

Deeskalation im psychiatrischen Klinikalltag

Wie viel Symmetrie ist in der Beziehung zwischen Pflegenden und Patient*innen machbar?

THOMAS PLOETZ & ANDREAS HETHKE

Vorbemerkung (ANDREA KUCKERT)

In dem folgenden Beitrag stellen die beiden Autoren eine spezifische Deeskalationstechnik im psychiatrischen Klinikalltag vor, mit der sie selbst seit zehn Jahren arbeiten. In Deutschland und weiteren europäischen Ländern sind in den psychiatrischen Krankenhäusern Deeskalationsstrategien ein zentraler Bestandteil des Umgangs mit aggressivem oder herausforderndem Verhalten, das bei den Patient*innen erlebt oder beobachtet wird. Bei Pflegenden, die in der Regel 24 Stunden für die Patient*innen zentrale Ansprechpartner sind, besteht in der Regel ein großes Interesse, Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu entschärfen, um Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder medikamentöse Sedierung zu vermeiden. Dafür gibt es eine Vielzahl von Strategien, die sich allgemein in präventive, kommunikative, strukturelle und interventionelle Maßnahmen einteilen lassen:

Die präventiven Strategien zielen darauf ab, das Entstehen von Eskalationen zu verhindern. Dazu werden zum einen Pflegekräfte geschult, Frühwarnzeichen von Aggression, wie z. B. Körpersprache oder Stimmungsschwankungen zu erkennen (BURR & RICHTER 2017). Zum anderen wird versucht, über die Schaffung einer ruhigen, strukturierten Umgebung mit klaren Tagesabläufen das therapeutische Milieu so zu verändern, dass Spannungen vorgebeugt werden kann (STEINERT 2013).

Um bereits entstandene Spannungen zu reduzieren, gibt es im Rahmen der kommunikativen Strategien die Möglichkeit der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Die deeskalierende Gesprächsführung beinhaltet Techniken wie aktives Zuhören, Ich-Botschaften, ruhiger Tonfall und Empathie (SCHEMMELE 2020). Zu solchen

Strategien gehören etwa die gewaltfreie Kommunikation (ROSENBERG 2016) sowie das professionelle Deeskalationsmanagement von ProDeMa®. Es wurde 2006 vom Diplom-Psychologen Ralf Wesulus mit dem Ziel gegründet, Mitarbeitenden des Gesundheits- und Sozialwesens professionelles Handeln im Umgang mit Aggression und Gewalt zu vermitteln (PRODEMA® 2025).

Die strukturellen Strategien umfassen organisatorische Maßnahmen und die Teamarbeit auf den jeweiligen Stationen. Als Standards und Leitlinien gelten z.B. interne Deeskalationspläne, Alarmierungssysteme und vor allem eine klare Rollenverteilung (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE 2018). Auch die Förderung von multidisziplinären Teams im Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung kann deeskalierend wirken (HECKEMANN et al. 2019; STEINERT 2013). Trainingseinheiten zum Erlernen unterschiedlicher Techniken im Deeskalationsmanagement, die Supervision zur Reflexion des eigenen Verhaltens werden neben regelmäßigen Schulungen zu Deeskalationstechniken (BOWERS 2014) von Mitarbeitenden wahrgenommen.

Eingriffe während akuter Eskalationen gehören zu den interventionellen Strategien. So wird z.B. Patient*innen ein Rückzugsraum angeboten, bevor eine Situation eskaliert (STEINERT 2013; MCDONNELL 2010) beschreibt mit dem Low Arousal Approach, der auf sein Konzept aus Mitte der 90er Jahre zurückgeht, einen niedrigstimulierenden Umgang, der eine ruhige Körperhaltung, ausreichend Abstand und die Vermeidung von Provokation beinhaltet.

Zwangsmaßnahmen oder freiheitsentziehende Maßnahmen werden nur dann angewendet, wenn alle Deeskalationsstrategien scheitern,

und bedürfen immer einer ethischen Abwägung (STEINERT et al. 2022). Im folgenden Text wird exemplarisch von zwei Deeskalationstrainern des Alexius/Josef Krankenhauses das professionelle Deeskalationsmanagement (PRODEMA®-Konzept) vorgestellt, für dessen Implementierung sich die Einrichtung vor über zehn Jahren entschieden hat.

Deeskalation im psychiatrischen Klinikalltag (THOMAS PLOETZ & ANDREAS HETHKE)

Dem Leitbild des Instituts für professionelles Deeskalationsmanagement (PRODEMA®) entsprechend haben Patient*innen ein Recht auf geschultes Personal, das mit ihren unvermeidbaren Anspannungszuständen und auftretenden aggressiven Verhaltensweisen professionell umgehen kann. Darüber hinaus haben Mitarbeitende ein Recht auf einen sicheren Arbeitsplatz und auf Schulung im optimalen Umgang mit Gefahrensituationen (PRODEMA® 2012). ProDeMa® steht für „Professionelles Deeskalationsmanagement“ und beinhaltet ein umfassendes, praxisorientiertes, mehrfach evaluiertes und erfolgreiches innerbetriebliches Präventions- und Handlungskonzept. Die Sicherheit der Mitarbeitenden vor psychischen oder physischen Verletzungen durch An- oder Übergriffe durch Patient*innen und die Qualität in der Pflege bzw. Behandlung von Patient*innen mit aggressiven oder herausfordernden Verhaltensweisen sind die beiden wichtigsten Ziele des Konzeptes (PRODEMA® 2012). Die Betriebsleitung des Alexius/Josef Krankenhauses (in der Folge AJK abgekürzt) hat dies im Jahr 2015 zum Anlass genommen, ihr bestehendes Deeskalationskonzept nach den ProDeMa®-Leitlinien anzupassen, um die Mitarbeitenden weiter systematisch im Umgang mit herausforderndem bzw. aggressivem Verhalten zu stärken und zu entlasten.

