation unterschiedlich sein kann und dass die Interventionen nicht 1 : 1 auf andere Situationen, mit anderen Beteiligten zu übertragen sind.

Deeskalation und Interaktion

Ein Hauptschwerpunkt der Prävention von Gewaltereignissen liegt in der direkten Interaktion. Deeskalationsprogramme müssen somit einen starken Fokus auf das Training der sozialen und interaktiven Kompetenzen legen (Zuaboni et al. 2015).

Das Lernen von Deeskalationskompetenzen beinhaltet

- deeskalierende Interaktionsstrategien
- Stärkung des Selbstkonzeptes
- Förderung der Selbstwahrnehmung
- Entwicklung der Selbstkontrolle
- Kenntnisse der bewussten Situations-einschätzung
- bewusster Einsatz verbaler und nonverbaler Kommunikation
- Skills-Training in Konfliktsituationen

Tab. 1: Aggressionsformen nach Oud

Nr.	Item	Nr.	Item
01	verbale Aggression ohne klare Drohung	09	mäßige physische Gewalt
02	verbale Aggression mit klarer Drohung	10	schwere körperliche Gewalt
03	demütigendes aggressives Verhalten	11	mäßige Gewalt, gegen sich gerichtet
04	herausforderndes aggressives Verhalten	12	schwere Gewalt, gegen sich gerichtet
05	passiv aggressives Verhalten	13	versuchter Suizid
06	aggressive spaltende Verhaltensweisen	14	Suizid
07	bedrohendes physisches aggressives Verhalten	15	sexuelle Einschüchterung/Belästigung
08	zerstörerisches aggressives Verhalten	16	sexuelle Übergriffe/Vergewaltigung

Tab. 2: Die zehn Grundprinzipien der Deeskalation nach Richter

Gehen Sie mit einer Grundhaltung, getragen von Empathie, Sorge, Respekt, Aufrichtigkeit und Fairness, in die Begegnung.
Schätzen Sie die mit den vorhandenen Optionen verbundenen Risiken ein, und wägen Sie sie ab.
Versuchen Sie nicht, die Patienten/Klienten/Bewohner zu kontrollieren, sondern zielen Sie darauf ab, die Situation zu kontrollieren.
Treffen Sie Einschätzungen und Entscheidungen, wenn möglich, nicht allein, sondern reflektieren Sie sie mit Kollegen, und sprechen Sie sich mit ihnen ab.
Intervenieren Sie so früh wie möglich, um die Chancen zur Deeskalation zu erhöhen.
Vermeiden Sie Zeitdruck, geben Sie sich und Ihrem Gegenüber Zeit.
Halten Sie einen angemessenen Abstand ein.
Treten Sie selbstsicher und bestimmt auf, vermeiden Sie, unsicher oder dominant zu erscheinen.
Vermeiden Sie Machtkämpfe zwischen Ihnen und der Patientin / dem Patienten.
Beachten Sie allgemeine Sicherheitsrichtlinien.

- Training von kommunikationsgestützten Körpertechniken
- Einschätzung und Kennen von Umgebungsfaktoren und Rahmenbedingungen

sowie den bewussten Umgang mit Grundhaltung, Wertschätzung und Respekt.

Förderung von Interaktion

Eine direkte und nicht nachvollziehbare Abweisung von Anliegen durch das Gesundheitspersonal kann aggressives Verhalten bei Patienten, aber auch bei Angehörigen auslösen. Die Qualität der Interaktion ist somit ein wesentlicher Einflussfaktor auf das Erleben und Verhalten der zu Betreuenden. Direkte Zuwendung

bewirkt, dass sich der Mensch respektiert und angenommen fühlt, sie reduziert Ängste und Spannungen und fördert das Gefühl von Sicherheit.

Selbstkontrolle, bewusster Einsatz von verbaler und nonverbaler Kommunikation

Ein professioneller Umgang mit herausforderndem Verhalten setzt Selbstkontrolle und -disziplin voraus. Der bewusste Einsatz der Körpersprache (Haltung, Bewegung, Augenkontakt, Berührung) kann eine angespannte Situation entscheidend beeinflussen. Selbstkontrolle bedeutet, dass das Personal über Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt, persönlich wahrgenommene Aggressionen bewältigen zu können.

