

**Qualitätssicherung in der Ausbildung innerbetrieblicher
Deeskalationstrainerinnen und –trainer durch die Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege**

Endbericht der Fokusgruppenbefragung in der Behindertenhilfe und in Kliniken

Dirk Richter

Verfasser:

Prof. Dr. Dirk Richter

Tellplatz 5

CH-3014 Bern

Schweiz

Tel. dienstl. +41 31 848 3768

Tel. privat +49 151 2011 3118

E-Mail: dirk.richter@bfh.ch

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung.....	3
1. Einleitung	4
2. Die Trainingsmaßnahme.....	5
3. Methode	7
3.2 Methodisches Vorgehen	9
3.3 Teilnehmerinnen und Teilnehmer	10
3.3.1 Erhebungsrunde 1: Einrichtungen der Behindertenhilfe	10
3.3.2 Erhebungsrunde 2: Kliniken	11
4. Ergebnisse	11
4.1 Erhebungsrunde 1	11
4.1.1 Motivation zur Teilnahme der Einrichtung	11
4.1.2 Bewertung der Trainerausbildung.....	12
4.1.3 Bewertung des Konzeptes.....	13
4.1.4 Bewertung der Didaktik	13
4.1.5 Organisatorische Umsetzung in den Einrichtungen.....	14
4.1.6 Rolle der Trainerinnen und Trainer.....	17
4.1.7 Erfahrungen der Endnutzer	18
4.1.8 Gesamtbewertung der Maßnahme durch die Fokusgruppen	19
4.2 Erhebungsrunde 2	20
4.2.1 Motivation zur Teilnahme der Einrichtung	21
4.2.2 Bewertung der Trainerausbildung.....	21
4.2.3 Bewertung des Konzeptes.....	22
4.2.4 Bewertung der Didaktik	22
4.2.5 Organisatorische Umsetzung in den Einrichtungen.....	23
4.2.6 Rolle der Trainerinnen und Trainer.....	24
4.2.7 Erfahrungen der Endnutzer	25
4.2.8 Gesamtbewertung der Maßnahmen durch die Fokusgruppen	27
5. Diskussion und Schlussfolgerungen	27
5.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die BGW	29
6. Literatur.....	30

0. Zusammenfassung

Der nachfolgende Bericht fasst die Resultate einer Qualitätssicherungs-Studie über die von der BGW geförderte Ausbildung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainerinnen und –trainern zusammen. Die Ausbildung erfolgte in Abstimmung mit der BGW durch das ‚Institut für professionelles Deeskalationsmanagement‘ (ProDeMa). Zur Evaluation der Maßnahme wurden insgesamt 10 Fokusgruppen in den Bereichen Behindertenhilfe und Kliniken durchgeführt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den Fokusgruppen waren die ausgebildeten Trainerinnen und Trainer, von ihnen trainierte Endanwender sowie Einrichtungsvertreter mit Leitungsfunktionen.

Übereinstimmend wurde von den Teilnehmern sowie von den Einrichtungen die gesamte Maßnahme als großer Erfolg beschrieben. In vielen teilnehmenden Einrichtungen wurde erlebt, dass sich der Umgang mit der Aggressionsthematik deutlich positiv veränderte, eine deeskalierende Atmosphäre umgesetzt wurde und die Trainerinnen und Trainer oftmals eine veränderte Rolle in der Einrichtung wahrnahmen.

Auffällig war während der Befragungen allerdings die relativ große Heterogenität in der Umsetzung in den Einrichtungen. Dies betrifft die Intensität, Dauer, Organisationsform und Freistellung der Trainer. Es wird empfohlen, eine standardisierte Einführung des Trainings in den Einrichtungen durch die BGW vorzunehmen.

1. Einleitung

Die Thematik des aggressiven Verhaltens von Patientinnen und Patienten bzw. Klientinnen und Klienten gegenüber Mitarbeitenden wird in vielen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens zunehmend diskutiert. Während diese Thematik in psychiatrischen Kliniken schon seit längerer Zeit bearbeitet wird, stehen andere Sektoren wie die Behindertenhilfe oder somatische Kliniken derzeit erst am Beginn hinsichtlich der Primär- und Sekundärprävention aggressiver Ereignisse.

