

**OHNE DEESKALATIONSSTRATEGIE**

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

WENN DIE TÜR 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**



# Eine Reflexion über die Deeskalation im psychiatrischen Krankenhausalltag mit zwei PRODEMA®-Trainern

THOMAS PLOETZ, ANDREAS HETHKE & ANDREA KUCKERT

ANDREA KUCKERT: *Habt ihr eigentlich eine Vorstellung, wie sich Patient\*innen fühlen, wenn sie hier im AJK Zwangsmaßnahmen erleben? Gibt's da Rückmeldungen oder Einblicke?*

THOMAS PLOETZ: Der Begriff der Zwangsmaßnahmen ist ja ein dehnbarer Begriff. Er bedeutet, dass alle Eingriffe, die gegen den natürlichen Willen oder den Widerstand eines Menschen oder bei Kommunikationsunfähigkeit gegen den mutmaßlichen Willen erfolgen. Lass mich das an einem Beispiel erläutern: Ein\*e Patient\*in hat sich einige Tage nicht gewaschen und ich beginne mit der Durchführung der Körperpflege gegen seinen/ihren Willen. Oder auch die Verpflichtung zu Therapien unter Androhung von Sanktionen bis hin zur Absonderung in einen Isolierungsraum oder der Fixierung bzw. Fesselung. Hier ist es wichtig, gerade die Zwangsmaßnahme der Fixierung mit dem Patienten nachzubesprechen. Das probieren wir immer wieder, aber da ist sicherlich Luft nach oben.

ANDREAS HETHKE: Stimmt. Das Thema kommt auch immer wieder im Arbeitskreis „Vermeidung von Zwang“ auf. Die Idee ist klar: Nach einer so einschneidenden Erfahrung wie einer Fixierung sollte unbedingt ein Gespräch mit dem Patienten stattfinden. Nur – der richtige oder angemessene Zeitpunkt ist oft schwer zu finden. Manchmal ist die Situation für den Patienten noch zu frisch oder emotional aufgeladen. In anderen Fällen – gerade im Suchtbereich – ist der Betroffene vielleicht schon entlassen worden, bevor man das Gespräch führen konnte.

KUCKERT: *Verstehe. Also der Gedanke ist da, aber die Umsetzung hakt?*

PLOETZ: Ob es in der Umsetzung tatsächlich hakt, kann ich nicht genau sagen. Aber in der Ablaufbeschreibung zum Notfallmanagement sind die Arbeitsschritte und Abläufe klar geregelt. Aber wie Andreas das gerade beschrieben hat, ist es nicht einfach, den angemessenen Zeitpunkt zu finden, um es mit Patient\*innen nachzubesprechen. Eine Zwangsmaßnahme ist – ganz nüchtern betrachtet – eine Form von Gewalt. Für Patient\*innen fühlt sich das oft bedrohlich, vielleicht sogar traumatisch an. Deshalb wäre es so wichtig, das auch therapeutisch aufzuarbeiten. Das Gespräch kann helfen, ggf. verloren gegangenes Vertrauen wiederaufzubauen – und man könnte es auch nutzen, um nach der Entlassung gemeinsam Behandlungsvereinbarungen zu treffen, die zukünftige Eskalationen zu vermeiden helfen.

HETHKE: Stimmt, das wäre ja eigentlich auch ein guter Moment, um zu fragen: „Was hätten wir vielleicht anders machen können?“ – aus Sicht des Patienten.

PLOETZ: Ich bin da ehrlich: Ich bin als Stabsstelle zu weit weg vom Stationsalltag, um genau sagen zu können, wie konsequent das überall umgesetzt wird. Aber ich sehe die positive Entwicklung der beteiligten Mitarbeiter, welche die Zwangsmaßnahme durchführen. Im Vorfeld wird alles Erdenkliche an Deeskalationsmaßnahmen mit einer wertschätzenden Haltung gegenüber Patient\*innen entgegengebracht – aber in manchen Situationen eskaliert es einfach, dann geht es aus Sicherheitsgründen nicht anders. Dann ist eine Isolierungs- oder Fixierungsmaßnahme unter Einhaltung der juristischen, ethischen Vorgaben unvermeidlich. Nicht alle Situationen lassen sich deeskalieren. Die Mitarbeiter sind dann aber bestrebt, diese Zwangsmaßnahme situativ so kurz wie möglich zu halten. In fast 40 Dienstjahren

