

PINTAV®

Prävention-Intervention- Nachsorge- Theorie aggressiven Verhaltens

Inhalt

Modul 1: Theoretische Kenntnisse	1
Modul 2: Prävention und Risikoeinschätzung	24
Modul 3: Krisenbewältigung / Intervention	40
Modul 4: Nachsorge, Arbeitsschutz, Interventionen, Leitlinien	54

Sie haben Fragen? Ihre Ansprechpartner...

... für die Schulungsorganisation

ClarCert

Tel.: 0731/705116-70 51 16 - 50

E-Mail: schulung@clarcert.de

... zum PINTAV®-Konzept (Inhaltliches)

Herr Ralf Schmidt

E-Mail: ralf.schmidt-maks@t-online.de



P I N T A V[®]

Prävention-Intervention- Nachsorge- Theorie aggressiven Verhaltens

Autoren: Yvonne Brachtendorf & Holger Thiel

- Ralf Schmidt, GuK in der Gerontopsychiatrie, Krankenpfleger für Rehabilitation (DKG),
- MAKS[®]-m-Therapeut, MAKS[®]-Dozent, PINTAV[®]-Dozent
 - Gutachter (Medicproof)

Modul 1: Theoretische Kenntnisse



Gliederung



- Vorstellungsrunde
- Ausgangslage/Problembeschreibung
- Definition von Aggression, Gewalt, Zwang, sexueller Belästigung
- Formen von Aggression
- Vorkommen von Aggression
- Auswirkungen von Aggression

Vorstellungsrunde



- Zur Person (Name, Qualifikation, Einrichtung, Schwerpunkt, Erfahrungen)
- Welche Erwartungen haben Sie an das Online-Seminar?
- Auf welchen Kenntnissen können wir im Seminar aufbauen?
- Welche Kenntnisse würden Sie gerne vertiefen?
- Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit dem Thema Aggression, Gewalt und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz? (Abfrage von 1 ganz unsicher bis 10 ganz sicher)

Ausgangslage/Problembeschreibung



- Als Teil des Berufs wird Aggression und Gewalt akzeptiert (z.B. Beschimpfungen)
- Weil es häufig vorkommt wird es als „normal“ eingeordnet → es kann nicht als „normal“ gelten, im Beruf Ziel von Aggression zu werden! (Vgl. Langzeitpflege)
- Leugnen des Phänomens verhindert einen professionellen Umgang mit diesen Verhaltensweisen
- Um Mitarbeiter zu unterstützen, ist ein institutionelles Sicherheitsmanagement im Umgang mit Aggression, Gewalt und sexueller Belästigung in jeder Einrichtung notwendig → Studie von 2017 (Gewalt in der Pflege, DIP): wenig strukturelle Angebote zur Prävention und Aufarbeitung + Barrieren unter den Pflegenden existieren, die die Nutzung von Angeboten verhindern

Ausgangslage/Problembeschreibung



- In der Aus-, Fort- und Weiterbildung kommt das Thema zu kurz (Studie: Gewalt in der Pflege, 2017, DIP)
- Gewalterfahrungen gegen Patienten, Bewohner und Pflegebedürftige macht den Pflegenden besonders große Probleme (Studie: Gewalt in der Pflege, 2017, DIP)
- Mit zunehmender Konkretisierung von Gewalterfahrungen, sinkt das Gefühl des sicheren Umgangs damit (Studie: Gewalt in der Pflege, 2017, DIP)
- Aggression, Gewalt und sexuelle Belästigung wirken sich auf die Beziehung bzw. Mitarbeiter und Bewohner aus, aber auch auf die Beziehung der Mitarbeiter zur Organisation

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Ausgangslage/Problembeschreibung



- Aggression und Gewalt lassen sich nicht immer vermeiden, aber durch Kenntnis der Einflussfaktoren und präventive Interventionen lassen sich Situationen, die zu aggressiven, gewalttätigen Verhaltensweisen führen können frühzeitig erkennen und in vielen Fällen auslenken oder abmildern
- Daher ist ein gezieltes Angehen des Problems in Form einer genauen Situations- und Problemanalyse, die Entwicklung geeigneter Handlungsansätze sowie deren Implementierung und Evaluation mit kontinuierlicher Anpassung nötig!
- Prävention von Aggression und Gewalt ist dabei nicht allein auf der Handlungsebene (Mikroebene) Patient/Bewohner/Angehörige – Pflegekräfte/Personal begrenzt sondern auf die Metaebene einer Institution (Struktur, Organisation, Leitungen, QM, Risikomanagement) zu erweitern.
- Sicherheit ist ein Grundrecht!

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Befragung von 205 Mitarbeitende von 12 Pflegeheimen in Hessen und Nordrhein-Westfalen (Dorn T. et al in Pflegewissenschaften 2021):

- 95,1% hatten in den letzten 12 Monaten Gewalt (verbal, körperlich, sexuell) zwischen Bewohnern erlebt.
- 93,4 % hatten selbst Gewalt durch Bewohner oder Besucher (z.B. ungerechtfertigte Beschuldigungen) erfahren.
- 87 % hatten Gewalt durch Kollegen gegenüber Bewohner beobachtet
- 72 % hatte selbst Gewalt gegenüber Bewohnern angewendet

Fazit der Autoren:

Aggressive Handlungen im Pflegeheim sind ein „Alltagsphänomen“. Das Problem werde wenig thematisiert, dürfe daher aber nicht ignoriert werden.

Was ist Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen? (ZQP-Ratgeber „Gewalt vorbeugen“)

Gewalt gegen pflegebedürftige Menschen umfasst alles, was ihnen Schaden und Leid zufügt:

- Respektloses Verhalten: anschreien, bloßstellen, nicht beachten tbc.
- Bevormunden: Zwingen, gegen den Willen entscheiden
- Hilfe vorenthalten: Bedürfnisse nicht ernst nehmen, bewusst nicht helfen
- Schmerzen zufügen: grob anfassen
- Freiheit einschränken: FEM, Hilfsmittel vorenthalten, unerwünschte Medikation

Gewaltursachen sind multifaktoriell:

- Überforderung
- Persönlichkeit und persönliche Haltungen
- Persönliche Gewalterfahrung
- Mangelndes Verständnis für Bedürfnisse und Gefühle von pflegebedürftigen Menschen
- Fehlinterpretationen, wenn MmD mit veränderten Verhalten reagieren

Zum Begriff Aggression (S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang, 2018)



- Bezeichnet ein affektgeladenes (Gefühlserregung) Angriffsverhalten, geht nach außen gegen andere Menschen, Gegenstände oder Institutionen, aber auch gegen die eigene Person (Autoaggression)
- Aggression und aggressives Verhalten sind nur mit Einschränkungen objektiv erfassbar und quantifizierbar
- Differenzen zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung sind häufig und nicht selten schwer überbrückbar

Definition von Aggression (S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang, 2018)



- Wird definiert als die **Absicht** jemanden zu schaden oder sich zu wehren. So können Erschrecken oder Drohungen Formen von Aggression sein.
- Aggression kann verschiedene Formen von Schäden/Verletzungen zur Folge haben, einschließlich psychischer und emotionaler Art.

Definition von Gewalt (S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang, 2018)



- Hierunter werden Handlungen verstanden, die die **direkte Absicht** implizieren, jemandem physischen Schaden zuzufügen
- Gewalt kann als Steigerung von Aggression verstanden werden

Zu den Begriffen Aggression und Gewalt

(S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang, 2018)



Aggression und Gewalt werden oft als Abstufungen verwendet

- Aggression stellt demnach ein böswilliges Verhalten oder Drohen gegen andere dar, das verbaler, physischer oder sexueller Natur sein kann
- Gewalt hingegen beschreibt den Ausbruch von physischer Kraft, durch die eine andere Person oder ein Gegenstand missbraucht, verletzt oder ihr Schaden zugefügt wird

Zu den Begriffen Aggression und Gewalt

(S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang, 2018)



Aggression und Gewalt werden oft als Abstufungen verwendet

- Die geringere Ausprägung ist demgegenüber „Agitiertheit“ als eine offensive verbale, stimmliche oder motorische Aktivität, die situativ inadäquat ist
- Als Einteilungsgrade werden vorgeschlagen:

Ruhe < Ängstlichkeit (Einflussfaktor!) < Agitation < Aggression < Gewalt

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Zu den Begriffen Aggression und Gewalt

(S3-Leitlinie: Verhinderung von Zwang, 2018)



Agitiertes Verhalten

- Unter dem Begriff des agitierten Verhaltens wird Unruhe mit erhöhter Anspannung und gesteigerte Psychomotorik verstanden. Häufig tritt verstärkte Reizbarkeit mit zum Teil konfrontativen Verhaltensweisen verbaler und körperlicher Art gegenüber anderen auf. Es gibt begünstigende Faktoren für das Auftreten von Verhaltenssymptomen.

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

➤ Passen die Definition von Aggression und Gewalt für Menschen mit Demenz?

Herausforderndes und unerwünschtes Verhalten

- Das Begriffspaar meint psychische und verhaltensbedingte Symptome wie z.B. aggressives oder agitiertes Verhalten, welche die Umgebung des Bewohners fordern, ihr Verhalten und die Umgebung anzupassen. Das Verhalten des Bewohners gilt als Ausdruck einer für ihn unangenehmen, schwierigen oder ängstigenden Situation (Überforderung) (S3-Leitlinie Demenzen, nach Schilder et al., 2018) sowie als Ausdruck von Bedürfnissen und Gefühlen oder als Kommunikationsversuch.
- Das Begriffspaar ist umstritten. Es werden neue Begrifflichkeiten vorgeschlagen, die Menschen mit Demenz (MmD) weniger stigmatisieren z.B. verändertes Verhalten bei Demenz oder Signalverhalten.

➤ Passen die Definition von Aggression und Gewalt für Menschen mit Demenz?

