

Liebe Leserin, lieber Leser,

es folgen nun auszugsweise einige Beispielseiten aus unserer Broschüre:

„Professionelles Deeskalationsmanagement in Einrichtungen für betagte oder schwerstpflegebedürftige Menschen, Menschen mit Demenz oder chronischen psychischen Erkrankungen“.

Der vorliegende Praxisleitfaden gibt Verantwortlichen und Beschäftigten Hinweise und Anregungen, wie mit dem Thema „Gewalt und Aggression“ professionell und fachkundig umgegangen werden kann und welche Voraussetzungen in der Einrichtung vorhanden sein müssen.

Mit folgender Leseprobe haben Sie die Möglichkeit sich einen ersten Eindruck über die Inhalte zu machen.

Bei Interesse können sie das vollständige Exemplar (Din A4, 116 Seiten) zum Preis von 16,00 Euro (zzgl. Versandkosten: 2,20 Euro) bei uns bestellen.

Herzliche Grüße
Ralf Wesuls



Ralf Wesuls
Ingeborg Thurner-Dierolf
Uwe Pester
Christa Dauber

Praxisleitfaden

zum Umgang mit Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen

Professionelles Deeskalationsmanagement

in Einrichtungen für **betagte** oder schwerstpflegebedürftige Menschen,
Menschen mit Demenz oder chronischen psychischen Erkrankungen

Institut
für Professionelles
Deeskalationsmanagement

Inhalt

Vorwort	4
Ein herzliches Dankeschön	5
Erläuterungen	5
Abkürzungen	5
I. Einführung	9
1. Gewalt und Aggressionen in menschlichen Systemen	9
2. Gewalt und Aggressionen in den Gesundheitsberufen	9
3. Verbreitung von Aggression im Altenhilfebereich	11
II. Theoretische Grundlagen	16
1. Begriffsdefinitionen	16
1.1 Deeskalation	16
1.2 Ärger, Wut und Empörung	16
1.3 Aggression	16
1.4 Herausforderndes Verhalten	18
1.5 Abwehrendes Verhalten	18
1.6 Befremdliches Verhalten	19
1.7 Gewalt	19
1.8 Abgrenzung der Begriffe und Definitionen	21
2. Aggressionstheorien, Arten und Formen von „AHAB-Verhaltensweisen“	24
2.1 Aggressionstheorien	24
2.2 Arten von AHAB-Verhaltensweisen	24
2.3 Formen von Aggressionen	25
3. Das Präventionskonzept Professionelles Deeskalationsmanagement®	27
3.1. Deeskalation und Deeskalationsmanagement	27
3.2. Das Stufenmodell® der Deeskalation	28
III. Deeskalation in der Praxis	31
Deeskalationsstufe I	31
1. Aggressionsauslösende Reize	32
1.1 Stationsregeln, Hausordnung und Gewohnheiten im Umgang mit betagten und pflegebedürftigen Menschen -> strukturelle Gewalt	32
1.2 Aufgezwungene Werte und Einstellungen	34
1.3 Hohe Fremdbestimmung, zu wenig Autonomie und Mitbestimmung	34
1.4 Verhinderte aktuelle Bedürfnisbefriedigung	35
1.5. Ungünstige Verhaltensweisen, Interaktions- und Kommunikationsmuster von Pflegenden	36
1.5.1. Unangemessene Annäherung und Unterstützung bei pflegerischen Handlungen und Bewegungsabläufen	36
1.5.2. Unangemessener Umgang mit Betreuten	36
1.5.3. Frustrationserlebnisse	36
1.5.4. Nichtbeachtung von Schamgefühl	37
1.5.5. Überforderung und Stress der Betreuten	37
1.5.6. Drohungen und Bestrafungen	37
1.6. Aversionen und Trigger	38