Zur Unterstützung der Prävention in ihren Mitgliedsbetrieben hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ein Trainingsprogramm gemeinsam mit dem ‚Institut für professionelles Deeskalationsmanagement‘ (ProDeMa), entwickelt. Auf der Basis von langjährigen Erfahrungen dieses kommerziellen Trainingsanbieters aus psychiatrischen Einrichtungen wurde ein Programm konzipiert, das auf die Besonderheiten in der Behindertenhilfe sowie in somatischen Kliniken adaptiert wurde.

Die von ProDeMa konzipierte Maßnahme wurde in der Behindertenhilfe als erstem Sektor eingeführt. Die nachfolgend beschriebenen Ergebnisse der Qualitätssicherung dieser Maßnahme beziehen sich ausschließlich auf diesen Bereich.

Die Evaluation derartiger Trainingsprogramme ist ein schwieriges methodisches Unterfangen. Der Verfasser hat im Auftrag der BGW eine systematische Literaturübersicht über die quantitativ messbaren Effekte von Aggressionsmanagementprogrammen vorgenommen. In dieser Arbeit wird auf die erheblichen methodischen Probleme der Effektmessung solcher Programmen eingegangen [1]. So sind die meisten der bisher vorgelegten Studien auf der Basis der Beobachtung der trainierten Personen vorgenommen worden. In Vorher-Nachher-Vergleichen (auch im Vergleich mit einer Kontrollgruppe) sind sehr uneinheitliche Resultate zu Tage getreten. Nicht wenige Studien berichteten einen Anstieg der Aggressionsereignisse nach dem Training, was vermutlich auf ein Beobachter- und Sensibilisierungsproblem zurückzuführen ist. Das Ausschalten eines solchen methodischen Fehlers würde beispielsweise den Einsatz

unabhängiger Beobachter erfordern oder aber eine aufwändige Datenerfassung über einen längeren Zeitraum (Wochen bis Monate) hinweg, um zu einem aussagekräftigeren Ergebnis zu gelangen. Auf jeden Fall würde eine quantitative Erhebung mit dem Ziel der Vermeidung der methodischen Probleme einen großen finanziellen Aufwand erfordern.

Aus diesen Gründen hat sich die BGW für ein qualitatives methodisches Vorgehen entschieden. Mit Hilfe sog. Fokusgruppen (Details siehe unten) ist weniger eine Evaluation als vielmehr eine Qualitätssicherung der oben beschriebenen Maßnahme erfolgt. Diese Qualitätssicherung verfolgte im Wesentlichen die Beantwortung der folgenden Kernfragen:

1. Inwiefern fühlen sich die Trainingsteilnehmer/-innen durch die Ausbildung ausreichend qualifiziert?
2. Inwiefern fühlen sich die Endnutzer, d.h. die trainierten Kolleginnen und Kollegen, durch das Training qualifiziert und konnten ihre Kompetenzen erweitern?
3. Inwiefern konnten ein professionelles innerbetriebliches Deeskalationsmanagement aufgebaut und Veränderungen auf Organisationsebene erzielt werden?

2. Die Trainingsmaßnahme

Die Details der Trainingsmaßnahme können an dieser Stelle nicht ausführlich beschrieben werden. Entsprechende Unterlagen von ProDeMa liegen allen Beteiligten vor. Zusammenfassend verfolgte die Maßnahme folgende Ziele: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Trainingsmaßnahme sollten

- Kolleginnen und Kollegen (Endanwender) im Betrieb zum professionellen Umgang mit Gewalt und Aggression schulen können,
- mit den vor Ort von Gewalt und Aggression Betroffenen Handlungsstrategien zum Umgang mit Gewalt und Aggression erarbeiten können,
- die innerbetrieblichen Veränderungsprozesse fördern können. Dazu zählen unter anderem die Durchführung einer Gefährdungsermittlung, die Planung und Durchführung von Schulungen, die Etablierung innerbetrieblicher Nachsorgekonzepte (z.B. Nachsorgegespräche).