Folgende psychischen Symptome und Verhaltensweisen werden subsumiert:

- Nächtliche Unruhe
- Motorische Unruhe
- Agitiertheit (innere Unruhe mit erhöhtem Bewegungsdrang)
- Aggression
- Antriebsarmut
- Antriebslosigkeit
- Depressivität
- Angst

Befragung von Pflegekräften zum Erleben herausfordernden Verhaltens
(täglich bis wöchentlich):

Verbale Aggression 77,6%

Körperliche Aggression 41%

Verbale Auffälligkeiten 90,5%

Körperliche Unruhe 87%

Antriebsarmut 81%

Enthemmung 22,2%

Die hohen Häufigkeitswerte verdeutlichen den Stellenwert von Handlungskompetenz bei herausforderndem Verhalten für Pflege- und Betreuungskräfte (Schwinger et al, 2017, nach Schilder et al, 2018)

- Trägt zur Stigmatisierung bei
- Pathologisiert Bedürfnisse, Gefühle, Kommunikationsversuche und Verhalten
- Beeinflusst ärztliche Medikamentenverordnung

Initiative #BanBPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)

Cunningham et al 2019 haben > 50 Einflussfaktoren identifiziert (biologisch, psychologisch, sozial oder umweltbedingt).

Jeder Fall von Verhalten hatte im Mittel 5 verschiedene Einflussfaktoren (multifaktoriell!).

Umdeutung: Veränderte Verhaltensweisen und psychische Symptome als Versuch der Kommunikation und Ausdruck von unbefriedigenden Bedürfnissen und Gefühlen und bei Überforderung. Kommunikationsversuche als Signalverhalten.

Psychotische Symptome:

- Psychotische Symptome: Halluzinationen und Wahn sind häufige Phänomene bei Demenz. Die Beeinträchtigung des Betroffenen entsteht häufig durch die damit ausgelösten Affekte, wie z.B. Angst oder Wut
- Psychotische Symptome können auch bei Menschen mit Depressionen, bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen wie z.B. der Schizophrenie und bei Menschen mit einem Delir oder aufgrund akuter Verwirrtheit auftreten

Delir/akute Verwirrtheit – multifaktorielle Risikofaktoren:

- Hohes Lebensalter: 10%-15% älterer Patienten haben bereits bei Krankenhausaufnahme ein Delir
- Postoperative Patienten (z.B. 43-61% nach Hüftoperationen) und kritische Kranke auf Intensivstationen (30-80%)
- Multimorbide, immobile Patienten
- Akute hirnorganische Erkrankungen z.B. Schlaganfall
- Zerebral degenerative Erkrankungen z.B. Demenz

Delir/akute Verwirrtheit – multifaktorielle Risikofaktoren:

- Erhöhte Krankheitsbelastung bei älteren Patienten durch die Kombination kognitiver Defizite, körperlicher Einschränkungen und sozialer Veränderungen (z.B. Ortwechsel)
- Körpernahe Fixierungen
- Delirogene Medikation
- Zentral dämpfende Arzneimittel (Beachte Dämpfungsscore)
- (www.delir-netzwerk.de)

Relevanz der akuten Verwirrung/Delir:

- Heimbewohner sind stark gefährdet ein Delir zu erleiden. Bewohner mit Schmerzen, Psychopharmaka-Einnahme und Demenz bilden eine Hochrisikogruppe (1).
- 88% der Patienten mit einer Demenz erleiden im Krankenhaus ein Delir (2).
- > 65-Jährige: 35% erleiden auf konservativen Stationen und 20-60% auf chirurgischen Stationen ein Delir (2).

Relevanz der akuten Verwirrung/Delir:

- Medizinische Folgen eines Delirs (2):
 - Kurzzeitig erhöhte Sterblichkeit
 - 50% mit nicht reversiblen kognitiven Defiziten
 - Messbare kognitive Einschränkungen bis zu einem Jahr (3)
 - 40% sind danach dauerhaft auf Hilfe angewiesen
 - Zusammenhang zwischen Delir und später auftretender Demenz: Bei 40% nicht dementer Patienten > 65 Jahre im Delir wurde nach 2 Jahren eine Demenz diagnostiziert (> altersspezifische Inzidenz)
 - Delirformen: hyperaktiv (psychomotorischer Erregtheit), hypoaktiv (psychomotorische Retardierung), häufig Mischform mit 55% (3).

- Menschen, die mit den gegebenen Versorgungsstrukturen Probleme haben
- Menschen, die Versorgende/Pflegende/Betreuende vor Herausforderungen stellen
- Menschen, die eine andere Situationseinschätzung haben als ihr Umfeld
- Menschen, die daraus resultierend mit unerwünschten oder risikohaften Verhalten reagieren

Wenn jemand mit Bestimmtheit auftritt und ohne jemanden zu beleidigen oder handgreiflich zu werden, sein Recht geltend macht, so ist dies keine Aggression. Deziertes Auftreten ist dadurch gekennzeichnet, dass die Emotionen, Bedürfnisse, Werte, Normen des Gegenübers berücksichtigt werden und Respekt gegenüber der anderen Person gezeigt wird. Man kann es auch als Selbstbehauptung benennen. Auf seine Rechte oder Meinungen bestehen, und Anerkennung von anderen einfordern, dass man das Recht hat, zu entscheiden, was man denkt und fühlt und wie man innerhalb der gesetzlichen Grenzen handelt.

- **Empathie** ist die Fähigkeit und Bereitschaft Empfindungen, Gedanken, Gefühle, Motive und Persönlichkeitsmerkmale einer anderen Person zu erkennen und zu verstehen
- **Empathie** beinhaltet auch die Fähigkeit, auf die Gefühle einer anderen Person wie Leiden, Trauer und Schmerz angemessen zu reagieren
- **Mitgefühl** beinhaltet die Bereitschaft, das Leiden einer anderen Person zu lindern, insbesondere die Ursache des Leides zu suchen, diese zu beseitigen oder damit umgehen zu helfen

Lasst uns also empathisch sein und mitfühlend handeln!

- Qualität in der Pflege: Pflegebedürftige legen Wert auf einfühlsame Haltungen der verantwortlichen Pflegepersonen (Bramley, Matiti 2014)

- **Strukturelle Gewalt** ist im derzeitigen Gesundheits- und Sozialwesen zu finden, wenn Patient oder Bewohner organisationsbedingt in der Ausübung ihrer persönlichen Gewohnheiten und Bedürfnisse eingeschränkt werden
- **Strukturelle Gewalt** wird oft nicht direkt wahrgenommen, da die Gewalt sich nicht durch einzelne Angriffe äußert – sie kann aber als Umgebungsfaktor die Entstehung von Aggressionsereignissen vorbereiten

Welche Formen der strukturellen Gewalt kennen Sie?

- Gruppeneinteilung in Kleingruppe
- Arbeitsauftrag: Diskutieren Sie bitte miteinander die Frage: Welche Formen der strukturellen Gewalt kennen Sie? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht? Wie lautet Ihre Fachexpertise zu dem Thema?
- Zeitumfang: Sie haben dafür 20 Minuten Zeit!
- Im Anschluss findet eine Besprechung in der Großgruppe statt. Bitte teilen Sie den anderen Kleingruppen Ihr Diskussionsergebnis mit!

Warum kommt Gewalt in der Pflege vor?

- **Haltung/Einstellungen** (Respektlosigkeit, negative Altersbilder, Bevormundung, unreflektiertes Sicherheitsdenken)
- **Gesundheit/Psyché** (emotionale Erschöpfung, Überforderung, Frustration, Unzufriedenheit, gesundheitliche Probleme)
- **Strukturen/Prozesse** (unzureichende Unterstützung, starre Abläufe, mangelnde Fehlerkultur)
- **Wissen/Fähigkeiten** (mangelndes Problembewusstsein, mangelndes Wissen über Krankheitsbilder, fehlende Kompetenzen zur Deeskalation)

Warnsignale für Überlastungen beim Personal ernst nehmen (Gereiztheit, Konzentrationsschwäche, Verlust der Empathie, Respektlosigkeit, Rückzug, Vermeidungsverhalten, Niedergeschlagenheit)

Sprechen Sie an, wenn sie Unterstützungsbedarf haben oder bei anderen feststellen!

Handle nicht gegen den Willen einer pflegebedürftigen Person (ZQP, 2017)

- 58% befragter Pflegekräfte (n=1000), haben gegen den Willen von Patienten gehandelt
- 49% waren Zeuge, dass notwendige Hilfen nicht gegeben wurden
- 36% berichten, dass Pflegebedürftige respektlos angesprochen werden
- 28% der befragten Allgemeinbevölkerung (n=1000) haben Missachtung von Pflegebedürftigen erlebt

Handle nicht gegen den Willen einer pflegebedürftigen Person (ZQP, 2017)

Als Grundlagen für Verbesserungen werden angegeben:

- 96% mehr Personal
- 90% bessere Arbeitsbedingungen
- 76% bessere Ausbildung/Fortbildung

Handle als Pflegekraft nicht gegen den expliziten Willen einer pflegebedürftigen Person!

Unterbringungsähnliche und bewegungseinschränkende Interventionen -

Beispiele:

- Abgeschlossene Türen, unerwünschte Bettgitter
- Fixierungshilfsmittel, medikamentöse Fixierung
- Häufigkeit in der häuslichen Versorgung: bis zu 10% durch pflegende Angehörige
- Häufigkeit in der Altenpflege: bis zu 42%, davon bis zu 10% körpernah
- Häufigkeit im Krankenhaus: 11,4% (7,3% Allgemeinstationen, 33,6% Intensivstationen)

Unterbringungsähnliche und bewegungseinschränkende Interventionen -

Beispiele:

- Patientenorientierte Gründe: Sturzrisiko, Verhaltensauffälligkeiten
- Behandlungsorientierte Gründe: Umsetzung medizinischer Interventionen
- Systemorientierte Gründe: Rechtsunsicherheiten, mangelnde Fachkenntnisse, Einstellung des Personals, Personalmangel
- Ethischer Konflikt: Wahrung von Menschenrechten vs. körperliche Unversehrtheit vs. Fürsorgepflicht. **Paradigmenwechsel „Freiheit vor Sicherheit“!**
- Patienten und Bewohner tragen ein allgemeines Lebensrisiko.

Es sind keine sturzpräventiven Wirkungen und positiven Effekte in der Patientenversorgung belegt!

Negativauswirkungen von Fixierungen am Patienten:

- Stress, Gegenwehr, zunehmende Verhaltensauffälligkeit, zunehmende Psychopharmakagabe, Mobilitätsverlust mit all seinen Risiken, zunehmende Verletzungsgefahr
- Tod durch Fixierungen: 1999-2012, 44 Vorkommnisse nach BfArM.
- 26 Vorkommnisse bei 27353 Obduktionen nach Berzlanovich et al. 2012

Negativauswirkungen von Fixierungen beim Personal:

- Ethischer Konflikt, Arbeitsunzufriedenheit, Schuldgefühle, psychischer Belastungsfaktor, rechtlicher Grenzbereich bis hin zur Straftat.