Auf Initiative der Betriebsleitung des AJK wurden wir als zwei Mitarbeitende des Pflegedienstes in den folgenden zwei Jahren zu Deeskalationstrainern nach ProDeMa®-Inhalten geschult und zertifiziert und haben im Anschluss in beratender Funktion dieses Deeskalationsmanagement im AJK implementiert. Nach dem Leitbild von

ProDeMa® wurden die Ziele des Deeskalationsmanagements im AJK angepasst

Wesentliches Kennzeichen des Deeskalationsmanagements nach PRODEMA® ist das 7-Stufen-Konzept, welches im Folgenden näher beschrieben wird. Insbesondere möchten wir jedoch darin die verbale Deeskalationstechnik in Kombination mit dem Kommunikationsmodell nach SCHULZ VON THUN (Vier-Ohren-Modell) hervorheben. Die daraus hervorgehende Deeskalationstechnik bildet das „Herzstück“ der hier dargestellten Überlegungen. In zwei Praxisbeispielen verdeutlichen wir zum einen, wie eine symmetrische, also eine patient*innenorientierte Kommunikation geführt werden sollte, und zum anderen, wie eine asymmetrische, also eine an den Bedürfnissen der Patient*innen „vorbei“ orientierte Kommunikation aussieht.

Dieses Praxisbeispiel haben wir zusätzlich in einen Comic eingebettet, worin Wortlaute, Gestiken, Mimiken etc. abgebildet sind.

Im AJK ist der professionelle Umgang mit Gewalt, Aggressionen und herausforderndem Verhalten von großer Bedeutung. Für Aggressionen von Patient*innen gegenüber Mitarbeitenden gibt es vielfältige Gründe. Patient*innen befinden sich zum einen situations- und krankheitsbedingt in einem inneren Spannungsfeld (z. B. durch Ängste, Autonomieverluste, Selbstwertverluste, Trauer etc.), das zu einem erhöhten Aggressionspotential führen kann. Zum anderen können bei mangelnder Einsicht in notwendige Maßnahmen die Betroffene die Begleitung und Behandlung subjektiv als Gewalt wahrnehmen. Patient*innen erfahren aber auch ggf. Frustrationen durch institutionelle Bedingungen wie z.B. Stationsregeln, Stationsabläufe etc. (siehe dazu auch Deeskalationsstufe 1). Das Konfliktpotential erhöht sich zudem, wenn Patient*innen in ihrer persönlichen Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind. Nachfolgend erscheint es notwendig, „Deeskalation“ als Begriff zu definieren, um eine Sensibilität zu schaffen, wie Aggression, herausforderndes Verhalten und Gewalt miteinander im Kontext stehen.

Was bedeutet denn Deeskalation? Deeskalation ist eine Maßnahme, welche die Entstehung von Gewalt und Aggression erfolgreich verhindern

soll. Das Ziel jeder Deeskalationsmaßnahme ist es, aggressions- und gewaltbedingte psychische oder physische Beeinträchtigungen oder Verletzungen eines Menschen zu vermeiden, wann immer und wo immer das möglich ist. Deeskalation stellt somit auch eine dauerhafte Arbeitsgrundhaltung dar (PRODEMA® 2022). Aggressives und herausforderndes Verhalten (wie Verhalten allgemein) findet weder in einem „Vakuum“ statt, noch sind die Ursachen für herausforderndes Verhalten allein in der Person selbst zu finden. Meist ist Verhalten eingebettet in eine Situation, einen äußeren Rahmen, der möglicherweise Auslöser oder „Verstärker“ für herausforderndes Verhalten enthält.

Doch wie genau wirkt das Deeskalationskonzept nach ProDeMa® in der Praxis und wie wird es angewendet? Wir möchten an dieser Stelle auf das empfundene Erleben und die Gefühle eines Menschen eingehen, welcher gegen seinen Willen, also auf Grundlage eines richterlichen Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychiatrischen Krankheiten NRW (PsychKG NRW) bei bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung, zur Aufnahme auf eine geschützte Station in unsere Klinik gebracht wird. Betroffene spüren den Verlust von Autonomie, sie werden eingesperrt und empfinden das als ungerecht und angsteinflößend. Sie fragen sich: „Was geschieht jetzt mit mir?“ Häufig fehlt den Betroffenen auch der Bezug zur eigenen Erkrankung. Verglichen mit Menschen, die an einer somatischen Erkrankung leiden und vielleicht ebenfalls nicht in einem Krankenhaus sein wollen, spüren sie jedoch die Symptome der Erkrankung, insbesondere Schmerzen. Es sind Signale, die ihnen verdeutlichen, dass es sinnvoll sein könnte, sich in eine medizinische Behandlung zu begeben.

Bei psychischen Erkrankungen, wie z.B. Psychosen oder wahnhaften Störungen, spüren die Betroffenen diese Signale häufig nicht. Halluzinatorisches Erleben oder eine wahnhafte Symptomatik werden als Realität wahrgenommen. Sie haben oft das Gefühl, beobachtet oder verfolgt zu werden, entwickeln Ängste, sind gegenüber ihren Mitmenschen zunehmend misstrauisch und angespannt. Aus dieser Perspektive ist nun besser nachvollziehbar, dass es bei einem sehr starken

Gefühl der empfundenen Bedrohung auch zu aggressiven Verhaltensweisen kommen kann. Das Motiv des aggressiven Verhaltens ist eine ausgeprägte innere Not. Diese innere Not zu erkennen, den Betroffenen darin zu begleiten und diese zu verringern oder im besten Fall aufzulösen, ist das zentrale Ziel der hier beschriebenen Deeskalationsstrategie.