3. Methode

3.1 Fokusgruppe als Erhebungsmethode

Das Instrument der Fokusgruppe wird üblicherweise der qualitativen Sozialforschung zugerechnet. Fokusgruppen entstammen der Medien- und Kommunikationsforschung der Nachkriegszeit. Sie wurden erstmals in den 1940er-Jahren durchgeführt, um die Effekte der Kriegspropaganda der US-amerikanischen Regierung zu überprüfen [2]. Bis heute werden Fokusgruppen in vielen Bereichen der empirischen Sozialforschung eingesetzt, beispielsweise in der Markt- und Konsumforschung oder der Wahlforschung. Einem breiten Publikum wurden diese Befragungen durch den verbreiteten Einsatz während der US-amerikanischen Präsidentschaftswahlen bekannt, wo etwa die Wirkung des Auftretens der Kandidaten in TV-Debatten anhand dieser Methode überprüft wird. Auch im Gesundheitswesen erfreut sich die Fokusgruppe seit einigen Jahren zunehmender Beliebtheit [3, 4]. In der deutschen Sozialforschung wurde dieses Instrument bis vor wenigen Jahren als Gruppendiskussion bezeichnet.

Mit ihrem Zwilling, dem fokussierten Interview, hat die Fokusgruppe gemeinsam, dass der Befragung ein Leitfaden zugrunde liegt, in dem die Forschungsfragen aufgelistet sind. Anders als beim sog. narrativen Interview, wo der Respondent im Wesentlichen die Richtung der Befragung bestimmt, wird bei der Fokusgruppe das Ziel der Befragung durch den Interviewer bzw. Moderator verfolgt. Gleichzeitig wird anhand der Fragen versucht, eine Diskussion zwischen den Teilnehmenden anzuregen.

Das Ziel der Fokusgruppe besteht somit in der Verfolgung einer bestimmten Fragestellung bei gleichzeitigem Schaffen von Freiräumen für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Diese Freiräume sollen insbesondere für das Klären von Sichtweisen unter den Teilnehmern genutzt werden und dienen auch dazu, Themenbereiche anzusprechen, welche im Leitfaden der Interviewer möglicherweise nicht enthalten sind. Fokusgruppen sind daher unter dem Gesichtspunkt der Zeiteffizienz mehreren qualitativen Einzelinterviews vorzuziehen.

Mittlerweile existiert eine umfangreiche Methoden-Literatur zu dieser Form der Befragung [5]. Beispielsweise werden dort die Bedingungen für eine erfolgreiche Durchführung und Auswertung folgendermaßen beschrieben [in Anlehnung an: 6]:

- Eindeutige Forschungsfrage: Zur Orientierung des Leitfadens muss die Fragestellung klar definiert sein.
- Homogenität der Gruppe: Zur gemeinsamen Beantwortung der Fragestellungen bedarf es einer Gruppe, die in etwa gleiche Erfahrungen gemacht hat.
- Rekrutierung: Es bedarf einer ausreichenden Anzahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern unter der Berücksichtigung der zuvor genannten Homogenität. Die Größe der Gruppe hängt darüber hinaus auch von der Fragestellung und den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Erfahrungsgemäß hat sich eine Gruppengröße von 5-10 Personen als adäquat herausgestellt.
- Entspannte Atmosphäre: Der Interviewer bzw. Moderator hat für eine stimulierende, aber zugleich entspannte Atmosphäre in der Gruppe Sorge zu tragen.
- Aufmerksamer Moderator: Der Moderator muss einerseits der Breite der Ansichten gerecht werden und andererseits eine ausufernde Diskussion wieder ‚fokussieren‘.
- Fließende Diskussion: Der Moderator hat sich im Sinne der Diskussion weitgehend zurückzuhalten.
- Sorgfältige Datenanalyse: Für die Analyse (Auswertung der Transkripte oder Protokolle) existieren verschiedene Formen, die entweder vorgegebenen Kategorien folgen oder aber diese Kategorien im Sinne der ‚Grounded Theory‘[7] erst generieren.