Deeskalationsstufe II	39
1. Subjektive Wahrnehmungsprozesse und deren Auswirkungen	39
1.2. Die Entstehung eines zu großen Appellohres und die Folgen	40
1.3. Die Entstehung eines großen Beziehungsohres und die Folgen	42
1.4. Lösungen: Die Wahrnehmung auf dem Selbstoffenbarungsohr	43
1.5. Beziehungsmuster	45
2. Der systemische Eskalationskreislauf/Deeskalationskreislauf	46
3. Macht	48
4. Eigenes Aggressionspotential	50
Deeskalationsstufe III	51
1. Individuelle Ursachen und Beweggründe	51
1.1. AHAB-Verhaltensweisen aufgrund von gerontopsychiatrischen oder neurologischen Erkrankungen sowie neuropsychologischen Störungen	52
1.2. Psychologische Ursachen und Beweggründe von AHAB-Verhaltensweisen	58
2. Anwendung und Nebenwirkungen von Medikamenten (Hülsewede, 2008)	64
3. Systemische Ursachen von AHAB-Verhaltensweisen	66
Deeskalationsstufe IV	73
1. Grundregeln der Deeskalation	73
2. Verbale und nonverbale Deeskalationstechniken	76
2.1. Verbale Deeskalation I bei Betreuten mit keinen, leichten oder mittleren kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen	76
2.1.1. Die Situation des Betreuten	76
2.1.2. Die Deeskalationsphasen	77
2.1.3. Eigene Gefühle und Solidarität zeigen	82
2.1.4. Reaktionen auf negative Entwicklungen in der Deeskalation	83
2.1.5. Vorsicht vor zu großem Ehrgeiz	83
2.1.6. Deeskalation von Betreuten mit Halluzinationen oder psychotischem Wahnerleben	88
2.2. Verbale Deeskalation II bei Betreuten mit schweren kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen	91
Deeskalationsstufe V	98
1. Vermeidungstechniken/Sichere Annäherung	98
2. Verletzungsfreie und schonende Löse- und Abwehrtechniken	105
Deeskalationsstufe VI	108
1. Schonende Begleittechniken	108
2. Immobilisationstechniken (4-SIK®)	109
Deeskalationsstufe VII	110
1. Kollegiale Erstbetreuung	110
2. Professionelle Nachbearbeitung	111
IV. Professionelles Deeskalationsmanagement in Institutionen (ProDeMa®)	112
Das ProDeMa® Schulungskonzept	113
Literaturliste und Quellennachweise	114
Impressum	115

I. Einführung

1. Gewalt und Aggressionen in menschlichen Systemen

Zusammenleben und Zusammenarbeit ohne Gewalt und Aggressionen wäre etwas Wunderbares!

Diesen Wunsch äußern viele von uns, er wird aber ein Traum bleiben. Gründe und Ursachen hierfür sind sehr komplex, da jeder Mensch auf Grund seiner Erfahrungen, seiner Erlebnisse, seiner Persönlichkeit und seiner Werthaltung unterschiedlich auf Ereignisse und Situationen reagiert und handelt. Unterschiedliche Interessen erzeugen immer wieder Konflikte, die auch sehr stark emotional besetzt sein können.

In jedem menschlichen System (Familie, Dorf, Verein, Arbeitsplatz, etc.) entstehen aggressive Verhaltensweisen aus dem wechselseitigen Aufeinanderwirken der jeweiligen Beteiligten.

Es wird also kein gewaltfreies Zusammenleben und -arbeiten geben. Für die Art und Weise wie wir mit unserer eigenen Gewaltbereitschaft und Aggressivität umgehen und auf die Gewalt und Aggression unserer Mitmenschen reagieren, lassen sich aber Lösungen finden, die den Wunsch auf und das Bedürfnis nach einem besseren Miteinander erfüllbar machen.

2. Gewalt und Aggressionen in den Gesundheitsberufen

Aus der Verantwortung für das Wohl der Betreuten und der Betreuenden ergibt sich eine besondere Notwendigkeit für Institutionen/Einrichtungen im Gesundheitswesen, Wissen und Kompetenzen zum Thema „Umgang mit Gewalt und Aggressionen“ zu vermitteln.

Die Tätigkeit in der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen ist geprägt von hoher Belastung im psychischen wie im physischen Bereich.

Zeitdruck, sowie ein hohes Maß an Verantwortung, Überlastung und Überforderung durch oft nicht ausreichende Personalschlüssel, die Konfrontation mit Leid, Trauer und Tod, Teamkonflikte, Organisations- und Führungsprobleme sind Stressoren.

Hinzu kommt die Situation der kontinuierlichen Überprüfungsoption der Institutionen durch externe Organe wie z.B. MDK oder Heimaufsicht. Diese Überprüfungen erfolgen jährlich und unangekündigt.