sehe ich eine insgesamt gute Entwicklung in unserer Einrichtung. Es gibt im Alexius/Josef Krankenhaus ein Problembewusstsein zum Thema Gewalt und Ausüben von Zwang gegenüber den uns anvertrauten Menschen. Apropos Mitarbeitende: Diese dürfen wir nicht vergessen. Auch für Mitarbeitende kann die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, aber auch Übergriffe durch Patient\*innen, häufig belastende Erlebnisse bedeuten. Auf die Frage „Was hätte ich z.B. besser machen können?“ hält unsere Einrichtung konkrete Bewältigungs- und Unterstützungsangebote für die Mitarbeitenden bereit. Dazu gehört die kollegiale Erstbetreuung, also das direkte Kümmern um den betroffenen Mitarbeitenden nach z.B. einem Übergriff. Unterstützungsgespräche durch die Führungskraft, aber auch durch speziell qualifizierte Mitarbeitende gehören dazu. Sollte das nicht ausreichen, können Mitarbeitende eine\*n niedergelassene\*n externe\*n Psychotherapeut\*in aufsuchen. Alle Prozesse sind natürlich anonym.

KUCKERT: *Und wie handhabt ihr das eigentlich im Notfallteam? Wird sowas regelmäßig reflektiert?*

PLOETZ: Grundsätzlich: Ja, das sollte immer passieren. Wenn Patient\*innen fixiert oder isoliert wurden, dann ist eine kurze Nachbesprechung im Team bzw. Notfallteam absolut sinnvoll – allein schon, um zu klären: Wie lief die Kommunikation? Gab es Verletzungen? Waren die Abläufe klar? Diese Nachbesprechung ist als Empfehlung zu sehen, nicht als verpflichtende Vorgabe.

KUCKERT: *Okay, das heißt, es liegt in der Verantwortung des Teams, so eine Nachbesprechung zu initiieren?*

PLOETZ: Genau. Auch dies müsste per Ablaufbeschreibung „Notfallmanagement“ den Mitarbeitern bekannt sein. Die sofortigen Nachbesprechungen unter den Mitarbeitenden sind grundsätzlich verpflichtend und sollten dokumentiert werden. In unseren Deeskalationsseminaren wird u.a. auf diese Thematik klar hingewiesen. Bitte besprecht es, gerade um daraus zu lernen. Manchmal reicht ja schon ein kurzes Gespräch: „Wie habt ihr’s erlebt?“ oder „Gibt’s etwas, das wir beim nächsten Mal besser machen könnten?“

HETHKE: Ich finde, das sollte nicht nur bei Zwangsmaßnahmen gelten. Bei jedem Notfall – auch einem medizinischen – ist es wichtig, nochmal gemeinsam draufzuschauen. Gab’s klare Absprachen? War die Rollenverteilung verständlich?

PLOETZ: Bin ich ganz bei Dir. Wenn’s irgendwo geknirscht hat – sei es bei der Kommunikation oder im Ablauf –, dann kann das Team uns auch gerne dazu holen. Ich oder zum Beispiel der Andreas moderieren das dann sachlich und auf Augenhöhe. Nur am Rande: Auch wir haben natürlich begrenzte Zeitressourcen und müssen immer gut abwägen, was machbar ist und was nicht.

KUCKERT: *Und wie läuft das dann konkret ab?*

PLOETZ: Wir laden an einen neutralen Ort ein. Ich kläre vorher: Wer war beteiligt? Was ist passiert? Und dann lasse ich jede Perspektive zu Wort kommen. Ich höre auch zwischen den Zeilen: Gab’s Spannungen vor dem Vorfall? Missverständnisse? Und dann überlegen wir gemeinsam: Was lernen wir daraus – ohne Schuldzuweisungen.

HETHKE: Ich erinnere mich an einen besonders schweren Fall – ein Suizidversuch. Da hat die Departmentleitung noch aufgrund unserer Empfehlung am selben Tag eine Besprechung angesetzt. Das war richtig gut. Die Kolleg\*innen waren alle noch im Dienst, die Eindrücke frisch, und es gab Raum für Emotionen, Rückfragen, Klärung. Ich finde, sowas ist enorm wichtig.

PLOETZ: Absolut. Und wenn man es richtig angeht – mit Respekt, Offenheit und auf Augenhöhe –, dann stärkt es auch das Team. Wir arbeiten ja weiterhin miteinander, oft in belastenden Situationen. Da ist Reflexion ein echter Schutzfaktor.