Im Folgenden möchten wir die Wirkung von Deeskalation an einem Praxisbeispiel darstellen. Es handelt sich dabei um ein fiktives Geschehen, welches inhaltlich jedoch einen starken Realitätsbezug zu den Aufnahmesituationen unserer Patient*innen im Akutbereich (geschützte Stationen) hat.

Das Praxisbeispiel

Ein männlicher Patient ist per eingeleitetem Unterbringungsbeschluss nach dem PsychKG NRW auf einer allgemeinpsychiatrischen geschützten Station aufgenommen worden. Der Hintergrund: Der Patient war stark angespannt und verbal aggressiv in einem Supermarkt und hat dort eine Verkäuferin bedroht, da er der festen Überzeugung war, dass in dem Supermarkt vergiftete Lebensmittel verkauft werden. Die Polizei wurde hinzugerufen. Im Kontakt mit den Polizeibeamten war der Patient weiterhin stark angespannt und durch verbale Ansprache kaum zugänglich.

Im folgenden Kapitel laden wir Sie ein, den Betroffenen aus unserem Praxisbeispiel im Kontext der jeweiligen Stufe des Deeskalationsmodells zu betrachten.

Das Kreismodell der Deeskalation nach ProDeMa®

Wir werden zunächst die Inhalte der Deeskalationsstufen 1 bis 4 näher darstellen. Im Anschluss an unser Praxisbeispiel werden wir auf die Deeskalationsstufen 5 bis 7 eingehen (siehe Abbildung 1)

Das Kreismodell der Deeskalationsstufen



Abb. 1: Deeskalationsmodell nach ProDeMa® (Grafik: ProDeMa®. Alle Rechte vorbehalten).

Deeskalationsstufe 1: Verhinderung (Verminderung) der Entstehung von Gewalt und Aggression

Die erste Deeskalationsstufe setzt sich mit Rahmenbedingungen auseinander, welche in einer Institution bei der Entstehung von Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen einen starken Einfluss haben (PRODEMA® 2022: 41). Reflektiert werden dabei aggressionsauslösende Reize wie z.B. Stationsregeln, Hausordnungen, Festschreibungen, Arbeitsprozesse, die Konsequenzen von Wartezeiten und die Kontakte zwischen Mitarbeitenden und Klienten*innen (PRODEMA® 2022: 41). Die genannten Strukturen können in einer Einrichtung von Patient*innen als nicht sinnvoll oder zielführend wahrgenommen werden oder es fehlt die Akzeptanz. So werden sie subjektiv als gewalttätig erlebt (PRODEMA® 2022: 41), wodurch ein Konflikt zwischen den Bedürfnissen der Patient*innen und den Klinikabläufen, die oft

mit einem hohen Maß an Fremdbestimmung einhergehen, entstehen kann (PRODEMA® 2022: 41).

Deeskalationsstufe 2: Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen

Am Anfang des Prozesses, eine Veränderung in der Sichtweise gegenüber aggressiven Verhaltensweisen zu etablieren, erfolgt eine Reflexion in Bezug auf die Wahrnehmung. Diese erfolgt beim Menschen über seine fünf Sinne: das Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Tasten (PRODEMA® 2022: 44). Aus der Wahrnehmung erfolgt eine Interpretation, aus dieser entsteht ein Fühlen und daraus bildet sich eine Handlung. Daraus resultiert, dass die Interpretation und die Bewertung für die nachfolgende Handlung von stärkerer Bedeutung ist, als die Wahrnehmung selbst (PRODEMA® 2022: 44). Wahrnehmung, Interpretation

und Bewertung bilden sich individuell, sind abhängig von der jeweiligen Situation und den vorhandenen Emotionen, was dazu führt, dass der persönliche Prozess von Wahrnehmung und Bewertung entscheidend dazu beiträgt, welche Reaktion Mitarbeitende im Umgang mit aggressiven und herausfordernden Verhaltensweisen zeigen, wobei diese sich auf angespannte Patient*innen eskalierend oder deeskalierend auswirken kann (PRODEMA® 2022: 44).

Das Vier-Ohren-Kommunikationsmodell von SCHULZ VON THUN (1981) bietet die Möglichkeit, die Art der eigenen Wahrnehmung zu reflektieren. Das Modell beschreibt vier verschiedene Sender- und Empfängerebenen, bzw. vier „Ohren“, mit denen eine Nachricht gehört wird (PRODEMA® 2022: 44). Im Folgenden werden die vier Ebenen („Ohren“) mit deren Bedeutung geschildert (PRODEMA® 2022: 45):

Sachinhaltsohr: Nimmt den reinen Sachinhalt einer Nachricht wahr, ohne dass Gefühle oder Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Appellohr: Hört Wünsche, Anliegen und Forderungen in einer Nachricht (was wird von mir gewollt? Was soll ich für meinen Gesprächspartner tun?). Es geht dabei entweder darum, etwas zu erfüllen oder abzulehnen, häufig um eine rasche Lösungsfindung.

Beziehungsohr: Nimmt wahr, auf welche Art und Weise mit mir gesprochen wird (wie redet man mit mir?). Es wird auch gehört, was das Gegenüber von mir hält oder wie dieser zu mir steht und ob der Umgang respektvoll, angemessen oder unangemessen, kränkend ist.

Selbstoffenbarungsohr: Nimmt die Stimmung, Emotionen und das Gefühlsleben wahr, die sich hinter dem Inhalt einer Nachricht verbergen können, und versucht so, die Person in ihrer aktuellen Befindlichkeit wahrzunehmen.