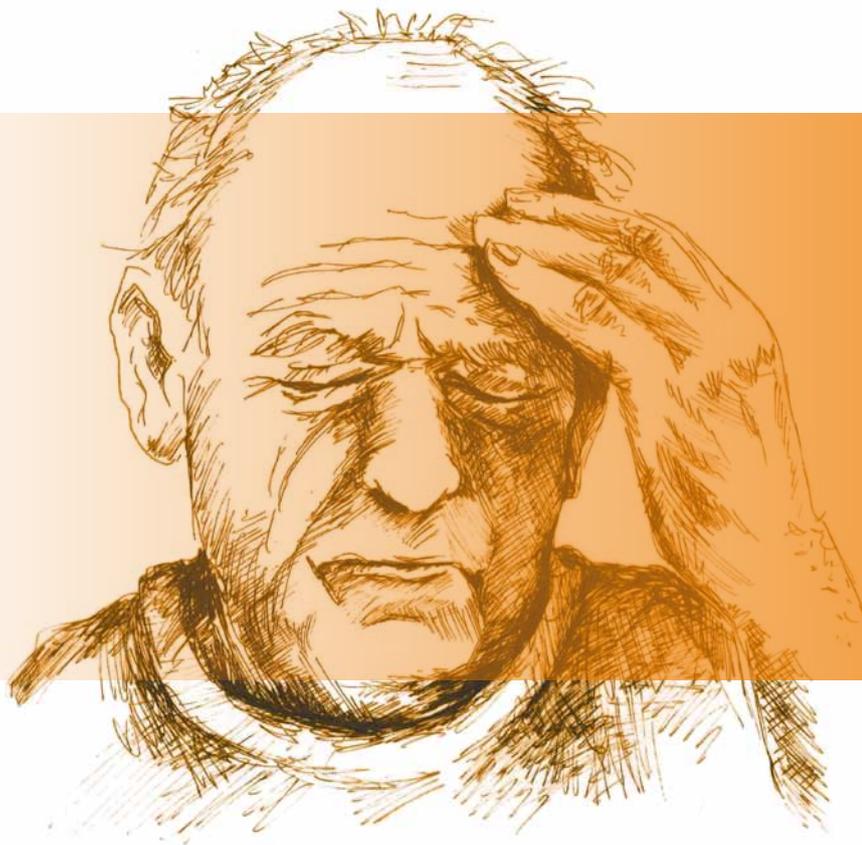
Für alle Beschäftigten einer Einrichtung/Institution bedeutet dies kontinuierliche Anspannung. Diese Stressoren/Stressauslöser fördern die Entstehung von Aggressionen bei Beschäftigten, die sich gegen KollegInnen, gegen Führungskräfte, gegen Betreute und/oder gegen sich selbst richten können.

Problematische Helferbeziehungen, eingeschränkte oder fehlende Kommunikationsmöglichkeiten (z.B. bei neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen) und hohe Erwartungshaltungen aneinander führen zu Spannungen bei Pflegenden und Betreuten.

Betreuende und Betreute entwickeln im Laufe der Jahre im „alltäglichen Zusammenleben“ Beziehungen, die eher privaten als professionellen Beziehungsmustern ähneln. Dies führt dazu, dass Kommunikations- und Verhaltensweisen von Betreuten sehr persönlich genommen und als aggressive Verhaltensweisen fehlinterpretiert werden, da eine professionelle Sichtweise nicht mehr möglich erscheint.

Die Art und die Häufigkeit der Verletzungen der Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen zeigen, dass die Schulung und das Training von verbalen Deeskalationstechniken, in Verbindung mit sinnvollen und schonenden Körperinterventionstechniken, notwendig sind.

Aggressive Vorkommnisse werden häufig gar nicht oder nur sehr flüchtig ausgewertet. Eine Nachbereitung von Vorfällen mit dem Ziel, Beschäftigten oder dem Team einen Erkenntnis- oder Lernzuwachs zu ermöglichen, ist sinnvoll und nachhaltig für das weitere pflegerische Handeln. (Von Übergriffen betroffene Beschäftigte benötigen kompetente Nachsorge, um eine manifeste/chronische Traumatisierung zu vermeiden und möglichst unbelastet wieder bzw. weiter arbeiten zu können).