KUCKERT: *Du hast vorhin so einen Nebensatz gesagt – das hat mich nachdenklich gemacht. Inwieweit spielt eigentlich die Architektur hier bei uns im Haus eine Rolle dabei, Eskalationen zu verhindern?*

PLOETZ: Eine große, wirklich! Alleine wenn man das Krankenhaus betritt, ein großzügig, ansprechend gestalteter Eingangsbereich, man hat nicht

den Eindruck, in einem psychiatrischen Krankenhaus zu sein. Ich sag immer: Viele Menschen auf engem Raum, also auf den Stationen – das ist eine Herausforderung. Aber wir haben zum Glück relativ gute Bedingungen: Zweibettzimmer statt Schlafsäle, Tagesräume, Gartenanlagen ... und im Akutbereich sogar diese überdachte Veranda, wo die Patient\*innen in Ruhe rauchen können. Das sind alles Rückzugsmöglichkeiten, die helfen. Helligkeit, Sauberkeit, Platz – das wirkt. Wenn ich das vergleiche mit dem Altbau früher, hat sich vieles zum Positiven verändert. Auch die ganzen Konzepte wie Aromapflege oder Ohrakupunktur haben einen deeskalativen Charakter. Und Deeskalation fängt ja viel früher an. Nicht erst, wenn es schon kritisch ist, sondern bei unserer inneren Haltung, also bei uns selbst. Wie treten wir einem Menschen mit einer inneren Not gegenüber? Mit Wertschätzung? Oder aus einer Haltung der Kontrolle heraus? Wir müssen uns klar machen, was Gewalt bedeutet – auch strukturell. Eine geschlossene Tür, das Anlegen von Gurten, das Ignorieren von Bedürfnissen. Auch das ist Gewalt aus Sicht der Patient\*innen. Und das müssen wir im Kopf behalten – dauerhaft.

HETHKE: Ja, das ist auch genau das Herzstück von unserem Artikel zu (a)symmetrischen Beziehungen, den wir zusammen verfasst haben. Es geht nicht nur darum, wie man mit Zwang umgeht, wenn er passiert – sondern wie man ihn überhaupt vermeiden kann. In den Schulungen schauen wir ja auch: Was triggert Gewalt? Wie erkennt man Vorzeichen? Und was hilft, sich selbst zu schützen, wenn's wirklich brenzlich wird?

KUCKERT: *Und? Merkt ihr in den Schulungen – kommt da was bei den Kolleg\*innen an? Gibt's da so Aha-Momente?*

PLOETZ: Absolut. Am Ende der Seminare setzen wir uns immer noch mal in einen Stuhlkreis. Da wird ehrlich reflektiert. Was hat mir gefallen? Was war schwierig? Was nehme ich mit? Und ganz oft hören wir: „Das hat mir Sicherheit gegeben.“ Das ist für mich das schönste Feedback. Vor kurzem war ein junger Arzt dabei, der bald in den Bereitschaftsdienst geht. Der meinte: „Jetzt weiß ich,

wie ich mich verhalte, wenn's ernst wird.“ Und das ist doch genau der Punkt.

HETHKE: Ja, gerade dieses PRODEMA®-Basisprogramm – das hat sich wirklich bewährt. Wir haben die Inhalte angepasst, ergänzt, praxisnah gemacht und bauen aus unserer Sicht relevante Inhalte ein, die mit Deeskalation zu tun haben. Ganz konkret: Wo finde ich was? Wo ist der Notfallrucksack? Wo stehen die Fixierbetten?

PLOETZ: Und auch Themen wie Dokumentation: Was schreibe ich wie – und was besser nicht? Da reflektieren viele Kolleg\*innen nochmal: Wie gehe ich mit meiner Verantwortung und meiner Macht, meinen Machtmitteln um?

KUCKERT: *Das klingt richtig wertvoll – nicht nur für die Sicherheit, sondern auch für die Haltung. Ich glaube, solche Auseinandersetzungen machen am Ende den Unterschied im Alltag. Das PRODEMA®-Konzept wird ja hier im Haus wirklich umfassend umgesetzt – und das ist auch gut so. Aber Hand aufs Herz: Gibt es aus eurer Perspektive irgendwas, wo ihr sagt: „Mensch, wenn sich das Institut, das ja hinter PRODEMA® steht, mal diesem oder jenem Thema stärker widmen würde, das wäre echt klasse“? Ein Wunschkonzert quasi. Vermisst ihr etwas?*

HETHKE: Hmm ... also was ich mir vorstellen kann: Es gibt ja inzwischen schon Berührungspunkte zwischen PRODEMA® und dem Safewards-Konzept. Da sind viele Parallelen, gerade was Deeskalation und Haltung angeht. Ich fände es spannend, wenn da noch mehr Austausch stattfinden würde – vielleicht sogar eine engere Zusammenarbeit oder Kombinationsangebote. Ich glaube, da steckt richtig Potenzial drin.