Bestenfalls sind die vier beschriebenen Ohren bei uns Pflegenden gleich stark ausgeprägt und wir könnten je nach Situation die Entscheidung treffen, mit welchem Ohr es nun sinnvoll wäre, eine Nachricht zu hören. Durch unsere individuelle Entwicklung entsteht jedoch meist eine unterschiedliche Prägung in Bezug auf die Empfangs- und Hörfähigkeiten, wobei eine Ausprägung, auf dem Appell- und Beziehungsohr zu hören, nicht

selten ein Konfliktpotential birgt (vgl. PRODEMA® 2022: 46).

Im Deeskalationsseminar nach ProDeMa® in unserem Hause werden Mitarbeitende motiviert, persönliche Bewertungsprozesse mit dem Selbstoffenbarungsohr zu entwickeln. Dadurch kann die eigentliche Befindlichkeit gehört werden, die sich hinter dem angespannten Verhalten des Senders (betroffener Patient*in) verbirgt. Die aktuelle Stimmung und Gefühlslage wird wahrgenommen und die angespannten Verhaltensweisen werden als Ausdruck einer inneren Not, wie Angst, Überforderung oder Schmerz interpretiert (PRODEMA® 2022: 46). Durch die Sensibilisierung des Selbstoffenbarungsohres können Mitarbeitende die emotionalen Zustände der betroffenen Personen begleiten und darauf eingehen, nach Ursachen suchen und dann gemeinsam an Lösungen arbeiten (PRODEMA® 2022: 46). Konkret wird darauf im weiteren Verlauf in der Deeskalationsstufe 4, den kommunikativen Deeskalationstechniken eingegangen.

Deeskalationsstufe 3: Vertieftes Verständnis der Ursachen und Beweggründe abwehrender, herausfordernder, aggressiver und befremdlicher Verhaltensweisen von Patient*innen

Die Stufe 3 hat die Ursachen für aggressionsauslösende Faktoren zum Gegenstand, die von den Patient*innen selbst ausgehen können. Psychiatrische und auch neurologische Erkrankungen, Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit sowie Medikamente können einen wesentlichen Einfluss auf das emotionale Erleben und die Gefühle nehmen (PRODEMA® 2022: 50) Dies allein ist jedoch nicht die Ursache für aggressive Verhaltensweisen, letztlich ist es eine ausgeprägte innere Not, die nur schwer zu ertragende Gefühle auslöst, woraus sich ein hoher Anspannungszustand entwickelt, der dann zu aggressiven Verhaltensweisen führt, da den Betroffenen in dieser Situation keine alternativen Verhaltensweisen zur Verfügung stehen (PRODEMA® 2022: 51). Aggressive Verhaltensweisen sind somit Verhaltensreaktionen auf hohe Anspannungszustände, welche durch das

Gefühlsleben der Patient*innen ausgelöst werden (PRODEMA® 2022: 51). Nachfolgend werden einige dieser Gefühlszustände beschrieben: Ärger, Empörung, Wut, und Zorn.

Dies sind sogenannte Folge- bzw. Sekundäremotionen, die Ausdruck tiefer liegender Leit- bzw. Primäremotionen sind. Zu diesen gehört z.B. Angst, Trauer, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Scham oder Kränkung (PRODEMA® 2022: 51). Viele Menschen verfügen über unzureichende Bewältigungsstrategien für die Gefühle Ärger, Wut, Zorn und Empörung und mitunter sind aggressive Verhaltensweisen die einzig erlernte Option, diese Gefühle auszudrücken (PRODEMA® 2022: 51). Ein Abbau der Spannung durch brachiale Aggression gegen Sachgegenstände wie z.B. boxen gegen einen Sandsack oder ein Kissen wird zwar häufig als befreiend erlebt, erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass auch künftig von Betroffenen eine Kompensation über die brachiale Aggression angewendet wird (PRODEMA® 2022: 53). Daher ist es wichtig mit Betroffenen in anspruchsfreien Phasen Bewältigungsmöglichkeiten zu erarbeiten, um eine Reduktion von aggressiven Verhaltensweisen zu bewirken. Dazu gehört z.B. das Üben von Entspannungstechniken, Atemübungen, sportliche Aktivitäten und das Erstellen eines „Notfallplans“ mit den Patient*innen, in dem festgelegt wird, was in einer akuten Situation hilft, wer am besten auf sie einwirken kann, was auf keinen Fall passieren soll usw. (PRODEMA® 2022: 53–54).

Angst ist eine der Hauptursachen für aggressive Verhaltensweisen, da es sich um ein Gefühl handelt, welches einen Menschen existenziell am stärksten belastet (PRODEMA® 2022: 54). Eine häufige Reaktion auf angstauslösende Reize ist die Flucht. Doch gibt es für einen Menschen die Möglichkeit der Flucht nicht, wird die Situation für ihn immer bedrohlicher und es werden alle zur Verfügung stehenden Mittel aktiviert, um sich gegen den angstauslösenden Reiz zu wehren, wodurch abwehrendes Verhalten entsteht, um sich zu schützen (PRODEMA® 2022: 54). Das Ziel ist, Patient*innen die Ängste, die mit Maßnahmen der Behandlung einhergehen (wie z.B. Pflegemaßnahmen, Therapieinhalte, Entscheidungen) zu nehmen, bzw. sie zu reduzieren. Eine besondere

Herausforderung liegt im Umgang mit Ängsten, die im Zusammenhang mit halluzinatorischem oder wahnhaftem Erleben einhergehen, wie z.B. das Hören von Stimmen oder Ängsten, verfolgt oder vergiftet zu werden. Hier ist es hilfreich, den Betroffenen das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln und einen reiz- und angstarmen Kontakt zu gestalten (PRODEMA® 2022: 55). Ausführlich wird darauf im folgenden Kapitel eingegangen.