- Arbeitsgruppe klinische Pflegeforschung Universität Witten/Herdecke mit Gesundheitswissenschaften Universität Hamburg
- FeM-Beauftragte in Pflegeheimen
- Informationen für Betroffene und Personal
- Interventionen und Empfehlungen
- Rückgang von FeM in der Interventionsgruppe von 31,5% auf 22,6% bei konstanter Anwendung von FeM in der Kontrollgruppe
- www.leitlinie-fem.de

Die Pflegekultur entscheidet über die Häufigkeit vom FeM (Möhler R., 2017) als Beispiel für Zwangsmaßnahmen

- 2005 Studie in Hamburger Pflegeheimen (n=2367 Bewohner)
- Im Mittel von 26% der BW wurde mindestens 1 FeM angewendet
- Range: 4% der BW – 59% der BW
- Deutliche Unterschiede in der Anwendung von FeM bei vergleichbarer Ausstattung und Personalquote sowie Bewohnermerkmale und Sturzrate der Einrichtungen (Meyer et al, 2009)

Die Pflegekultur entscheidet über die Häufigkeit vom FeM (Möhler R., 2017) als Beispiel für Zwangsmaßnahmen

- Wichtigster Grund für die Unterschiede war die Pflegekultur, also die Haltung und Einstellung der Pflegenden in Bezug auf FeM. Bsp. Pflege vom FeM als Qualitätskriterium vorhanden.
- Eine Literaturanalyse zeigte, dass Pflegende gegenüber FeM eher negativ eingestellt sind, FeM aber als „normale“ Pflegeintervention betrachten (Möhler, Meyer, 2014)

- Ist die am schwierigsten fassbare Aggression
- Objektiv gesehen ist sexuelle Belästigung eine Beeinträchtigung der physischen und psychischen Integrität einer Person
- Die Beeinträchtigung wird subjektiv eingeschätzt
- Belästigte Personen und Täter können sich in der Einschätzung unterscheiden

Definition von sexueller Belästigung



- Der International Council of Nurses (ICN) favorisiert eine subjektive Definition und kategorisiert sexuelle Belästigung als Aggression bzw. Gewalt
- Zusammenfassend: Sexuelle Belästigung ist jedes unerwünschte, nicht erwiderte und nicht begrüßte Verhalten sexueller Art, welches das Risiko birgt, dass die belästigte Person sich bedroht, erniedrigt oder beschämt fühlt, d.h. die Zielperson des Verhaltens sexueller Art kann bestimmen, ob es sich um Belästigung handelt. Dies ist dann zu respektieren, sowohl vom Aggressor als auch in der Nachsorge von Teamkolleginnen!

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Befragung zu sexueller Aggression (ZQP, 2023)



Befragung „Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege“

- Computerisierte Telefonbefragung 11/2021 – 01/2022
- Zufallsauswahl von 1002 Leitungspersonen (Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Heimleitung) aus 1002 Pflegeeinrichtungen
- Erinnernte Vorfälle sexueller Aggression innerhalb der letzten 12 Monate:
- 25% sexuelle Aggression (n=1002)
- Davon
- Durch Bewohner/-innen: 22%
- Durch Mitarbeiter/-innen: 2%
- Durch Angehörige/Besucher: 2%
- Durch dritte Personen: 1%
- Die Häufigkeitsangaben sind keine Prävalenz, da nur Leitungspersonen befragt wurden. Von einer Unterschätzung der tatsächlichen sexuellen Aggression ist auszugehen.

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

- Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beteiligten:
Stress, Unruhe, Angst, Verzweiflung, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, Gefühle der Ohnmacht und Erniedrigung, weitere Aggression (ZQP, 2020)
 - Persönliches Umfeld (privat/beruflich)
 - „On-the-job“ Aggressionen und Gewalt führen zu negativen Folgen
 - Studienlage zeichnet einen global anzutreffenden Effekt mit erhöhtem Krankheitsrisiko

Global anzutreffende Tatsachen

- Psycho-neuro-vegetative Symptome
 - Muskelverspannung, Stress, Unruhe, Essstörungen, Zittern, beschleunigte Atmung, Angst/Furcht (Täterbegegnung...)
- Emotionale Ebene
 - Wut oder Voreingenommenheit gegenüber dem Täter, Schuld oder Selbstvorwürfe, Machtlosigkeit, Hilflosigkeit, Erbarmen mit dem Täter
- Körperliche Ebene
 - Verletzungen wie Prellung und Blutergüsse, Folgen von Vernachlässigung und mangelnder Pflege wie Mangelernährung, Druckgeschwüre, Infektionen, Folgen von körpernahen Fixierungen wie Verletzungen, Luxationen, Stürze (ZQP, 2020).

Global anzutreffende Tatsachen

- Kognitive Ebene
 - Veränderung des Überzeugungssystems, die Welt ist weniger vorhersagbar, Bedrohung der persönlichen Integrität (Respektverlust, Gefühl der Erniedrigung...), Burn-out-Symptome
- Soziale Ebene
 - Beziehungsstörung zwischen Patienten/Bewohnern und Pflegeperson, Vermeidungsverhalten und Meidung von Patienten/Bewohnern, Stigmatisierung bei veränderten Verhalten, weniger Zuwendung

Störungen des Behandlungsprozesses

- Umgang zwischen Kollegen und Bewohner
- Einfluss auf die Pflegekultur
- Einfluss auf Arbeitsergebnisse
- Rückgang von Zuwendung nach Aggressionen
- Umgang mit vermuteter Gefahr (ZQP-Juli 2020)

- Wir empfehlen die Entwicklung von Ruhe (Norm) < Ängstlichkeit (Einflussfaktor!) < Agitation < Aggression < Gewalt zu kennen und zu beachten
- Verändertes Verhalten von MmD sowie die Formen der Aggression sind nicht voll beherrschbar.
- Der Ausbruch von Gewalt muss verhindert werden. Zwangsmaßnahmen stellen die Ultima ratio (das letzte Mittel) dar.
- Es gibt keine Einzelinterventionen die Aggression sicher vermeidet
- Schulungsmaßnahmen können das Wissen und die Einstellung um aggressive Ereignisse verbessern.
- Multimodale Interventionen (Organisation, Leitung, Umfeld, Verhalten und Kommunikation) zeigen die größten Effekte
- Privat angeeignete Reaktionen auf aggressiven Verhalten sind selten geeignet

Wie wird in den Einrichtungen aggressives Verhalten erfasst bzw. eingeschätzt?

Mögliche Beispiele standardisierter Erfassungsinstrumente:

- SOAS-R, „Staff Observation Aggression Scale – Revised“
- NPI-NH oder CMAI, "Cohen Mansfield Agitation Scale,,
- Die Brøset-Gewalt-Checkliste, zur Einschätzung des aktuellen Aggressionspotenzials bei Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie
- MMS Test – Delirerkennung bei rapider Verschlechterung innerhalb Wochen z.B. von 30 auf 15 Punkte (Auffällige Werte sollten durch Nachfragen bei Angehörigen hinterfragt werden im Sinne von Demenz (stabil über Monate) und Delir (Verschlechterung der Kognition innerhalb der letzten Woche)

Modul 2:

Präventiver Umgang mit Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen – Risikoeinschätzung und Erfassung von Aggression und Gewalt



Gliederung



- Prävention
- Ansatzpunkte der Gewaltprävention
- Präventionsstrategien zur Risikominderung
- Prävention mit Blick auf den Phasenverlauf
- Beschreibung aktueller Gewaltsituationen
- Die Erregungsschleife
- Das 9-Phasen-Modell
- Gewaltprävention als Gesamtstrategie
- Risikoeinschätzung und Erfassung von Aggression und Gewalt

- Gewaltprävention meint in der Regel Vorbeugung, Früherkennung und Rückfallprophylaxe
- Welche Faktoren tragen zur Entstehung von Gewalt bei (Ansatzpunkte, Einflussfaktoren)
- In bestimmten Kontexten bestehen besondere Risiken z.B. Pflegeheim, Menschen mit Demenz
- Aggressionsergebnisse gehen nicht allein auf den „Täter“ zurück
- Risikoerhebung für Risikogruppen rechtfertigt adäquate Primärprävention (Broset Violence Checklist = BVC oder NOSGER = Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)

Broset Violence Checklist (BVC):

Sinnvoll für das akutpsychiatrische Setting. Durch ihre Anwendung ist eine verbesserte Einschätzung des Aggressionspotentials nachgewiesen. Vorfälle von Gewalt und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen werden dadurch signifikant verringert. Pflegepersonen zeigen eine gute Akzeptanz gegenüber dem Einschätzungsinstrument. Die BVC-Skala gibt Handlungsempfehlungen, die auf den individuellen Fall ausgewählt werden können (Bell R., Ballauf M.: Heilberufe Science, 19.03.2018, 1-2/2018)

Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients) NOSGER:

Fremdbeurteilung von alltagsrelevanten Verhaltensweisen mittels 30 alltagssprachlichen Feststellungen in sechs Dimensionen: Gedächtnis, IADL, Körperpflege, Stimmung, Sozialverhalten, Störendes Verhalten. Die Auftretenshäufigkeit wird fünfstufig beurteilt, daher kann je Dimension ein Score sowie ein Gesamtscore ermittelt werden. Der Test wurde für geriatrische Patienten entwickelt und ist auch für Demenzpatienten anwendbar (Dialogzentrum Demenz: Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz, Seite 35)

Sekundäre Gewaltprävention



- Frühzeitiges Erkennen von Aggressionssituationen und zeitiges Reagieren darauf, um diese möglichst klein zu halten
- Es gar nicht erst zu einer Eskalation bzw. Übergriff kommen lassen
- Dies bedarf der Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte, Verhaltensweisen, Rahmenbedingungen, von denen bekannt ist, dass sie als Anzeichen eines zunehmenden erhöhten Gewaltrisikos gelten
- Deeskalationsinterventionen, die zur Kontrolle der Situation führen