Aggressive Vorkommnisse werden häufig gar nicht oder nur sehr flüchtig ausgewertet

Im Arbeitsumfeld ergeben sich täglich Verletzungen durch vermeintlich „geringfügige“ Aggressionen wie Sticheleien, verletzendes Bemerkungen, Ignoranz, üble Nachrede, sexuelle Anspielungen, Abwertungen, Kränkungen, Vorwürfe, Drohungen, Streitereien, Beschimpfungen, Beleidigungen u.v.m. Häufen sich diese Geschehnisse, bildet sich ein aggressives Milieu.

Aggression im Arbeitsumfeld kann jeden treffen: Betreute, Betreuende, Pflegendes, ärztliches Personal, Pflegedienst-, Einrichtungs- sowie Geschäftsleitung.

Nur gut geschultes Personal kann die Entstehung von Aggressionen im System einer Institution erkennen, vermindern oder verhindern. Kontinuierliche Anleitung und Ausbildung von Personal führt zu professionellem Handeln in angespannten Situationen und deeskalierendem Umgang mit Betreuten, die abwehrende, herausfordernde oder aggressive Verhaltensweisen zeigen.

Ein Teil der Gewaltanwendungen im Gesundheitswesen ist notwendig und ethisch begründbar. Diese legitimierte Gewaltanwendungen sind Zwangsmaßnahmen, für deren Anordnung und Durchführung es drei Legitimationsgründe gibt:

- Selbst- oder Fremdgefährdung
- Gewährleistung der Aufsichtspflicht bei Unterbringungsbeschluss
- Behandlungsmöglichkeit bei mangelnder Krankheitseinsicht

Die Notwendigkeit der Anwendung von Gewalt im Sinne der obigen Definition ohne eine dieser Legitimationen ist nicht statthaft oder zumindest fragwürdig.

BEISPIEL

Eine alte Dame in einer Pflegeeinrichtung wird lediglich auf Grund der Routineabläufe bereits am Nachmittag zu Bett gebracht, obwohl sie das nicht möchte; der Rollstuhl eines lebhaften, sehr mobilen Betreuten wird fest arretiert, damit er besser zu beaufsichtigen ist; eine Bewohnerin einer Pflegeeinrichtung wird genötigt am gemeinsamen Essen teilzunehmen, obwohl sie dort nicht sitzen möchte; eine hochbetagte . . . usw.

Da es aus Sicht der Betreuten völlig unerheblich ist, ob die (von ihnen) subjektiv erlebten Gewaltanwendungen legitimiert sind oder nicht, befinden sich Pflegepersonen in einem nicht zu unterschätzenden Dilemma, auch sie geraten in innere Not und fühlen sich mitunter hilflos.

Die Entscheidung, notwendige pflegerische oder medizinische Maßnahmen auch gegen den Willen/Wunsch des Betreuten durchzusetzen/umzusetzen, bedeutet immer, mit einer Gegenwehr, mit abwehrenden oder aggressiven Verhaltensweisen rechnen zu müssen. Die Reaktion auf subjektiv erlebte Gewaltanwendungen kann direkt erfolgen, es besteht allerdings auch die Möglichkeit, dass aggressive Verhaltensweisen aufgestaut werden und sich zu einem späteren Zeitpunkt „entladen“.



Pflegepersonen befinden sich in einem nicht zu unterschätzenden Dilemma

Durch Befragungen von Patienten in der Psychiatrie wissen wir, dass ein einzelner Patient im Laufe eines Tages ca. sechzig mal subjektiv Gewalt im Sinne der oben aufgeführten Definition erlebt, entweder an sich selbst oder an Mitpatienten beobachtet.

3.2. Das Stufenmodell® der Deeskalation

Das folgende Stufenmodell® der Deeskalation unterscheidet sieben verschiedene Stufen. Jede dieser Stufen ist ein unverzichtbarer Baustein für einen bestmöglichen Umgang mit Gewalt und Aggression in einer Institution.