Deeskalationsstufe 4: Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hoch angespannten Patient*innen

Das zentrale Ziel der verbalen Deeskalation ist es, Eskalationen zu vermeiden, die ansonsten zu Übergriffen und damit verbundenen Verletzungen führen können (PRODEMA® 2022: 65). Eine Deeskalation gilt dann als erfolgreich, wenn die Anspannung oder Erregung der Patient*innen abgebaut werden kann und Lösungen für ihre innere Not gefunden werden (PRODEMA® 2022: 65).

Über eine gute Beobachtung im stationären Setting können Frühwarnsymptome wahrgenommen werden, die auf eine mögliche Anspannung oder Erregung hindeuten und eine Indikation zur verbalen Deeskalation sind. Denn je früher eine verbale Deeskalation beginnt, desto wirksamer kann diese sein; Frühwarnsymptome können zum Beispiel eine psychomotorische Erregung, gesteigerte Aktivität, eine erhöhte Körperspannung, verzerrte Gesichtszüge, verkrampfte Hände, Schwitzen, ein starrer oder abwesender Blick oder eine gesteigerte Lautstärke sein (PRODEMA® 2022: 66)

Ein wichtiges Kriterium zu Beginn einer verbalen Deeskalation liegt darin, an die eigene Sicherheit zu denken, denn in Kontakt mit angespannten, erregten Patient*innen zu treten, bedeutet auch immer, sich in eine Gefahrensituation zu begeben (PRODEMA® 2022: 66). Darum ist es für die Mitarbeitenden von großer Bedeutung, die folgenden Sicherheitsaspekte zu beachten.

- Kolleg*innen informieren, bevor man in Kontakt mit einer oder einem angespannten Patient*in geht.

- Bei starker Anspannung nicht alleine in den Kontakt gehen. Mehrere Mitarbeitende sollten in unmittelbarer Nähe sein, um im Notfall zu helfen.
- Sensibilisierung für einen offenen Fluchtweg. Mitarbeitende in einer verbalen Deeskalation sollten sich zu Beginn die Frage stellen, wie sie bei einem möglichen Übergriff aus der Situation herauskommen. Es ist wichtig, sich nicht in eine Ecke drängen zu lassen und eine Fluchtmöglichkeit im Rücken zu haben, wie z.B. eine Tür oder einen Flur.
- Wenn sich potenziell gefährliche Gegenstände wie z.B. Flaschen, Gabeln, Messer, Scheren etc. im Umfeld befinden, sollten diese während der Deeskalation möglichst unauffällig entfernt werden.
- Mitarbeitende sollten keine Gegenstände am Körper tragen, die zu einem erhöhten Verletzungsrisiko beitragen. Dazu gehören Schmuck wie z.B. Ohringe, Halsketten, Armbanduhren, aber auch ein Halstuch oder Stifte.
- Bei der verbalen Deeskalation sollte der Abstand zwischen den Patient*innen und den Gesprächsführenden Mitarbeitenden ungefähr zwei Meter betragen. Die Arme der Mitarbeitenden sollten sich dabei vor dem Körper befinden, um sich im Falle eines plötzlichen Übergriffes mit den Händen schützen zu können (PRODEMA® 2022: 66).

Der Kontakt zu angespannten Patient*innen erfolgt möglichst nicht mit mehreren Kolleg*innen gleichzeitig. Die verbale Deeskalation sollte immer nur von einer Person durchgeführt werden, da durch mehrere Personen der oder die Betroffene verunsichert werden, sich bedrängt oder bedroht fühlen kann, was die Anspannung unter Umständen verstärkt. Die Mitarbeitenden begeben sich in den Hintergrund, sind für den Fall einer Eskalation da, um der deeskalierenden Person zur Hilfe zu kommen (PRODEMA® 2022: 67).

Die verbale Deeskalation kann in vier Phasen eingeteilt werden: Kontaktphase, Beziehungsphase, Konkretisierungsphase, Lösungsphase (PRODEMA® 2022: 71).

Kontaktphase

Menschen, die sich in einem Erregungszustand befinden, sind häufig stark mit sich selbst beschäftigt, sodass die Kontaktaufnahme bereits eine große Herausforderung sein kann. Dies muss jedoch gelingen, da ohne Kontakt der Übergang in die nächste Phase nicht möglich ist (PRODEMA® 2022: 71).

In der Praxis haben sich mehrere Techniken bewährt:

- Die Betroffenen mit ihrem Namen anzusprechen, ggf. mehrfach. Häufig kommt es dann zu einem Blickkontakt.
- Das Ruf-Wort „Hallo“ kann eine zusätzliche Aufmerksamkeit bewirken, insbesondere in der Kombination mit dem Namen. Wichtig dabei ist, dass die Stimme und Satzmelodie der/des Mitarbeitenden klar und fest, jedoch nicht streng oder zurechtweisend sind.
- Ist die Wahrnehmung der Patient*innen beeinträchtigt, kann man sich unter Einhaltung des Sicherheitsabstandes in das Gesichtsfeld bringen oder eine Hand in das Blickfeld führen oder in die Hände klatschen.
- Bei motorischer Unruhe der Patient*innen bewegt sich der/die Mitarbeitende im Sicherheitsabstand mit, bleibt dabei jedoch mit seinem Niveau der Aktivität unter dem der angespannten Patient*innen (PRODEMA® 2022: 71–72).

Wichtig in der Kontaktphase ist es, die Patient*innen nicht zurechtzuweisen, zu belehren oder Drohungen auszusprechen. Ziel ist es, durch Zuwendung die Aufmerksamkeit zu bekommen, denn der Kontakt kann zu einer Unterbrechung des inneren Eskalationsablaufs führen und einen Beziehungsaufbau ermöglichen (PRODEMA® 2022: 72).