Sekundäre Gewaltprävention



- Kenntnisse relevanter Aspekte, abfedernder Methoden (Erfahrung/Wissen)
- Müssen eingeübt werden, damit sie in Stresssituationen abrufbar sind (Können/Fähigkeiten)
- Klarheit über Rolle, Aufgaben bzw. Auftrag erleichtern Aufmerksamkeit auf relevante Aspekte zu halten, erhöht Bereitschaft notwendige Handlungen umzusetzen (Wollen/Haltung)
- Erfordert für Mitarbeitende notwendigen Rahmen, um erforderliche Schritte zu tun (Verfahrensweisung)

- Bewältigung einer akuten Aggressionssituation ist nicht gleich abgeschlossen
 - Gesundheitsgefährdende Folgen für Beteiligte, die verhindert oder mindestens erkannt werden müssen, um sie abzumildern
- Erneutes Auftreten von z.B. Aggression
 - Daher Erfahrung auswerten, um sie für künftige Situationen zu nutzen
- Nachbearbeitung dient auch der Verarbeitung des Erlebten
 - Nach Beruhigung Nachgespräch führen, um Situation zu reflektieren, was Beteiligte tun können, um ähnliche Situationen zu vermeiden

Um Aggressionen und Gewalt bei der Pflege vorzubeugen, sind Verständnis und Feingefühl gefragt. Zwar gibt es keine allgemeingültigen Rezepte. Einige Grundregeln zu beachten, kann aber hilfreich sein:

- Stärken Sie das Selbstwertgefühl der pflegebedürftigen Person: Nehmen Sie Gefühle und Bedürfnisse ernst. Unterstützen Sie die Selbstständigkeit.
- Vermitteln Sie Sicherheit: Behalten Sie Gewohnheiten und Rituale der pflegebedürftigen Person bei.
- Achten Sie auf klare Abläufe. Kündigen Sie an und erklären Sie, was Sie tun. Das ist bei Körperkontakt besonders wichtig. Vor allem Menschen mit Demenz empfinden plötzliche oder für sie unverständliche Handgriffe eventuell als bedrohlich (durch Überforderung).
- Sorgen Sie für eine ruhige Atmosphäre. Hektik und Stress können Aggressionen auslösen.

Gezielt vorbeugen



- Haben Sie die Ursache für das Verhalten herausgefunden, etwa Schmerzen oder Langeweile? Dann können Sie gezielte Angebote machen. Wer die Ursachen und Auslöser für Aggressionen kennt, kann Ausbrüchen besser vorbeugen.
- Sofern die pflegebedürftige Person dies versteht: Sprechen Sie auch offen an, wenn Sie sich unangemessen behandelt fühlen. Machen Sie deutlich, was Sie verletzt.
- Wie Sie mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz umgehen können, vermitteln umfangreiche Fortbildungsangebote zu diesem Thema.
- Beispiel **maks** ■■■■

Gezielt vorbeugen



maks ■■■■

- psychosoziale Aktivierung
- Fortschreiten von leichten kognitiven Beeinträchtigungen/leichter und mittelschwerer Demenz lässt sich nachweislich verzögern
- stabilisiert alltagspraktische und kognitive Fähigkeiten
- reduziert Verhaltenssymptome der Demenz
- verbessert das Sozialverhalten und die Stimmung der Betroffenen
- Weitere Informationen unter:
<https://www.clarcert.com/wissenswerk-1/maks-therapeuten/maks-vorstellung.html>

Eine nichtmedikamentöse, multidimensionale Delirprävention vermag die Delir Rate signifikant zu senken, wie zum Beispiel:

- Mobilisation und Aktivierung
- Reorientierung
- optimierte Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr
- Schlafverbesserung
- adäquate Schmerztherapie
- Vermeidung einer Polypharmazie
- Vermeidung von Katheter und Fixierungen
- Erhalt von Routinen
- Einbezug der Angehörigen

Umgangsempfehlung:

- Bezugspflege organisieren
- Medizinische Ursachensuche und Multimedikation prüfen
- Bewegung erlauben „persönliche Freiheit vs. erhöhte Lebensrisiken“
- Grenzen setzen, personell moderieren, Hilfsmittel einsetzen
- Mitgefühl zeigen, zugewandt bleiben (Ruppert N. 2016)
- Eskalationen vermeiden, Generationskonflikte beachten
- Gut betreuen und versorgen in einer fürsorglichen Atmosphäre

Umgangsempfehlung:

- Fürsorge zeigen z.B. Puls fühlen, basale Stimulation
- Verhaltensziele abklären
- Für etwas argumentieren
- Fokus auf die bessere Genesung legen
- Authentisch bleiben, nicht belügen
- Angehörige einbinden

Verstehen von veränderten Verhalten und psychischen Symptomen:

- Multifaktoriell bedingt
- Beachte: atypische Symptompräsentation bei geriatrischen Patienten
- Durch Verhaltensauffälligkeiten können Menschen mit Demenz, eingeschränkte Fähigkeiten kompensieren und auf eigene Bedürfnisse und Gefühle aufmerksam machen
- Verstehende Diagnostik: Perspektive der pflegebedürftigen Person verstehen z.B. NeeDz-Projekt „Needs-Projekt“ © (Rheinessen Fachklinik Alzey) mit Care Bundle aus 6 Maßnahmen: Reduktion von Psychopharmaka, biographische Anamnese, Interventionen bei Bedürfnissen, psychosoziale Aktivierung, Angehörige integrieren, Handlungsempfehlungen formulieren (Alzheimer Info 1/2022).

Verstehen von veränderten Verhalten und psychischen Symptomen:

Personenzentrierte Pflege nach Kitwood:

- Mensch - mit Demenz, also nicht seine Krankheit steht im Vordergrund
- Modell der zentralen Bedürfnisse: Liebe, Trost, Identität, Beschäftigung, Einbeziehung, Bindung
- Grundsatz „Situation verstehen und Leiden anerkennen“ dabei Verlässlichkeit, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln
- 17 Arten degradierender, negativer Interaktionen
- 12 Arten am Wohlbefinden ausgerichtete, positive Interaktionen

Gruppenarbeit 1: Degradierende Interaktionen finden

Gruppenarbeit 2: am Wohlbefinden ausgerichtete Interaktionen finden

Verstehen von veränderten Verhalten und psychischen Symptomen :

- Assessmentinstrumente anwenden: Hilfsmittel zur Datenerhebung im medizinischen Prozess z.B. zur Einschätzung nicht-kognitiver Symptome wie Verhaltensweisen
- Validation: Gesprächstechnik, die das subjektive Erleben von MmD für gültig und bedeutsam erklärt, getragen von Wertschätzung und Respekt. Als psychotherapeutische Ziele sollen das Selbstwertgefühl von MmD unterstützt, Konflikte aus der Vergangenheit besser bewältigt, das gelebte Leben gerechtfertigt und Stress reduziert werden. Insbesondere wird versucht, das hinter dem Verhalten liegende Gefühl zu erfassen.
- Erinnerungspflege: Biographie von MmD als Element personenzentrierter Pflege

- Kommunikationstechnik, die Menschen mit Demenz (MmD) Einfühlung, Respekt und Wertschätzung entgegen bringt.
- Validation erkennt Gefühle von MmD an und unterstellt Ziele im Verhalten/unerwünschten Verhalten:
 - Nichtgebrauchtwerden überwinden, angenehme Vergangenheit erleben
 - Unbewältigte Konflikte lindern, Langeweile überwinden
- Grundprinzipien der Validation:
 - Früherlerntes bleibt erhalten, aktuelle Ereignisse können Erinnerungen triggern,
 - Offene Konflikte wollen geklärt werden, verdrängte Gefühle belasten,
 - Empathisches Zuhören entlastet, ignorierte Gefühle verschlechtern die psychische Situation

Beispiele für kommunikative Validationstechniken:

- Blickkontakt und Augenhöhe herstellen
- Einfühlsame Stimme anwenden
- Erkundende Fragen stellen, ohne in Rechtfertigung zu bringen (nicht warum!)
- Gefühle ansprechen
- Umformulieren, wiederholen
- Extremes fragen, Gegenteil ansprechen
- Nach Vergangenheit erkundigen
- Angenehme Erinnerung ermöglichen
- Mehrdeutigkeit bei Unverständlichem anwenden
- Spiegeln der Körperhaltung, Gestik oder Mimik, um Verständnis zu signalisieren

Prävention mit Blick auf Phasenverlauf der Erregungsschleife



- Deeskalation zählt zu den Maßnahmen der sekundären Gewaltprävention
- Befasst sich damit eine entstehende oder vorhandene Aggressionssituation zu bewältigen
- Gerade situationsgerechte Auswahl angepasster Interventionen und abgestimmtes Vorgehen sind wichtig für Erfolg
- Erfordert Klarheit der Begrifflichkeiten und möglichen Interventionen → theoriegeleitet und relevante Einflussfaktoren berücksichtigen

Beschreibung aktueller Gewaltsituationen nach Bailey



Alle vier Elemente sind relevant und leiten unsere Aufmerksamkeit bei der Deeskalation:

- Ziel der Aggression außer Gefahr bringen
 - Schlägen oder Tritten ausweichen oder kontrollieren
 - Auslöser des aggressiven Verhaltens identifizieren
 - Emotionale Verfassung des Aggressors einschätzen
 - Maß an Erregung i.d.R. ausgelöst durch Angst (Bedrohungserleben) oder Ärger (erlebte Provokation)
- Es handelt sich um kognitive und physiologische Veränderungen, die mit steigender Erregung weiter zunehmen und Zeit benötigen, bis sie sich wieder normalisiert haben!