Wie jede andere Methode zur Datenerhebung hat die Fokusgruppe spezifische Vorteile und Nachteile. Als Vorteile können der einfache, weil alltagsnahe Zugang zu den Teilnehmern genannt werden sowie die stimulierende und zugleich klärende Diskussion in der Gruppe. Nachteilig ist der – trotz des Vorteils gegenüber Einzelinterviews – nicht unerhebliche Zeitaufwand. Kritisch angemerkt wurde in der Literatur auch das Risiko, dass einzelne Teilnehmer die Diskussion dominieren und andere Teilnehmer sich nicht trauen, ihre Meinung vorzubringen.

3.2 Methodisches Vorgehen

Nach gemeinsamer Festlegung der Fragestellungen zwischen dem Verfasser und der BGW wurden verschiedene Leitfäden erarbeitet, in denen die Fragestellungen operationalisiert wurden (siehe Anhang). Des Weiteren wurden gemäß dem Studienprotoll vom 17.05.2008 die organisatorischen Ebenen festgelegt, aus denen die Fokusgruppenteilnehmer rekrutiert werden sollten. Es handelte sich zum einen um die von ProDeMa ausgebildeten Trainerinnen und Trainer, zum zweiten um die von den Trainern ausgebildeten Endanwender in den Einrichtungen und zum dritten um Einrichtungsvertreterinnen und -vertreter aus der jeweiligen Führung der Einrichtungen. Zu beachten ist, dass die Leitfäden auf die Spezifika der Rekrutierungsebene zugeschnitten waren. So enthielt der Leitfaden für die Führungskräfte eher Fragen zur Organisation und Einführung des Angebotes in den jeweiligen Häusern und der Leitfaden für die Trainerinnen und Trainer eher Fragen zu ihrer Ausbildung. Dies geschah vor dem Hintergrund, dass die Ebenen unterschiedliche Zugänge und Erfahrungen im Zusammenhang mit der gesamten Maßnahme gemacht haben.

Im Rahmen der Rekrutierung wurden die Trainer sowie die an der Maßnahme teilnehmenden Einrichtungen von der BGW angeschrieben und zur Teilnahme an den Fokusgruppen eingeladen. Bei den Respondentinnen und Respondenten handelt sich somit um eine selbst selektierte Stichprobe. Angesichts der begrenzten Möglichkeiten zur Einflussnahme durch die BGW auf die Einrichtungen bestand hierzu keine Alternative.

Die Befragungen fanden entweder in einem Hotel in Hannover statt oder aber in den Einrichtungen, die sich zur Teilnahme bereit erklärt hatten. Üblicherweise saßen die Teilnehmer inklusive der Interviewer in einem gemeinsamen Raum im Kreis. Zur Entspannung der Atmosphäre wurden Kaffee und Gebäck gereicht.

Den Respondentinnen und Respondenten wurde Vertraulichkeit und Anonymität zugesichert. Aus diesem Grund werden in den nachfolgend berichteten Ergebnissen weder Personen- noch Einrichtungsnamen widergegeben. Gleichzeitig wurde zu Beginn der Sitzung auch von den Teilnehmern Vertraulichkeit eingefordert.

Bei der Datenaufzeichnung wurde von den üblichen Standards bei Fokusgruppen abgewichen. Normalerweise wird die Diskussion auf einem Tonträger aufgezeichnet und transkribiert. Aufgrund des hohen zeitlichen und finanziellen Aufwands dieser Methode wurde ein anderes Vorgehen gewählt. Das Interview wurde von zwei Personen durchgeführt, wobei der Verfasser im Wesentlichen die Moderation übernahm. Die zweite Person – eine BGW-Mitarbeiterin – hatte die Aufgabe, die Antworten zu notieren. Zu diesem Zweck war der Leitfaden-Fragebogen so formatiert worden, dass es möglich war, die Antworten unter die entsprechenden Fragen zu schreiben. Hierdurch wurde auch die schriftliche Analyse und Zusammenfassung erleichtert.