Beziehungsphase

Nach gelungener Kontaktaufnahme signalisieren die Pflegenden den Patient*innen, dass ihre innere Not gesehen wird, man für sie da ist, sie begleiten und unterstützen möchte (PRODEMA®

2022: 72–73). Dabei werden wertfreie Widerspiegelungen, wie z.B. „Sie sind sehr erregt“ oder „Sie sind ziemlich aufgebracht“, eingesetzt, da diese bewirken können, sich in der eigenen Gefühlswelt gesehen zu fühlen. Außerdem vermeiden diese Sätze Missverständnisse und laden ein, mehr zu erzählen.

Dagegen können wertende Widerspiegelungen wie z.B.: „Sie sind gerade aggressiv (unverschämt/ frech)“ die Situation weiter eskalieren lassen, da diese Art der Wertung von den Betroffenen unter Umständen als beleidigend oder kränkend wahrgenommen wird (PRODEMA® 2022: 73). Durch wertfreie Widerspiegelung kann eine Selbstklärung gefördert werden. Durch Widerspiegelung von ausgesprochenen Sachinhalten, Schlüsselwörtern, Wünschen oder Appellen kann Gesagtes gedanklich überprüft und ggf. korrigiert werden (PRODEMA® 2022: 73). In dieser Phase der Kommunikation ist es wichtig, den Patient*innen Zeit zum Antworten zu geben, auch eine Zeit des Schweigens auszuhalten, da dies ein Ordnen der eigenen Gedanken und ein Wahrnehmen von Gefühlen bewirken kann (PRODEMA® 2022: 73). Da Widerspiegelungen den Energiezustand des gesagten oder des gezeigten Verhaltens abbilden, sollten diese eher dramatisierend als verharmlosend formuliert werden. Sind Patient*innen sehr wütend und erhalten die Widerspiegelung: „Sie wirken gerade ein bisschen aufgeregt“, spiegelt diese das Verhalten nicht authentisch und kann dazu führen, dass die Betroffenen ihre Wut stärker demonstrieren. Die Widerspiegelung: „Sie wirken gerade schrecklich wütend“ trifft den aktuellen Zustand besser und die Patient*innen fühlen sich im Rahmen ihrer Wut und inneren Not ernst genommen (PRODEMA® 2022: 74).

Konkretisierungsphase

Durch die Konkretisierung können emotional betonte Verallgemeinerungen, die nicht lösbar sind, auf einzelne, konkrete und meist entlastende Aspekte zurückgeführt werden. Dabei sind Konkretisierungsfragen den Warum-, Weshalb- und Wieso-Fragen vorzuziehen, da die Betroffenen nicht das Gefühl haben sollen, sich rechtfertigen

zu müssen (PRODEMA® 2022: 74). Optionen der Konkretisierung:

- Die Fragestellung „Was genau“ führt heraus aus der Verallgemeinerung, hin zu einer Eingrenzung und Präzisierung.
- Der Gegenwartsbezug „Jetzt“ und Wörter wie: „Jetzt, im Augenblick, im Moment“ helfen den Patient*innen, in das aktuelle Kontaktgeschehen zu kommen und sich auf das momentan wichtigste Gefühl oder Bedürfnis zu fokussieren.
- Superlativfragen können helfen die Belastung zu konkretisieren, wenn Patient*innen mit einer Vielzahl von Gründen antworten: „Was belastet Sie gerade davon am meisten?“, „Was ist für Sie davon am schlimmsten?“ (PRODEMA® 2022: 75).

Lösungsphase

Bei erfolgreicher Konkretisierung entwickeln sich im weiteren Gesprächsverlauf möglicherweise Lösungsansätze. Folgende Beispielfragen können Lösungsansätze ergeben:

- „Was würde Ihnen jetzt guttun?“
- „Durch was könnte Ihre Aufregung nachlassen?“
- „Was müsste geschehen, dass Sie ruhiger werden könnten?“ (PRODEMA® 2022: 76).

Ein weiterer Punkt, der zu einer erfolgreichen verbalen Deeskalation beitragen kann, ist das Benennen eigener Gefühle. Sätze wie: „Das geht mir gerade sehr nahe“ oder „Ihr Zustand beunruhigt mich“ signalisieren Mitgefühl, Anteilnahme und geben ein Gefühl, dass dem Klient*in seine Erregung und Emotionen zugestanden werden (PRODEMA® 2022: 76).

Im Verlauf einer verbalen Deeskalation kann ein unbedachtes Wort, eine falsche Frage oder Formulierung dazu führen, dass Wut und Ärger bei den Patient*innen wieder verstärkt werden. Es ist dann wichtig, sich sofort zu entschuldigen und das Gesagte zurückzunehmen. Beispiel: „Ich glaube, ich habe gerade etwas Falsches gesagt,

was Sie wütend macht, das tut mir leid“ (PRODEMA® 2022: 77). Die Intensität der Anspannung kann dem deeskalierenden Mitarbeitenden als Gradmesser in Bezug auf seine Deeskalationsbemühungen dienen. Nimmt die Spannung der Patient*innen ab, waren die Fragen und das Gesagte stimmig. Steigert sich dagegen die Wut und Anspannung, ist die Intervention nicht stimmig und bedarf einer Korrektur (PRODEMA® 2022: 78).

Die Deeskalationsstufen 5 bis 7

Im folgenden Kapitel werden nun die Inhalte der Deeskalationsstufen 5 bis 7 der sekundär- bzw. Tertiärprävention beschrieben.

Deeskalationsstufe 5. Patient*innenschonende Abwehr-, Löse- und Fluchttechniken

Die Anwendung körperlicher Abwehrtechniken sollte das letzte Mittel der Gefahrenabwehr sein. Sie sollten nur dann angewendet werden, wenn alle anderen Möglichkeiten der Deeskalation ausgeschöpft sind. Durch eine fachgerechte Anwendung der körperschonenden und verletzungsfreien Techniken kann das Unfallrisiko auf beiden Seiten auf ein Minimum reduziert werden.