➤ **Automatismus sofern man nicht aktiv dagegen angeht:**

- Organismus erkennt tatsächliche oder wahrgenommene Bedrohung oder Provokation und setzt eine Reaktion in Gang
- Hormone Adrenalin (Fluchthormon) und Noradrenalin (Aggressionshormon) werden ausgeschüttet
- Glucose und Fettsäuren werden aktiviert, für mehr Energie
- Atmung wird schneller, für mehr Leistungsfähigkeit steht mehr Sauerstoff zur Verfügung
- Herz schlägt schneller und kräftiger, damit körperliche Leistungsfähigkeit weiter steigt

- Blutgerinnungsfaktoren werden vermehrt ausgeschüttet, damit Blutverlust nicht so hoch ist
- Muskelspannung steigt, um den Einsatz vorzubereiten
- Pupillen weiten sich, für besseres sehen; Hautblässe tritt ein
- **Fähigkeit zur differenzierten Erörterung und Abwägung der Situation sinkt**
- Gesichtsausdruck und Körperhaltung zeigen Spannung, Angst oder Angriffslust

Die Erregungsschleife – wichtigste körperlichen Reaktionen



- D. h. auch, dass erregte Personen in ihren kognitiven, verbalen und körperlichen Fähigkeiten beeinträchtigt sind, mit steigender Erregung umso mehr
- Solche Eskalationsmuster sind häufig mit Angst bei allen Beteiligten verbunden, die sich bei nicht Bewusstwerdung und Gegensteuerung gegenseitig verstärken und steigern kann
- Furcht und Angst können neben Frustration, Ärger und Hass wesentliche Komponenten auf dem Weg zur Aggression sein

Die Erregungsschleife – wichtigste körperliche Reaktionen



- Ein bestimmtes Ausmaß von Angst erfordert jeweils spezifische Zugangsweisen
- Es muss immer Teil der Interventionen sein, die eigene Erregung beim Mitarbeiter, aber auch beim Bewohner herunterzuregulieren und Angst und Erregung auf ein handhabbares Maß zu reduzieren, um wieder Kommunikation und Problemlösung möglich zu machen
- Wird nicht immer gelingen, sollte aber im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit der Mitarbeitenden sein

1. Normalphase:

- Die Person zeigt Verhaltensmuster, das für ihr Handeln normal ist und mit Verhalten übereinstimmt, das auch ihr früheres Handeln bestimmte.

2. Auslösephase:

- Die Person zeigt ein Verhalten, das langsamer oder schneller vom normalen, nichtaggressiven Verhaltensmuster abweicht (Einflussfaktor?)
- Kontaktaufnahme und gezielter Austausch sind gut möglich, dabei die Reaktion der Person auf verbale und nonverbale Kommunikation beachten, Kommunikation entsprechend anpassen

3. Erste Übergangsphase:

- Führt praktisch direkt zum aggressiven Verhalten, Person fühlt sich selbst zunehmend erregt, Verhalten weicht immer stärker vom normalen Verhalten ab
- Sicherheit ist noch nicht direkt gefährdet, Gesprächsaufnahme noch möglich

4. Krisenphase:

- Situation eskaliert, Bedrohungen und ggf. Gefährdung der Umgebung; Aufmerksamkeit und Konzentration sind herabgesetzt, Kognition und Problemlösefähigkeiten sind beeinträchtigt; nonverbale Kommunikation erhält gegenüber verbaler Kommunikation eine stärkere Gewichtung in der Wahrnehmung der Person, kurze, klare Sätze erreichen Person am besten; kurze akustische Impulse
- Krise entsteht wenn Bewohner nicht mehr zugänglich ist, Kontrolle über sich selbst verliert
- Und drohendes, feindseliges und aggressives Verhalten zeigt

5. Destruktive Phase:

- Kontrollverlust der Person, Ärger und Aggression in Form physischer Aggression entlädt sich auf die Umgebung, kann sich bis zur Raserei steigern, kann von leichter bis schwerer körperlicher Gewalt reichen
- Erregung der Person bleibt noch eine Weile bestehen, reguliert sich nur langsam runter
- Verbaler Kontakt kaum noch möglich
- Nonverbale Anteile kommen noch an, Wirkung allerdings nicht einschätzbar
- Kontaktaufnahme nur über riskanten Körperkontakt möglich (Person wird festgehalten)
- Über haltenden Körperkontakt und die Stimme (beruhigendes oder bestimmtes Reden) kann nach und nach auch wieder verbal mit der erregten Person in Kontakt getreten werden

6. Wiederherstellungs- oder Abkühlungsphase:

- Mit oder ohne Eingreifen kommt es langsam zur Abkühlung der Erregung und destruktiven Verhaltens
- Durch Eingriffe kann man Abkühlung beschleunigen
- Zugrunde liegende Emotionen und Anlässe (Einflussfaktoren) bleiben noch wirksam
- Rückfall in frühere Phase möglich
- Aggressives-gewalttätiges Verhalten bleibt noch einige Zeit bestimmend, weil Situation nacherlebt wird, sich erneut Emotionen aufdrängen und im Vordergrund stehen und weil der Bewohner seine Mitverantwortung nicht erkennen will oder leugnet

7. Zweite Übergangsphase:

- Unmittelbare Erregung so weit verringert, dass die Person für Gespräche und ggf. Behandlung wieder zugänglich ist
- Gefahr des Rückfalls nimmt weiter ab
- Erleben der Person ist noch vom Ärger bestimmt, mit Reaktionen wie Schuld, Angst, erhöhter Aufmerksamkeit und Anspannung, dem Wieder- und Nacherleben sowie dem Leugnen der eigenen Verantwortung
- Aufmerksamkeit ist noch beeinträchtigt, Erregung noch vorhanden und erfordert angepasste Kommunikation mit klaren und knappen Sätzen (Kongruenz ist wichtig)

8. Auflösungsphase:

- Ausführliches Gespräch wieder möglich, Person empfindet noch Ärger aber jetzt auch Schuldgefühle, Reue oder Groll, häufig ist Person erschöpft, kann auch in depressive Verstimmung fallen, das Erlebte und das Nachdenken darüber werden noch eine Weile anhalten
- Nachbesprechung der Aggressionssituation ist möglich, hierdurch kann Verarbeitung eingeleitet werden, Perspektiventausch ist möglich

9. Relative normale Phase:

- Person zeigt wieder Verhaltensmuster, das für ihr Handeln normal ist und mit Verhalten übereinstimmt, das auch ihr früheres Handeln bestimmte
- Unterschied zu Phase 1 ist, dass durch das Aggressionseignis eine neue Erfahrung hinzugekommen ist, die Einfluss auf das weitere Erleben und Bewerten ähnlicher künftiger Situationen und damit auch auf das künftige Verhalten der Person haben wird

- Einzelne Teilstrategien haben nur begrenzt Wirkung
- Es erfordert deshalb eine sinnvolle Gesamtstrategie, in der Ziele, Teilziele und anzuwendende Methoden aufeinander abgestimmt werden
- Grundlage treffsicherer Entscheidungen sind klare Daten sowohl hinsichtlich Evidenz einer Intervention als auch hinsichtlich der Problem- und Ressourcenlage einer bestimmten Institution
- Um Gewaltprävention auf betrieblicher Ebene zu verankern, fördern Unfallversicherungsträger die Ausbildung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainern.
- Alle Maßnahmen, die geeignet sind, Vertrauen und Zusammenarbeit zwischen (...) erkrankten Menschen, Angehörigen und Professionellen zu verbessern, entfalten eine generalpräventive Wirkung

Modul 3: **Krisenbewältigung/Intervention**

Reflektionsrunde/Blitzlicht



- Wie ist es Ihnen seit dem letzten Webinar ergangen in Bezug auf Aggression am Arbeitsplatz?
- Was haben Sie für sich aus dem letzten Seminar an Erkenntnis mitgenommen?
- Konnten Sie Ihr Wissen bereits verwenden bzw. anwenden wie z.B. den Automatismus der Erregungsschleife?
- Hat Ihnen etwas besonders geholfen bzw. war Ihnen etwas ganz neu?
- Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit dem Thema Aggression, Gewalt und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz im Vergleich zum 1. Modul?

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Gruppenarbeit



- Einteilung in Kleingruppen
- Arbeitsauftrag: Diskutieren Sie bitte miteinander die Frage: Welche Beispiele für eine gelungene bzw. misslungene Deeskalation erlebten Sie in der Praxis? Wie sind Ihre Erfahrungen?
- Zeitumfang: Sie haben dafür 20 Minuten Zeit!
- Im Anschluss findet eine Besprechung in der Großgruppe statt. Bitte teilen Sie den anderen Kleingruppen Ihr Diskussionsergebnis mit!

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

- Grundprinzipien der Kommunikation und Deeskalation
- Psychosoziale Interventionen
- Körperinterventionen
- Pharmakotherapie bei aggressiven Verhalten
- Psychologische Interventionen
- Früherkennungsmethoden
- Interventionen zur Umgebungsgestaltung

- Positive Einstellung gegenüber Patienten/Bewohner
 - Verständnis für den schwierigen Patienten/Bewohner
 - Grundhaltung: Empathie, Wertschätzung, Echtheit, Nähe & Distanz
- Selbstregulation emotionaler Impulse
 - Kontrolle von Emotionen wie Angst und Ärger
 - Tipps: Beherrschung bewahren (ZQP Ratgeber, Seite 17)
- Strukturen in Bezug auf Regeln und Abläufe
 - Teamarbeit, Unterstützung durch die Institution, Stationsregeln, Früherkennung und strukturierte Umgangsweisen z.B. kollegiale Beratung

Die Herausforderung, hinter den Konflikt zu schauen



- Welches Bedürfnis liegt hinter einer unkooperativen Haltung?
- Welches Gefühl liegt hinter einer unkooperativen Haltung?
- Ist es möglich, dass der Patient/Bewohner keine anderen Verhandlungsmethoden und Kommunikationstechnik anwenden kann?
- Der Patient/Bewohner kann sich nicht vorstellen, von einer Verhandlung zu profitieren.
- Das Patient/Bewohner kann bei Verhandlungen nur mit Gewinner oder Verlierer hervorgehen.
- Der Patient/Bewohner oder das Personal haben Angst, ihr „Gesicht zu verlieren“ und kennen keine Kompromisse.

Krisenbewältigung



In einer akuten aggressiven Situation ist das Wichtigste, diese zu entschärfen und nicht zu verschlimmern. Das eigene Verhalten trägt viel dazu bei:

- Versuchen Sie, ruhig zu bleiben. Gelingt das nicht, verlassen Sie möglichst sofort den Raum – wenn auch nur kurz. Fragen Sie Kollegen um Rat.
- Auch wenn manches aus Ihrer Sicht unverständlich oder nicht richtig ist: Vermeiden Sie es, zu schimpfen, zu belehren oder zu widersprechen. Das kann die Wut oder die Angst noch verstärken.
- Vermeiden Sie Triggerworte: müssen, beruhigen, Ratschlag ...
- Machen Sie deutlich, dass Sie die Bedürfnisse und die Gefühle der pflegebedürftigen Person ernst nehmen.
- Vermitteln Sie das Gefühl, dass Sie gemeinsam eine Lösung finden werden.