Unmittelbare Reaktionen auf Konflikte und damit verbundene Angriffs- und Verteidigungsstrategien des Gesundheitspersonals oder langatmige Erklärungen in sehr emotional geführten Streitgesprächen sind beinahe immer kontraproduktiv. Diese Verhaltensweisen zu ändern und bewusst deeskalierende Strategien einzusetzen sind Inhalte eines gelingenden Deeskalationsmanagements.

Überprüfung der eigenen Beurteilung durch Reflexion des Geschehenen, durch Austausch mit anderen Teammitgliedern ist eine Maßnahme zur Selbstkontrolle. Die Unterstützung der Patienten zur Selbstkontrolle stellt einen Hauptinterventionsschwerpunkt dar.

Fördernde Maßnahmen sind dabei z. B.:

- Gespräche
- Beruhigung
- Einräumung zeitlicher Ressourcen

- Ermutigung, die Gefühle von Zorn und Feindseligkeit auf eine annehmbare Weise auszudrücken
- körperliche Aktivitäten durchführen (sofern dies möglich ist).

Erregungsmindernde Umgebung schaffen

Bei Patienten, die unter kognitiven Störungen leiden, ist auf die Reduktion von Lärmquellen und ausreichende Lichtverhältnisse zu achten, da diese Patientengruppe eine besondere Anfälligkeit auf sensorische Überstimulationen zeigen. Weitere erregungsmindernde Maßnahmen sind: für Rückzugsmöglichkeit zu sorgen, Betreuung durch Betreuungspersonen, die eine gute Beziehung zum Patienten haben, Reduktion von Frustration und Druck.

Unmittelbare Begleitung eines gefährdeten Patienten

Zu den beruflichen Kompetenzen professioneller Gesundheitsberufe zählt es, Zeichen von zunehmenden Spannungen zu erkennen und sich auf unvorhersehbare Aggression einzustellen. Eine der relevanten Verhaltensweisen ist, die zu Betreuenden wissen zu lassen, dass das Betreuungsteam für sie da ist, um sie zu unterstützen, sich unter Kontrolle zu halten, und die Vermittlung von Sicherheit (Betreuende werden die Situation unter Kontrolle halten, wenn der Betroffene dazu selbst nicht mehr in der Lage ist). Begleitung und Führung bedeutet, dafür zu sorgen, dass sich der Betroffene nicht selbst verletzt und andere nicht gefährdet; dabei sollen die am wenigsten restriktiven (gelindere) Maßnahmen zur Anwendung kommen. ■

Literatur:

- Breakwell M (1998), Aggression bewältigen. Verlag Hans Huber, Kempten
- Gügel G (2010), Handbuch Gewaltprävention II. Für die Sekundarstufe und die Arbeit mit Jugendlichen. Grundlagen – Lernfelder – Handlungsmöglichkeiten. Institut für Friedenspädagogik Tübingen e.V., Eschborn
- Hahn S et al., Patient and visitor violence against health care staff in Switzerland, contributing factors, interventions and consequences: A cross sectional survey. In: Journal of Advanced Nursing 2012; 50:374–385
- NAGS Österreich und NAGS Schweiz (2018), Stellenbeschreibung Trainerinnen/Trainer im Aggressions-, Deeskalations- und

- Sicherheitsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich; www.aggressionsmanagement.at oder www.aggressionsmanagement.ch
- Nau J (2014) Entwicklungen und Trends in der Prävention – Die sichere Institution (nach David Leadbetter). Paper presented at the „Aggression und Gewalt im Pflege- und Betreuungsalltag“, Stuttgart
- Oud NE (1997), Aggression and psychiatric nursing. Broens and Oud: Partnership for consulting and training. Amsterdam
- Richter D, Whittington R, Nonphysical Conflict Management and Deescalation. In Richter, Whittington (Eds.), Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management. New York: Springer Science

- and Business Media, 2006
- Stefan H (2013), Aggression und Gewalt im Gesundheitsdienst. Wien: Pflegenetz special 02/13
- Walter G et al. (2012), Aggression und Aggressionsmanagement. Bern: Hans Huber.
- WHO (2003) Weltbericht Gewalt und Gesundheit. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- Zuaboni G et al., Was empfehlen Psychiatrie-Erfahrene zur Prävention von Gewalt und Zwangsmaßnahmen während stationärer psychiatrischer Behandlungen? Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft 2015; 2(2): 8