Das Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggressionen

Deeskalationsstufe I:	Verhinderung der Entstehung von Gewalt, aggressivem oder abwehrendem Verhalten durch systematische Verminderung auslösender Reize
Deeskalationsstufe II:	Veränderung der Sichtweisen und Einstellungen zu aggressiven Verhaltensweisen durch Reflexion der eigenen Wahrnehmungs-, Interpretations- und Bewertungsprozesse
Deeskalationsstufe III:	Vertieftes Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver, herausfordernder, abwehrender und befremdlicher Verhaltensweisen von betreuten Menschen
Deeskalationsstufe IV:	Verbale und nonverbale Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hocherregten, hochgespannten und verbal oder körperlich agierenden betreuten Menschen
Deeskalationsstufe V:	Vermeidungstechniken/Sichere Annäherung Verletzungsfreie und schonende Löse- und Abwehrtechniken bei An- und Übergriffen von betreuten Menschen
Deeskalationsstufe VI:	Verletzungsfreie und schonende Begleit- und Immobilisations-techniken bei extremer Selbst- oder Fremdgefährdung von betreuten Menschen
Deeskalationsstufe VII:	Kollegiale Erstbetreuung, Nachsorge und Nachbereitung von Vorfällen mit dem Ziel der Tertiärprävention

Verbale und nonverbale Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten oder hocherregten Menschen

Das wichtigste Ziel einer verbalen Deeskalation ist die Verhinderung von Eskalationen, die zu Übergriffen und damit zu Verletzungen führen können. Ein weiteres Ziel ist es, dem Betreuten in seiner inneren Not zu helfen. Eine Deeskalation ist dann erfolgreich, wenn Anspannung oder die Erregung des Betreuten abnehmen und es gelingt, Lösungen für seine aktuelle Befindlichkeit zu finden oder ihm begleitend beizustehen.

1. Grundregeln der Deeskalation

Die nachfolgenden acht Grundregeln der Deeskalation beinhalten alle wesentlichen Aspekte, die vor oder während eines deeskalierenden Kontakts mit einem zu Betreuenden zu berücksichtigen sind.

- Wehret den Anfängen
- An die eigene Sicherheit denken
- Sichere Annäherung an den Betreuten
- Auf die eigene Körpersprache, Mimik oder Gestik achten
- Herstellen von Augenkontakt
- Nicht provozieren lassen
- Wertschätzende Haltung statt Vorwürfe, Ermahnungen oder Drohungen
- Deeskalation hat Vorrang, immer und überall

Wehret den Anfängen

Schon in der Entstehung von erstem Unmut, Angespanntheit, Unruhe oder Gereiztheit soll eine deeskalierende Intervention erfolgen. Sehr häufig werden die ersten Anzeichen drohender Eskalationen jedoch nicht wahrgenommen bzw. nicht ernst genommen. Je später eine Deeskalation erfolgt, desto schwieriger wird die Situation. Je früher Sie reagieren, desto besser!

In der Regel gibt es Frühwarnsignale, die auf eine hohe Anspannung und Erregung eines Betreuten hinweisen:

- Psychomotorische Erregung, gesteigerte Aktivität
- Gesteigerte Unruhe, zielloses Agitieren
- Erhöhte Körperanspannung
- Verzerrte Gesichtszüge, verkrampfte Hände
- Schwitzen
- Starrer oder abwesender Blick
- Gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke

BEISPIEL

Frau Stephan: „Das ginge?“

Frau Petersen: „Ja, das ließe sich einrichten.“

Frau Stephan: „Das wäre toll.“

Beide schweigen eine Zeit lang.

Frau Stephan: „Habe ich Frau Liebermann verletzt?“³⁰

Frau Petersen: „Ich glaube schon.“

Frau Stephan: „Das wollte ich nicht. Es tut mir leid.“

Frau Petersen: „Ich werde es Frau Liebermann ausrichten. Ich denke, wir sollten darüber später oder morgen noch einmal reden.“³¹

In der Nachbearbeitung gelingt es, dass sowohl Frau Stephan als auch Frau Liebermann die Reaktionen des jeweils Anderen besser verstehen können. Frau Liebermann wurde zum Glück nur leicht verletzt, stand aber etwas unter Schock. Ihr wurden kollegiale Erstbetreuung und Nachsorgemöglichkeiten angeboten, die sie angenommen hat. Frau Stephan entschuldigt sich am nächsten Tag bei Frau Liebermann, schämt sich für ihre Reaktion und will es wieder gut machen. Frau Liebermann nimmt sich vor, in Zukunft mehr auf die Wünsche und Bedürfnisse der betreuten Menschen zu achten.

³⁰ Nun, da ihre innere Not erkannt und bearbeitet wurde, kann Frau Stephan von selbst ihr Verhalten reflektieren und zeigt Reue und Scham.

³¹ Es wäre durchaus möglich, jetzt schon mit der Nachbearbeitung zu beginnen. Empfehlenswert ist es jedoch, ein paar Stunden oder Tage vergehen zu lassen.