- Lenken Sie ab, etwa durch Musik oder eine Beobachtung am Fenster.
- Suchen Sie Nähe, wenn Berührungen auf die pflegebedürftige Person beruhigend wirken. Oder halten Sie Abstand, falls diese als bedrohlich empfunden werden.
- Achten Sie darauf, dass Ihre Gestik, Mimik und Körperhaltung nicht bedrohlich wirken.
- Schützen Sie sich vor Verletzungen durch körperliche Angriffe. Bringen Sie alles außer Reichweite, womit man schlagen oder werfen könnte. Achten Sie dabei auf ruhige Bewegungen.
- Rufen Sie nach Möglichkeit jemanden hinzu, der helfen kann (Cave: Bedrohlichkeit kann sich durch die Übermacht mehrerer Personen steigern).

- Erregten Menschen sollten offene Fragen gestellt werden. In Kontakt treten und ergründen was zur Erregung geführt hat (Einflussfaktor) ist so gut möglich.
- „Was ist passiert“ lädt zum Erzählen ein. „Was, wie, seit wann und wer“ sind gute „Türöffner“.
- „Warum oder Wieso“ münden häufig in einem Rechtfertigungszwang.

- **Orientierung geben:**

- Wie ist es dazu gekommen, dass sie jetzt so aufgeregt sind (umherlaufen, laut werden)?
- Als sie mir vorhin begegnet sind, wirkten sie ruhiger. Was ist passiert?

- **Spezifizieren und Konkretisieren:**

- Wie ist es dazu gekommen, dass sie jetzt so aufgeregt sind (umherlaufen, laut werden)?
- Ich würde gerne verstehen, wie ich ihnen helfen kann. Können sie mir genauer sagen, was Ihnen passiert ist?

- Gruppeneinteilung in Kleingruppe
- Arbeitsauftrag: Bitte formulieren Sie in Ihrer Kleingruppe weitere Verhaltensbeispiele mit offenen Fragen, die Ihnen in der Praxis helfen würden.
- Zeitumfang: Sie haben dafür 30 Minuten Zeit!
- Im Anschluss findet eine Besprechung in der Großgruppe statt. Bitte teilen Sie den anderen Kleingruppen Ihr Arbeitsergebnis mit!

Körperinterventionen kann man in Kategorien einteilen:

1. Handlungen zur Prävention und zum Schutz (Ausweichen und Flüchten)
2. Handlungen, um frei zu kommen, notwendige Distanz zu schaffen und ggf. Hilfe zu holen (Befreiungstechniken)
3. Handlungen, wenn ein Eingreifen nicht umgangen werden kann (Schmerzgriffe, Polizeigriffe, Zwang)
4. Handlungen zur Beruhigung z.B. Hinsetzen lassen
5. Handlungen zur Anerkennung von Gefühlen z.B. Körperhaltung spiegeln, validierende Grundprinzipien
6. Handlungen zur Angstreduktion z.B. beruhigende Berührung, Mimik und Gestik

- Haben Sie in Ihrem Haus ein Deeskalationsmanual?
- Benennen Sie Stärken und Schwächen
- Kennen Sie noch andere Deeskalationsmanuale? (vgl. Vivantes)
- Beispiele für Fort- und Weiterbildungen zum Thema:
 - Ausbildung von Deeskalationstrainern (z.B. ProDeMa)
 - Bildungsangebote für Deeskalationstrainer z.B. kollegiale Erstbetreuung, Körperinterventionstechniken , Aufbaublock PSYCH

Das Dilemma

Angehörige, medizinische Einrichtungen und Fachpersonal fordern häufig eine pharmakologische Behandlung und haben ein eingeschränktes Verständnis für ethische oder rechtliche Bedenken.

Andererseits sieht sich der verordnende Arzt schnell den Vorwürfen ausgesetzt, Menschen in verwerflicher Weise chemisch ruhig zu stellen.

„Die Verabreichung eines Medikamentes stellt eine freiheitsentziehende Maßnahme ... dar, wenn der Betroffene durch sie gezielt in seiner körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkt wird ... , wenn sie die Bewegungsfreiheit des einwilligungsunfähigen Betroffenen über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig eingrenzt... „

Quelle: Kirsch S.: Freiheitsentziehung durch Medikamente. Handout Werdenfelser Weg, Seite 2

Ethische Grundsatzfragen

- Im besten Interesse des Patienten handeln
- Nutzen und Risiken abwägen, Schaden vermeiden
- Verhältnismäßigkeit von Zielen und eingesetzten Mitteln
- Bedarf einer klaren Indikationsstellung, bedeutet in erster Linie, dass ein ursächlicher Zusammenhang des Verhaltens mit einer psychischen Störung gegeben sein muss (Cave: pharmakologische Fixierung)
- Wenn kein Einverständnis des Patienten vorliegt, kann eine Behandlung nur als Notfallbehandlung (rechtfertigender Notstand) oder im Rahmen einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung mit Gerichtsentscheidung nach unabhängiger Begutachtung stattfinden

Einsatz von Psychopharmaka – ja oder nein?

Zur Indikationskontrolle sollten folgende Prüffragen gestellt werden:

Welchem therapeutischen Zweck und welcher Indikation verfolgt die Medikamentengabe?

Stellt die Bewegungseinschränkung eine unvermeidliche Nebenwirkung eines anderen therapeutischen Zwecks dar?

Beschränkt sich der therapeutische Zweck allein auf die Symptomkontrolle Bewegungsdrang und körperliche Unruhe?

Zu beachten: Zulassungsüberschreitender Einsatz von Arzneimitteln (Off-Label-Use) ohne Indikation mit bewusst eingesetzter sedierender Nebenwirkung z.B. Antihistaminika, Beta-Blocker.

Zu beachten: Dämpfungsscore bei geriatrischen Patienten. Je höher der Score, also je mehr sedierende Wirkung oder Nebenwirkung erreicht wird, desto höher die Sturzgefahr mit dem Risiko von Gesundheitsfolgen

- Behandlung der **Kernsymptomatik** (antidementive Behandlung)
- Behandlung der **Verhaltenssymptome** (Agitation, aggressives Verhalten, Delir, psychotische Symptome):
 - Der erste Schritt der Behandlung ist die Identifizierung von Auslösern.
 - Vor dem Einsatz von Psychopharmaka bei Verhaltenssymptomen soll ein psychopathologischer Befund erhoben werden, d.h. es sollte eine fachärztliche Begutachtung erfolgen z.B. im besten Fall durch zu Hilfenahme von (geronto-) psychiatrischen Institutsambulanzen (G-PIA) oder einer stationären Behandlung in einer Gerontopsychiatrie

- Die medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Bedingungsfaktoren müssen identifiziert und soweit möglich behandelt bzw. modifiziert werden.
- Darüber hinaus besteht eine Indikation für eine pharmakologische Intervention, wenn psychosoziale Interventionen nicht ausreichend wirksam oder nicht verfügbar sind.
- Der Leidensdruck des MmD durch psychische und Verhaltenssymptome sollte ebenfalls leitend für die medizinische Behandlung sein.
- Bei Eigen- oder Fremdgefährdung, die nicht anders abwendbar ist, kann eine unmittelbare pharmakologische Intervention erforderlich sein.

- Vermeidung von Sedierung, da diese die Sturzgefahr erhöht und die kognitive Leistung negativ beeinflusst z.B. durch Benzodiazepine (Einsatz nur bei speziellen Indikationen und nur kurzfristig!)
- Beachtung von allgemeinen Verfahrensweisen zu Medikamentenauswahl und Dosierung bei älteren Menschen (z.B. PRICUS-Liste)
- Medikamenteninteraktionen beachten
- Schmerztherapie nicht vergessen!

Behandlung der Verhaltenssymptome (Agitation, aggressives Verhalten, Delir, psychotische Symptome)

Antipsychotika: Die Gabe von Antipsychotika bei Patienten mit Demenz ist wahrscheinlich mit einem erhöhten Risiko für Mortalität und für zerebrovaskuläre Ereignisse assoziiert. Es besteht ferner wahrscheinlich das Risiko für beschleunigte kognitive Verschlechterung durch die Gabe von Antipsychotika bei Demenz. Patienten und rechtliche Vertreter müssen über dieses Risiko aufgeklärt werden.

Es sind Studien zu einigen standardisierten/manualisierten Ansätzen vorhanden:

- ART (Aggression Replacement Training)
- ACT (Akzeptanz- und Commitmenttherapie)
- DBT (Dialektisch-Behaviorale Therapie)

Diese Methoden sind beim therapeutischen Arbeiten mit Menschen ohne kognitive Einschränkungen etabliert und setzen einen subjektiven Leidensdruck auf Seiten des Patienten voraus. Damit sind sie in der Altenpflege nur selten das Mittel der Wahl.

Wirksamkeit psychologischer Interventionen



- Interventionen wie ART sind multimodale kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen
- Wird in über 30 Sitzungen vermittelt
- Besteht aus drei Komponenten, die auf das Denken der Person, ihre Emotionen und ihre Handlungsauswahl zielen:
 - Prosoziales Fertigkeitentraining
 - Wutkontrolle: dient dazu in Stresssituationen, die Auswahl nichtaggressiver Verhaltensweisen zu erleichtern
 - „Tiefergehendes“ Element: konzentriert sich auf persönliche Werte und moralische Begründungen

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen



- Mitarbeitertraining (besserer Umgang mit Aggression und Gewalt, deeskalierende Gesprächsführung).
- Organisatorische Interventionen (Überprüfung von Zwangsmaßnahmen, Verringerung der Stationsgröße, mehr Personal etc.).
- Identifikation von Risikopatienten (BVC, individuellen Risikopläne, patientenspezifische Frühwarnsymptome).
- Umgebungsbezogene Interventionen (Gestaltung psychiatrischer Stationen, therapeutischer Einsatz von Sinnesreizen z.B. Sensory rooms).
- Nachbesprechung von Zwang (Verhalten von Patienten und Mitarbeiter, Verbesserungsvorschläge) führen zu einer Verkürzung von Isolation und Verringerung von wiederholter Isolation.