Deeskalationsstufe 6. Patient*innenschonende Begleit-, Halte- und Immobilisationstechniken

Das „Vier-Stufen-Immobilisationskonzept (4-SIK®) Festhaltetechnik“ hat das Ziel, Isolationen und Fixierungen zu vermeiden. Geschulte Mitarbeitende sind in der Lage, erregte Patient*innen sicher zu halten, um sie daran zu hindern, andere Personen oder sich selbst zu verletzen oder um sie aus Gefahrensituationen hinauszuführen. Dabei ist der Einsatz der verbalen Deeskalation unumgänglich, um die Beziehung zu Patient*innen zu gestalten. Das Festhalten hat jedoch Grenzen, z.B. bei einer ernsthaften Fremdgefährdung oder Eigengefährdung der Patient*innen, so dass die konservativen Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden müssen. Seit Ende 2015 werden die Mit-

arbeitenden des Pflege- sowie des ärztlichen Dienstes in der Umsetzung von 4-SIK, geschult. Zudem gibt das PsychKG NRW von 01/2017 das Festhalten als Alternative zur Fixierung vor, es stellt aber auch eine Zwangsmaßnahme dar und bedarf der professionellen Umsetzung unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben. Der Unterschied zur Fixierung ist der, dass die Patient*innen an genau definierten Stellen eine Möglichkeit haben, aus der aggressiven Verhaltensweise „auszusteigen“. Wie bereits erwähnt, ist auch hier eine empathische Haltung den Patient*innen gegenüber wichtig, um sie aus der „inneren Not“ herauszuholen, das heißt, der Einsatz einer symmetrisch-patient*innenorientierten verbalen Deeskalation ist auch hier unverzichtbar.

Die Methode des Vier-Stufen-Immobilisationskonzept nach ProDeMa® gliedert sich wie folgt:

- Stufe 1: Immobilisation im Stehen
- Stufe 2: Immobilisation im Sitzen
- Stufe 3: Immobilisation im Liegen
- Stufe 4: Optionsstufe

Deeskalationsstufe 7. Präventive Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen

Durch Übergriffe oder sonstige Ereignisse können Mitarbeitende traumatisiert werden und brauchen kollegiale Ersthilfe und emotionale Begleitung (Nachsorge), um im Schutz ihrer Kolleg*innen das Geschehene verarbeiten zu können. Nach einem erfolgten Übergriff würde ein*e Kolleg*in die kollegiale Erstbetreuung und emotionale Begleitung der/des geschädigten Mitarbeiter*in sicherstellen. Unmittelbar nach einem Übergriff, also in den ersten Minuten und Stunden danach, ist eine zügige und gezielte Unterstützung von zentraler Bedeutung. Bereits wenige, aber gezielt eingesetzte Interventionen wie das Leading in einem sicheren Raum können dazu beitragen, die emotionale Belastung zu mindern und die Verarbeitung des Erlebten positiv zu beeinflussen. Diese frühzeitige Begleitung stärkt die Resilienz der Betroffenen und fördert langfristig ihre psychische Gesundheit. Je besser die kollegiale Ersthilfe und die Nachsorge in einer Institution organisiert

ist, desto mehr werden posttraumatische Belastungssyndrome mit langen Krankheitsausfällen und starkem Leid bei den Betroffenen vermieden. Geschehen Übergriffe oder sonstige aggressive Vorfälle, besteht bei den betroffenen Mitarbeitenden die Notwendigkeit einer professionellen, systemischen Nachbearbeitung mit dem Ziel der Tertiärprävention. Die systemische Ansicht ermöglicht es, alle am Geschehen beteiligten Personen oder Faktoren zu reflektieren, um zukünftig ähnliche Vorfälle vermeiden zu können. Neben Informationen durch z.T. dienstverpflichtende Fort- und Weiterbildungsangebote stehen für die Unterstützung bzw. Beratung der Beschäftigten ihre Führungskräfte sowie verschiedene speziell qualifizierte Mitarbeitende (Deeskalationstrainer, Präventionsfachkräfte, Führungskräfte usw.) zu Gesprächen zur Verfügung. Jederzeit besteht die Möglichkeit, neben der Reflexion der Problematik im Team und/oder mit den Vorgesetzten in Absprache eine Supervision zu organisieren. Zudem bieten wir als Trainer*innen ein anonymes Kriseninterventionsangebot durch vom Haus unabhängige Psychotherapeuten an, mit dem Ziel, die Mitarbeitenden in ihrer Notlage zu unterstützen.

Deeskalationsschulungen der unterschiedlichen Berufsgruppen im AJK

Im AJK werden unterschiedliche, an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden orientierte Deeskalationsseminare und Workshops angeboten und durchgeführt. Für die großen Berufsgruppen des Pflege- und ärztlichen Dienstes werden gemeinsame zweitägige Seminare angesetzt, die alle sieben Deeskalationsstufen ausführlich in Theorie und Praxis behandeln.

Darüber hinaus werden für alle anderen Berufsgruppen meist dreistündige Workshops, z.B. für junge Menschen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) im AJK absolvieren oder Pflege-Azubis, angeboten. Weitere Schulungen und Workshops werden z.B. für Servicekräfte, Mitarbeitende der Verwaltungsbereiche, Raumpfleger*innen, Psycholog*innen und Empfangsmitarbeitende an der Pforte etc. angeboten. Die Schulungsinhalte sind am Bedarf orientiert, i.d.R. sind es in der Primär-

prävention die Deeskalationsstufen 1–3 sowie in der Sekundärprävention die Deeskalationsstufe 4.