Eine hohe Motivation und anhaltende Geduld sind Grundlagen einer guten Deeskalation. Wollen Sie allerdings den Betreuten auf Biegen und Brechen deeskalieren, setzen Sie sich und den Betroffenen unter einen starken Druck, die Deeskalation kann in einen Machtkampf ausarten. Signalisiert der Betroffene deutlich, dass er den Kontakt gerade nicht möchte, keine weiteren Widerspiegelungen oder Fragen erträgt, müssen Sie loslassen können. Sie laufen sonst Gefahr, dass der Betreute übergriffig werden muss, um endlich sein Bedürfnis nach z.B. Ruhe zu bekommen.

2.1.6. Deeskalation von Betreuten mit Halluzinationen oder psychotischem Wahnerleben

Bei betreuten Menschen mit Wahnerleben dürfen die gesehenen, gehörten oder empfundenen Wahninhalte niemals widerspiegelt werden. Auch darf das Wahnerleben des Betreuten nicht negiert werden, in dem man versichert, dass da nichts und niemand ist.

Bestreiten Sie die Wahninhalte, drohen Eskalationen, die auch zu Übergriffen/Angriffen führen können. Die Deeskalation konzentriert sich ganz auf die Widerspiegelung und die Begleitung der Angst, die durch jedes Wahnerleben entsteht (außer bei Größenwahn bzw. der Manie). Für das Gelingen der Deeskalation ist der Augenkontakt zwischen dem Betreuten und dem Betreuenden das wichtigste Element. Kontakt und Wahninhalte können nicht gleichzeitig erlebt werden. Je besser es Ihnen gelingt, intensiven (Augen-) Kontakt zum Betreuten mit Wahnerleben herzustellen, desto eher verschwinden die Wahninhalte für die Dauer des Kontakts. Viele Deeskalationen mit akut psychotischen Menschen sind deshalb von einem intensiven und anhaltenden Ringen um Kontakt geprägt. Ist der Kontakt für Momente vorhanden, sorgt man in diesen mit einer aktiven Sicherheitsstrategie dafür, dass der Betreute sich jenseits der bedrohlichen Wahninhalte sicher fühlen kann. Die Konkretisierungsphase entfällt.

Den freien Arm fixiert die Pflegekraft mit ihrem Arm, so hat der Betreute Halt und die Pflegende kann sich sicher fühlen.



Nun wird der Oberkörper über den Ellbogen nach oben bewegt, ein Impuls am Becken initiiert die Bewegung des Brustkorbs über das Becken.



Die Sitzposition wird abschließend durch Körperkontakt gesichert. Das Halten der Hände ist lediglich eine Vorsichtsmaßnahme um der Angst des Betreuten, nach hinten oder zur Seite zu kippen vorzubeugen.

Sicheres Bewegen aus dem Bett in einen Rollstuhl und zurück ins Bett

(Bsp. bei Halbseitenlähmung)

Für einen Transfer vom Bett z.B. in den Rollstuhl wird das Bett tiefer gestellt, um den Füßen des Betreuten sicheren Bodenkontakt zu ermöglichen. Der Betreute wird an die Bettkante bewegt, seine beiden Hände werden nacheinander auf einer Körperseite positioniert. Dadurch wird die andere Körperseite vom Gewicht entlastet. Das Aufstützen mit den Händen ermöglicht dem Betreuten größtmögliche Eigenkontrolle und das Gefühl mithelfen zu können. Die Pflegende hat es nun einfach, das Becken nach vorne zur Bettkante hin zu bewegen. Ein weiterer Vorteil dieser Vorgehensweise besteht darin, dass der Betreute seine Hände nicht frei hat, um sich an der Pflegekraft oder am Bett festzuklammern und dadurch den Transfer eher zu erschweren.



Durch seine aktive Mitarbeit ist der Betreute beschäftigt und die Pflegende weniger gefährdet.

Besonders Patienten mit Schlaganfall haben häufig sensomotorische Störungen, die sich in einer kinästhetischen Wahrnehmungsstörung äußern. Diese Einschränkung macht Betreuten große Angst vor Bewegungsabläufen.

Leidet der Betroffene zusätzlich unter einer Aphasie, fühlen sich diese Menschen oft derart hilflos und ausgeliefert, dass abwehrendes Verhalten bei Transfers fast unumgänglich erscheint.