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

- Es gibt eine Reihe von typischen Einfluss- und Risikofaktoren
 - Symptome einer psychiatrischen Erkrankung
 - Individuelles Bewältigungsverhalten auf emotionalem Stress
 - Verändertes Verhalten bei MmD
- Ein Teil der Faktoren ist individuell, resultieren diese doch aus der gesamten Lebenserfahrung und innerer Überzeugungen
- Besonders wenn aggressives Verhalten wiederholt auftritt, werden individuelle Risikofaktoren zur Früherkennung wichtig und sollten erfasst werden
 - Gab es Frühwarnzeichen – diese auflisten, evaluieren und einem individuellem Interventionsplan zuordnen

Gruppenarbeit „bitte benennen sie typische Frühwarnzeichen bei psychisch erkrankten Bewohnern in ihrem Arbeitsfeld“ (vgl. Erregungsschleife, Phasenmodell)

Gestaltung der baulichen und technischen Umgebung

- Kurzfristige Umfeldgestaltung (aggressive Krise)
 - Entfernung von „Wurfgeschossen“
- Mittel- bzw. längerfristige Gestaltung der baulichen Umgebung
 - Bauliche Milieugestaltung

- Klar erkennbare Raumfunktionen
- Raumakustik: Nachhall und Hörsamkeit angemessen
- Einprägsame Leitsysteme zur Orientierung
- Kombination Ziffern, Farben und regionalen Symbolen verbessern (Wayfindung)
- Kontrastreiche Gestaltung mit viel Licht und ausreichend Tageslicht
- Beruhigende oder anregende Farbgestaltung
- Sinnvolle Beschäftigung ermöglichen
- Gemütlichkeiten einrichten
- Gefühl des Eingesperrt seins vermeiden
- Ausreichender Bewegungsraum innen und außen

- Außenbereich mit Rundweg, Hochbeeten, Pavillon, also lohnenden Zielen
 - Barrierefreiheit mit Handläufen, Lichtschalter und Türgriffe in Greifhöhe 105 cm
 - Kurze Wege zum Personal
 - Jährliche Begehung zur Überprüfung der alters- und demenzsensiblen Gestaltung
- ✓ Buchtipp: Demenzsensible Architektur von Birgit Dietz ISBN 978-3-7388-0032-6

Modul 4:

Nachsorge, Arbeitsschutz, rechtliche Rahmenbedingungen, organisationsbezogene Interventionen, Leitlinien



Gliederung



- Nachsorge
- Arbeitsschutz
- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Organisationsbezogene Interventionen
- Leitlinien

Nachsorge



- Eine jede Einrichtung, die auch psychiatrisch erkrankte Menschen und/oder kognitiv eingeschränkte Menschen versorgt, sollte in der Lage sein, eine adäquate Nachsorge für betroffene Personen anzubieten.
- Betreuen/unterstützen wir Personen, die Ziel eines Übergriffs wurden, nennen wir das Sekundärprävention, da es hierbei um die Verhinderung einer weiteren Verschlimmerung (psychischen Traumatisierung) nach einem gesundheitlich beeinträchtigten Ereignis geht

Wie machen Sie das in ihrem Haus?

Vorfälle melden



- Lassen Sie sich ärztlich untersuchen, wenn Sie verletzt wurden.
- Als professionell Pflegende melden Sie jeden gewalttätigen Vorfall Ihren Vorgesetzten.
- Dokumentieren Sie aggressive oder gewalttätige Situationen sachlich und für Außenstehende klar nachvollziehbar.
- Hilfe für Betroffene - BGW-online (bgw-online.de) nach Gewaltvorfällen.

Ist die Nachsorge ein Trend?



- Tatsächlich hat Nachsorge etwas von Prävention bei posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS)
- Hintergrund sind dabei z.B. terroristische Ereignisse, Naturkatastrophen wie der Tsunami in Südasien oder der Hurrikan „Katrina“
- Die daraus resultierenden Studien lassen sich grundsätzlich von der Bevölkerungsebene auf die Individualebene übertragen

Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)



- Verzögerte psychische Reaktion auf extrem belastende Ereignisse, Bedrohungen oder Katastrophen
- Traumata unterschiedlicher Dauer mit dem Erleben (auch sekundärem Erleben) von Angst, Schutzlosigkeit und Kontrollverlust
- Die Symptome können verzögert, bis zu einem halben Jahr nach erlebtem Trauma-Ereignis auftreten
- Symptome des Wiedererlebens in Flashbacks, Tagträumen und nächtlichen Angstträumen

Was ist eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)



- Symptome des Vermeidens wie emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten, die Erinnerungen hervorrufen
- Häufig mit vegetativer Übererregbarkeit wie Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit
- Ca. 10% von Trauma-Betroffenen erkranken an einer PTBS
- Hilfen: Krisendienst, Psychotherapeuteninformationsdienst

Umgang im Team bei Gefahr einer PTBS



- Betreuungs- und Pflegekräfte in Altenheimen und Psychiatrie gehören zur Hochrisikogruppe ebenso wie beispielsweise Polizisten, Feuerwehrpersonal, Rettungssanitäter oder Lokomotivführer
- Eine kollegiale Unterstützung/Begleitung ist vor allem in der ersten 4 Wochen nach einem Ereignis angezeigt
- Schockphase (1-2 Tage danach):
Hat ein Kollege frei, nach vorheriger Absprache mal anrufen (was macht er grade, hat er sozialen Kontakt, was ist geplant...)
Kommt er aus dem Frei, Interesse an den vergangenen Tagen zeigen, wie hat er geschlafen...

Umgang im Team bei Gefahr einer PTBS



- Akutphase (bis ca. 4 Wochen danach):
Werden Symptome oder Probleme bemerkbar, über die Bewältigung/
Verarbeitung des Ereignisses sprechen. Vereinbarungen über den Rücksprache
Intervall treffen.
- Wichtig ist, innerhalb der Mitarbeiter eine sogenannte „normale Rede“ über die
Gefahr eines Traumas zu etablieren
- **TIPP:** Hat einer der Seelsorger, die ins Haus kommen eine spezielle Weiterbildung
als Notfallseelsorger

Resilienz



- Tendenziell resilientere Menschen haben weniger Risikofaktoren eine
Traumatisierung zu erleiden
- Resilienz:
 - Fähigkeit einer Person, außergewöhnliche Anforderungen und schwierige
Situationen ohne negative Folgen für die psychische Gesundheit zu bewältigen.
 - Umgang mit Stresssituationen
 - Psychosoziale Ressourcen (soziale Unterstützung)
 - Stabile Sozialbeziehungen
- Der aktuelle Forschungsstand bescheinigt stabilen Sozialbeziehungen die besten
Voraussetzungen, Stresssituation zu bewältigen

- **Biophysiologischer Effekt**

- Angstreaktion, PTBS

- **Kognitiver Effekt**

- Erleben von Bedrohung oder Erniedrigung
- Bagatellisierung oder Verleugnen des Vorfalls

- **Emotionaler Effekt**

- Ärger auf Patienten/Bewohner ggf. Kolleg/-innen und die Institution

- **Sozialer Effekt**

- Rückzug von Patienten (Vermeidungsverhalten)
- Kontrollverlust am Arbeitsplatz (Arbeitsplatzwechsel bis hin zur Berufsaufgabe)

Negative kognitive Verarbeitungsmuster (kognitive Verwundbarkeit)

- Negative Ereignisse auf sich beziehen
- Rumination (wiederkehrende quälende Gedanken sich machen, ohne eine Lösung zu finden z.B. Gedankenkreisen, Sorgenneigung)
- Sensibilität für ängstigende Gefühle
- Negative Erwartungshaltung über die Zukunft

Was ist also zu tun?



- Wie läuft das in ihrer Einrichtung?
- Haben Sie für die Nachbesprechung von Aggressionsereignissen eine standardisierte Fallbesprechung?
- Haben Sie für die Dokumentation und Analyse von Aggressionsereignissen eine standardisierte Ereignismeldung?
- Welche Standards zur Reduktion von Aggressionsereignissen sind sinnvoll?
- Wunsch an die Einrichtung: Was ist zu tun?

Gruppenarbeiten:

1. Inhalte der Fallbesprechung
2. Inhalte der Dokumentation
3. Welche Standards sind sinnvoll

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Arbeitsschutz



- Die Grundlage bildet das Arbeitsschutzgesetz. Hier finden sich lediglich allgemeine Formulierungen von Schutzziele
- Weder von staatlicher Seite noch von den Unfallversicherungsträgern (UVT) gibt es Vorschriften und Regeln, die sich explizit mit dem Problem der „aggressiven Verhaltensweisen“ beschäftigen. Es gibt lediglich Informationsschriften und Broschüren, mit überwiegend informativem Charakter wie z.B.:
 - Umgang mit traumatisierenden Ereignissen in Gesundheitsberufen (DGUV-Information 207-012)
 - BGW (Berufsgenossenschaft Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) Broschüren: Gewalt und Aggression in der Pflege – Ein Kurzüberblick, Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

- Das Fehlen von konkreten Vorschriften und Regelungen bedeutet jedoch nicht, dass es den Unternehmen völlig frei gestellt ist, Maßnahmen zu ergreifen.
- Unsere Arbeitgeber sind gesetzlich verpflichtet, eine Gefährdungsanalyse zu erstellen und entsprechende Schutzmaßnahmen unter Beteiligung des Betriebs- oder Personalrats festzulegen.
- Bei der Wahl entsprechender Maßnahmen ist unser Arbeitgeber im Prinzip frei. Er trägt jedoch die Verantwortung für die Wirksamkeit unter Einbezug des Betriebsarztes (arbeitsmedizinische Sicht) und der Fachkraft für Arbeitssicherheit (technische Sicht). Ein Arbeitsschutzausschuss ist zu etablieren, der sich mit dem Arbeitsschutz auseinandersetzen wie z.B. Sicherheitsbeauftragte (DGUV-Vorschrift), Arbeitgeber, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Vertreter des Personal- oder Betriebsrats.

- Folgende Schutzmaßnahmen lassen sich zusammenfassen:
 - Bauliche Maßnahmen
 - Technische Maßnahmen
 - Organisatorische Maßnahmen
 - Personelle Maßnahmen
- Für die Etablierung von Programmen zur Deeskalation und Vermeidung von aggressiven Verhalten, unterstützen in vielen Bundesländern die zuständigen Unfallkassen.