Es wurden in der hier zugrunde liegenden Befragungsrunde fünf Fokusgruppen durchgeführt. Die nachfolgende Tabelle bietet eine Übersicht über die TN.

3.3 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

3.3.1 Erhebungsrunde 1: Einrichtungen der Behindertenhilfe

Zielgruppe	Teilnehmerzahl
DeeskalationstrainerInnen	14 Personen aus 10 Einrichtungen (die Ausbildung absolviert hatten 21 Trainer aus 12 Einrichtungen)
Innerbetrieblich trainierte Kollegen aus Einrichtung 1	7 Personen aus dem Werkstatt- und Wohnbereich
Innerbetrieblich trainierte Kollegen aus Einrichtung 2	9 Personen aus Werkstätten, Jugendhilfe und Wohnbereichen
Innerbetrieblich trainierte Kollegen aus Einrichtung 3	10 Personen aus zwei Wohnverbänden der Behindertenhilfe
EinrichtungsvertreterInnen	9 Personen aus 6 Einrichtungen

Tabelle 1: Übersicht über die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Erhebungsrunde 1

3.3.2 Erhebungsrunde 2: Kliniken

Zielgruppe	Teilnehmerzahl
DeeskalationstrainerInnen	8 Personen aus 6 Einrichtungen
Innerbetrieblich trainierte Kollegen aus Einrichtung 1	8 Personen aus unterschiedlichen Bereichen einer Klinik bzw. psychiatrischen Wohneinrichtung
Innerbetrieblich trainierte Kollegen aus Einrichtung 2	10 Personen aus verschiedenen Abteilungen einer Klinik (Somatik, Psychiatrie, Ambulanz/Notfallaufnahme)
Innerbetrieblich trainierte Kollegen aus Einrichtung 3	9 Personen aus unterschiedlichen Bereichen einer psychiatrischen Abteilung einer Klinik
EinrichtungsvertreterInnen	6 Personen (inkl. 1 Telefoninterview)

Tabelle 2: Übersicht über die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Erhebungsrunde 2

4. Ergebnisse

4.1 Erhebungsrunde 1

Die im Folgenden berichteten Resultate stellen eine Synthese der Protokolle der einzelnen Fokusgruppen im Hinblick auf die Qualitätssicherung der Maßnahme dar. Details können dabei nur in den Einzelfällen wiedergegeben werden, die aus dieser Perspektive wichtig erscheinen.

4.1.1 Motivation zur Teilnahme der Einrichtung

Die Entsendung von Trainerinnen und Trainern zur Ausbildung sowie die anschließende organisatorische Umsetzung der Trainings verlangen den Einrichtungen finanzielle und organisatorische Ressourcen ab. Aus den Fokusgruppen mit den Trainern und den Einrichtungsvertretern wurde deutlich, dass die ‚externe‘ Motivation durch die BGW sowie die finanzielle Unterstützung die entscheidenden Momente gewesen sind, welche die Institutionen letztlich zur Teilnahme bewegen haben.

Die Aggressionsthematik wurde schon seit längerer Zeit als ‚latent vorhanden‘ in den Einrichtungen erlebt. In verschiedenen Betrieben hatte es vor der Entscheidung zur Teilnahme auch Übergriffe gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegeben, welche dann zusätzlich zum Anlass genommen wurden. Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nehmen auf Grundlage gesundheitspolitischer Entscheidungen verstärkt auch Menschen mit psychischer Behinderung auf. Dadurch bestehe ein zusätzlicher weiterer Aus- und Weiterbildungsbedarf für Kommunikationstechniken und Aggressionsmanagement.

4.1.2 Bewertung der Trainerausbildung

Die erste konkrete Fragestellung für die Qualitätssicherung betraf die Trainerausbildung selbst. Die nachfolgenden Antwortberichte stammen fast ausschließlich von den Trainerinnen und Trainern, nur in Einzelfällen sind auch Rückmeldungen von anderen Personen widergegeben. Insgesamt wurde die Trainerausbildung durch das ProDeMa-Team sehr gelobt (Details folgen). Zudem wurde der Zeitraum der Trainerausbildung, die sich über sechs Monate erstreckte, als passend erlebt.