PLOETZ: Die Kolleg\*innen von PRODEMA® kennen Safewards, die wissen um den Wert des Konzepts – und sie sehen das auch als ergänzend. Safewards hat nochmal einen ganz eigenen Fokus, sehr praxisnah im Stationsalltag. Aber ich finde, PRODEMA® ist sehr innovativ – auch was sie in ihren Workshops anbieten.

HETHKE: Du meinst jetzt auch Themen, die gesellschaftlich aktuell sind?

PLOETZ: Genau. Zum Beispiel: Kommunikationsbarrieren bei Menschen mit Fluchterfahrung, kulturelle Unterschiede im Umgang mit Nähe, Distanz, Macht ... Ich meine, wir merken das doch alle – das wird im Alltag immer relevanter. Das Institut PRODEMA® greift viele gesellschaftliche Entwicklungen auf, ist echt am Puls der Zeit. Auch Fortbildungen zu Themen wie Persönlichkeitsstörungen. Das geht in den Basisseminaren oft unter, da ist zu wenig Raum. Aber gerade bei solchen spezifischen Herausforderungen könnten gezielte Vertiefungswshops enorm helfen. Ich finde, das könnte PRODEMA® noch stärker hervorheben.

KUCKERT: *Das klingt fast nach einer Art „Modulbaukasten“ – also Grundlagen plus Schwerpunkt nach Bedarf.*

PLOETZ: Genau. Und auch mit Blick in die Zukunft: Ich werde ja nicht ewig hier sein und da wäre es schön, wenn auch die nächste Generation an Kolleg\*innen in diese Tiefe einsteigen kann. Es gibt noch so viele Stellschrauben. Aber es ist großartig zu sehen, dass PRODEMA® offen ist für Weiterentwicklung.

KUCKERT: *Habt ihr denn in euren Trainings auch schon mal Situationen erlebt, wo ihr das Gefühl hattet – puh – da seid ihr gar nicht richtig durchgedrungen zur Gruppe? Dass da einfach ... keine Verbindung zustande kam?*

PLOETZ: Ich erinnere mich in den Anfängen unserer Schulungen an Kollegen, welche besonders der Festhaltetechnik, dem Vier-Stufen-Immobilisationskonzept kritisch gegenüberstanden. Das waren Mitarbeitende aus der Pflege, welche bereits etliche Dienstjahre absolviert haben und von der damals noch wenig bekannten Methode überzeugt werden wollten. Diese Mitarbeitenden konnten wir insbesondere bei den praktischen Übungen, also durch Ausprobieren, für diese Technik „gewinnen“. Das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept hat, einfach gesagt, das Ziel, Fi-

xierungen zu verhindern. Aber echte Verweigerung? Dass jemand sich komplett verweigert hätte – das hatten wir nicht. Wir probieren regelmäßig neue Methoden aus. Beim letzten Mal z. B. haben wir komplett bei der verbalen Deeskalation auf Kameraeinsatz verzichtet und stattdessen ein Live-Coaching gemacht – also direkt reingehen in die Szene, kurz Feedback geben, wieder raus. In den Fortbildungen von PRODEMA® haben wir viel mit Videofeedback, Situationstrainings, Gruppenrückmeldungen und Einzelcoachings gearbeitet, das war sehr wertvoll.

HETHKE: Stimmt. Ich erinnere mich noch an das Feedback des Kommunikationstrainers ...

PLOETZ: Ja! Der meinte zu mir: „Du wirkst total authentisch – aber warum stehst du immer an der Seite?“ Ich hab damals eine PowerPoint gemacht und wollte niemandem die Sicht versperren. Aber er hat gesagt: „Geh in die Mitte – du bist das Zentrum der Aufmerksamkeit!“ Seitdem mache ich das. Ich gehe mitten in den Kreis, nehme Blickkontakt auf, zeige Präsenz. Das gibt Sicherheit. In den Schulungsseminaren setzen wir das konsequent um je nach Thema. Gerade wenn jemand unruhig wird oder stört – dann gehe ich bewusst hin und sage ruhig: „Wenn du etwas sagst, gerne ein bisschen lauter – dann können wir alle was davon haben.“ Und zack – Ruhe.

HETHKE: Das funktioniert super!

PLÖTZ: Absolut. Wichtig ist: Wir verlieren niemanden. Und wenn's mal hakt – wir lockern das mit einem kleinen Witz auf. Da darf auch gelacht werden. Aber am Ende sollen alle was mitnehmen. Und das klappt meistens richtig gut.



**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 Aufnahme-Station. 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 Leitungsübernahme 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



**Andrea Kuckert**, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aufgreifen und gemeinsam mit den Kolleg\*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

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