- Wer von Ihnen hat ein Qualitätsmanagementsystem im Haus?
- Wer kennt die Kennzahlen für das Risikomanagement?
- Die Identifikation von Einflussfaktoren für und der Umgang mit Risikopatienten/-bewohner für aggressives Verhalten ist ein wichtiger Baustein – Risikomanagement ist deshalb integraler Bestandteil des EFQM Modells 2020 und nicht zuletzt auch als eigenes Teilkriterium im Modell verankert.
- Dokumentierte Gewaltsituation, angewandter Zwang, erfolgte Nachbesprechungen und alle anderen Arten, von gewalt- und zwangsreduzierenden Interventionen wären als Kennzahlen für das Risikomanagement (QM) geeignet.

- Es gibt keine Patentrezepte für rechtlich korrektes Verhalten → muss immer situationsabhängig beurteilt werden
- Beschäftigte müssen über die Tragweite ihrer Entscheidungen und rechtliche Konsequenzen informiert sein
- Einrichtungsträger müssen unter Berücksichtigung der rechtlichen Bedingungen den Rahmen definieren

- Gesetzliche Bestimmungen dienen dem Schutz der im Gesundheitswesen Tätigen sowie
- Dem Schutz und der Wahrung der Rechte der Bewohner*innen/Patient*innen (Handeln der Tätigen wird beschränkt)
- Entscheidende Grundrechte sind:
 - **Freiheit der Person**
 - **Freie Entfaltung der Persönlichkeit**
 - **Recht auf Leben**
 - **Körperliche Unversehrtheit**
 - Gleichheit vor dem Gesetz
 - Glaubens-, Bekenntnis- und Gewissensfreiheit
 - Freiheit der Meinungsäußerung
 - Schutz von Ehe und Familie
 - Freizügigkeit

- Eine Behandlung gegen den Willen einer Person ist unzulässig
- Sind nur zulässig, wenn eine gesetzliche Grundlage besteht, z.B. wenn die Person krankheitsbedingt nicht die Notwendigkeit der Behandlung sieht bei gleichzeitiger Drohung eines erheblichen gesundheitlichen Schadens (z.B. medikamentöse Zwangsbehandlung)
- Betreuungsrecht in § 1906a BGB (Maßnahmen zum „Wohl des Betreuten“ vorrangig in dessen subjektiven Willen)
- Landesgesetze für die öffentlich-rechtliche Unterbringung (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze = PsychKHG)(Unterbringung bei Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Dritter)

Tatbestände wie Freiheitsberaubung, Nötigung oder Körperverletzung können im Gesundheitswesen bei vielen Maßnahmen erfüllt sein, wie z.B.:

- Isolierung (Absonderung in einem Raum)
- Fixierung, Zwangsmedikation (Sedierung/Psychopharmaka)
- Verschließen von Zimmer, Station/Abteilung
- Abhalten vom Verlassen durch andere Maßnahmen
- Wichtig ist zu prüfen, ob Rechtfertigungsgründe vorliegen!

Rechtfertigungsgründe, die eine Handlung rechtfertigen und somit die Strafbarkeit entfallen lassen sind:

- Notwehr (§ 32)
- Rechtfertigender Notstand (§ 34)
- Einwilligung (§ 228)
- Rechtfertigungsgründe aus dem öffentlichen Landesrecht (PsychKHG)
- Besondere Rechtfertigungsgründe aus dem Betreuungsrecht (insb. §§ 1906, 1906a BGB)

- Eine Rechtsgüterabwägung ist erforderlich („notwehrfähig“ sind vor allem das Leben, die körperliche Unversehrtheit, die Freiheit und Bewegungsfreiheit, Besitz und Eigentum, Intimsphäre und sexuelle Selbstbestimmung)
- Es ist das einfachste, mildeste, erfolgsversprechende Mittel einzusetzen bzw. gerechtfertigt
- Entscheidend für die Beurteilung ist immer die gegenwärtige Gefahrensituation
- Sorgfältige Dokumentation des Einzelfalls und Maßnahmen kann vor strafrechtlichen Folgen oder vor Schadenersatzansprüchen schützen

Unter (rechtlicher) Betreuung stehende Patienten/Bewohner:

- Betreuer haben sich ggf. in umfassender Weise für die Interessen und Belange des Betreuten einzusetzen
- Bevor Maßnahmen ergriffen werden, ist der Betreuer zu beteiligen
- Einwilligung des Betreuers reicht nicht aus, wenn Maßnahme mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko verbunden ist → Bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1904 BGB)
- Nur wenn Aufschub der Maßnahme zur Gefahr führen würde, kann die Maßnahme ausnahmsweise ohne Genehmigung durchgeführt werden!
- Für länger anhaltende Maßnahmen oder regelmäßig wiederkehrende Maßnahmen bedarf es der richterlichen Genehmigung (wie z.B. Bettseitenteile anbringen, Fixierungen etc.)

Organisationsbezogene Interventionen



- Einrichtungsleitung trägt Verantwortung, den Rahmen für einen personenzentrierten, wertschätzenden, respektvollen und konstruktiven Umgang mit Aggression und Gewalt zu setzen
- Beteiligung und Präsenz der Führung an der Umsetzung eines betrieblichen Aggressions- und Sicherheitsmanagements, kontinuierliche Qualifikation und Beteiligung der Mitarbeiter/-innen

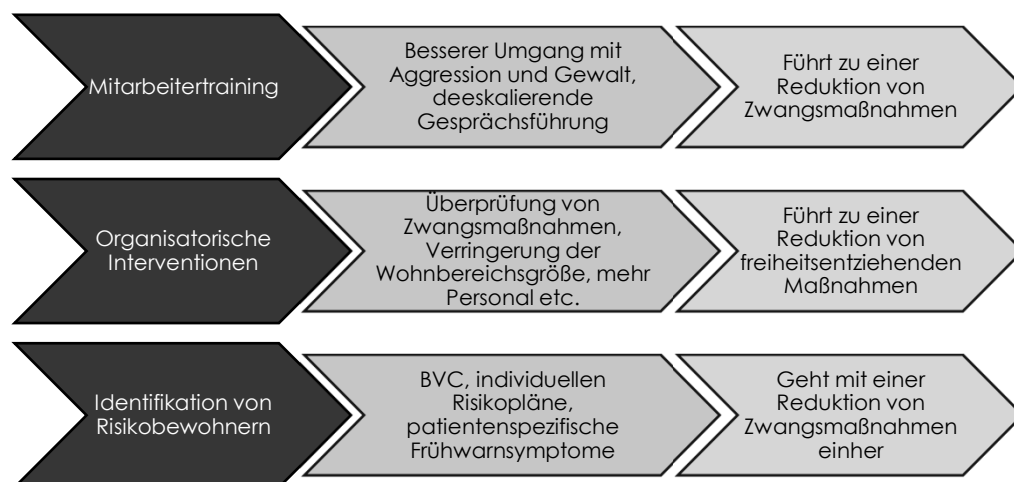
Organisationsbezogene Interventionen (QM)



Kontinuierliches betriebliches Risikomanagement

- Verantwortliche Person/Gruppe definieren
- Kontinuierliche Evaluation und Anpassung der Maßnahmen
- Evidenzbasierung der Interventionen
- Förderung von Wissen und Kompetenz
- Vernetzung und Kooperation
- Fallbesprechungen und Nachsorge
- Dokumentation und Analyse
- Lernende Organisation

- Differenzierte Betrachtung der Ursachen für das Auftreten von Aggression ist grundlegend
- Führung muss dafür Verantwortung übernehmen
- Führung muss für klare Haltungen und klare Ziele sorgen
- Realistische Situations- und Risikoeinschätzung ermöglichen
- Daraus geeignete Interventionen ableiten, für deren Implementierung sorgen und deren Wirksamkeit überprüfen



Wirksamkeit von Interventionen zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen



ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Organisationsbezogene Interventionen



Das Ziel: Sicherheit, Klarheit und Orientierung im Denken, Fühlen und Handeln für Personal, Bewohner/-innen und Besucher

→ **Kultur des respektvollen, würdevollen und verantwortungsvollen Miteinanders**

Die Bausteine

Hinterlegte Praxisleitlinien	Notfallpläne, Notfallübungen	Personalentwicklung und -schulung	Teilen und Nutzen von Informationen	Beschwerdemanagement	Nachsorge und Nachgespräch nach Vorfall
Verantwortung, Führungsverhalten, Management	Klare Regeln und Grenzen	Angemessene Ressourcen und Aktivitäten	Individuelle Behandlungs-/Betreuungsplanungen	Gestaltung von Gebäude und Räumen	Einbinden von Nutzer*innen und Angehörigen
Anleitung, Begleitung und Beratung in der Alltagspraxis	Risikomanagement	Mitarbeiter gewinnen und halten	Therapeutische Umgebung	Positive Programmgestaltung	Richtlinien, Verfahrensabläufe, Dokumentation

Das Fundament: Vertrauen – offene Kommunikation – Unterstützung und Entwicklung – Zuversicht und Kontinuität

Die sichere Institution, Paterson et al. 2005

ClarCert GmbH

www.clarcert.com

Leitlinien/Expertenstandards:

- <https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>
- <https://www.leitlinien.de/nvl/>
- <http://www.dnqp.de/>

Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege:

- https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche_dguv/fb-gib/psyche/begriffe.pdf
- (www.bgw-online.de/gewalt)
- [Qualifizierung und Beratung - Qualifizierung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainerinnen und Deeskalationstrainern - BGW-online \(\[bgw-online.de\]\(http://bgw-online.de\)\)](#)
- [Qualifizierung und Beratung - Qualifizierung von kollegialen Erstbetreuerinnen und -betreuern - BGW-online \(\[bgw-online.de\]\(http://bgw-online.de\)\)](#)
- [Selbsteinschätzung „Kollegiale Erstbetreuung“, Stand: 04/2020 \(\[bgw-online.de\]\(http://bgw-online.de\)\)](#)

Weitere interessante Quellen:

- <http://zqp.de/> → ZQP-Broschüre mit Praxistipps zum Umgang mit Konflikten und Gewalt zwischen Bewohner*innen und Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen; ZQP-Onlineportal mit Informationen und Tipps zur Gewaltprävention in der Pflege sowie Kontaktdaten von Krisentelefonen und Beschwerdestellen in der Pflege: www.pflege-gewalt.de
- Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, 2. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe, 2019

Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