Regelmäßig werden sogenannte WAV – Veranstaltungen Wiederholung/ Aktualisierung/ Vertiefung) bezüglich der Flucht-, Löse-, Abwehr- und Festhaltetechniken durchgeführt, um bereits Erlerntes aufzufrischen und zu wiederholen. Zudem wird auch die verbale Deeskalation „refresht“.

Wir möchten mit einem Zitat von ProDeMa® enden:

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.

Literatur

- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE (DGPPN) 2018. *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11-abgelaufen.pdf [26.04.2025].
- BOWERS, LEN 2014. Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, 6: 499–508.
- BURR, CHRISTIAN & RICHTER, DIRK 2017. Zwischen Offenheit und Ablehnung. Die Einstellung von Psychiatriepflegerinnen gegenüber dem Risikoverhalten ihrer Patienten. *Psychiatrische Praxis* 44, 6: 348–355.
- HECKEMANN, BIRGIT; HAHN, SABINE; HALFENS, RUUD; RICHTER, DIRK & SCHOLS, JOS. 2019. Patient and visitor aggression in healthcare: A survey exploring organisational safety culture and team efficacy. *Journal of Nursing Management* 27, 5: 1039–1046.
- PRODEMA 2012. *ProDeMa® – Professionelles Deeskalationsmanagement*. Geislingen & Steige: Institut ProDeMa-Verlag.
- 2022. *Konzept-Handbuch. Professionelles Deeskalationsmanagement. Deeskalierender Umgang mit Aggression und Gewalt in allen Bereichen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens*. Geislingen & Steige: Institut ProDeMa.
- ROSENBERG, MARSHALL B. 2016. *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. Paderborn: Junfermann.
- SCHEMMELE, NICOLE 2020. Deeskalierende Gesprächsführung. *Heilberufe* 72: 40–41.
- SCHULZ VON THUN, FRIEDEMANN 1981. *Miteinander reden*

1: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Hamburg: Rowohlt.

STEINERT, TILMAN 2013. Wie viel Zwang darf sein?
MMW – Fortschritte der Medizin 155: 6–7.

STEINERT, TILMAN; HIRSCH, SOPHIE & FLAMMER, ERICH 2022. Monitoring von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 93: 1105–1111.



Andreas Hethke, Jg. 1980, Ausbildung zum Krankenpfleger von 1998 bis 2001 an der Krankenpflegeschule des St. Alexius Krankenhauses Neuss. Im Anschluss dort übernommen worden und auf einer offen geführten allgemeinspsychiatrischen Station tätig gewesen. Nach Absolvierung des Zivildienstes in einer anerkannten Werkstatt für Menschen mit Behinderung in Hemmerden Rückkehr zum St. Alexius Krankenhaus Neuss. Von 2004 bis 2022 Tätigkeit auf einer geschützten/teilgeschützten allgemeinspsychiatrischen akuten Aufnahmeabteilung. 2013 bis 2015 Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. 2015–2016 Weiterbildung zum Deeskalationstrainer nach ProDeMa mit dem Schwerpunkt Psychiatrie und Forensik. Seitdem gemeinsam mit Thomas Ploetz verantwortlich für die Durchführung des Deeskalationstrainings im Alexius/Josef Krankenhaus Neuss. 2017 Weiterbildung zum Praxisanleiter in der Pflege. Seit August 2022 Tätigkeit auf einer offenen Station für psychosomatische Erkrankungen.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: A.Hethke@ak-neuss.de



Thomas Ploetz, Jg. 1967, von 1985–1988 Ausbildung zum Krankenpfleger im St. Alexius Krankenhaus Neuss, nach dem Examen von 1988–1990 Zivildienst im Johanna Etienne Krankenhaus Neuss in der Orthopädie, danach Rückkehr ins St. Alexius Krankenhaus mit Einsatz auf einer geschützten allgemeinspsychiatrischen Akutstation. 2001 Weiterbildung zur Stationsleitung mit Leitungübernahme dieser allgemeinspsychiatrischen Station sowie Leitung von Stationen im suchtmmedizinischen Bereich sowie einer Station mit depressiven Patient*innen. Seit 2011 als Stabsstelle der Pflegedienstleitung im Alexius/Josef Krankenhaus angestellt, mit internen Zuständigkeiten wie z.B. Ansprechpartner für und Weiterentwicklung von EX-IN Genesungsbegleitung zusammen mit der Pflegedirektorin, Ehrenamtskoordinator und seit 2015 als Deeskalationstrainer nach ProDeMa® zusammen mit Andreas Hethke für die Durchführung der Deeskalationsschulungen im Alexius/Josef Krankenhaus verantwortlich.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: T.Ploetz@ak-neuss.de

OHNE DEESKALATIONSSTRATEGIE

NEHMEN SIE SOFORT DEN STUHL HERUNTER, SONST WERDEN WIR SIE MIT DEM NOTFALLTEAM IN DAS KRISENINTERVENTIONS-ZIMMER BRINGEN.

WENN DIE TÜRE NICHT SOFORT GEÖFFNET WIRD, SCHLAGE ICH SIE EIN.



SO EIN VERHALTEN WIRD NICHT AKZEPTIERT.

DAS WERDEN WIR NOCH SEHEN, DAS KÖNNEN SIE MIT MIR NICHT MACHEN.



LASSEN SIE MICH SOFORT RAUS.

DAS GEHT NICHT. SIE MÜSSEN SICH RICHTIG VERHALTEN, SIE SIND MIT DEM PsychKG HIER.



DEM WAS? WAS SOLL DER SCHEISS, ICH WILL HIER RAUS!

MORGEN KOMMT DER RICHTER, DANN KÖNNEN SIE MIT IHM REDEN, JETZT BERUHIGEN SIE SICH MAL.



DEESKALATIONSSTRATEGIE ANGEWENDET