Mehrfach wurde auch das Engagement der BGW in diesem Bereich gelobt. Die Zusammenarbeit zwischen den Einrichtungen, ProDeMa und der BGW sei reibungslos gelaufen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus allen drei Organisationsebenen äußerten die Erwartung, dass die BGW sich weiterhin im Aggressions-Bereich engagiert.¹

¹ Am Rande sei vermerkt, dass die BGW und ihre Funktionen den meisten Teilnehmenden vor der Ausbildung nicht bekannt waren und sie in den Einrichtungen so gut wie nicht präsent war.

Zwei wesentliche, eher die Organisation betreffende, Kritikpunkte wurden geäußert:

- der Ort der Ausbildung in Wiesloch, der für die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die z.T. aus Norddeutschland anreisen, mit einem erheblichem Reiseaufwand verbunden war,
- die z.T. unzureichende Vorbereitung bzw. Aufklärung einiger Teilnehmer durch ihre entsendende Einrichtung über den Umfang der späteren Trainertätigkeit oder in Einzelfällen auch nur über die nachfolgende Trainerverpflichtungen überhaupt. Einzelne Teilnehmer der Trainerausbildung hätten deutliche Bedenken gegen die Ausbildung gehabt, wäre ihnen das Ausmaß und ihre spätere Rolle vorher bekannt geworden. Allerdings zeigten sich im Nachhinein alle als zufrieden mit der späteren Verpflichtung.

4.1.3 Bewertung des Konzeptes

Das ProDeMa-Ausbildungskonzept wurde von den Beteiligten nahezu ausnahmslos sehr gelobt. Die inhaltlichen Komponenten seien gut aufeinander abgestimmt und wurden als ‚aus einem Guss‘ beschrieben. Das Konzept wurde prinzipiell als geeignet für die Aggressionsproblematik in den entsendenden Einrichtungen betrachtet. Als besonders vorteilhaft wurde die Schwerpunktsetzung auf die verbale Deeskalation eingeschätzt. Die verbale Deeskalation scheint derjenige Bereich zu sein, der in den Einrichtungen besonders geschätzt wird. Besonders in der Behindertenhilfe ist der Bedarf ausgeprägt. Im Vergleich zur Psychiatrie spielt die verbale Deeskalation hier offenbar eine deutlich größere Rolle.

Einige Teilnehmer hätten sich einen größeren Anteil zu den rechtlichen Hintergründen gewünscht. Offenbar bestehen hier nach wie vor Unsicherheiten, vor allem was die Rechtmäßigkeit des Einsatzes von Körpertechniken betrifft.

4.1.4 Bewertung der Didaktik

Für die Übernahme der Trainerrolle in den entsendenden Einrichtungen ist das Element der Didaktik neben dem inhaltlichen Konzept die entscheidende Komponente. Die ausgebildeten Trainerinnen und Trainer erlebten hier eine gute didaktische Vermittlung und Vorbereitung auf die spätere Funktion in den

Einrichtungen. Gelobt wurden vor allem die Ansprechbarkeit der Dozenten und Referenten auf die mit der Trainerrolle verbundenen praktischen Probleme und deren eigene Erfahrungen in diesem Bereich. Die Referenten wurden durchgängig als kompetent erlebt und von den Teilnehmern geschätzt.

Neben der Vorbereitung auf die spätere Rolle wurde auch die Vermittlung der einzelnen Techniken der Deeskalation und der Körperinterventionen gelobt. Die Teilnehmer fühlten sich anschließend recht sicher in der eigenen Anwendung dieser Techniken.

Ebenfalls gelobt wurden die von ProDeMa verwendeten Materialien und der Mix der Lehrmethoden. Beides wurde als sehr professionell erarbeitet beschrieben. Die zur Verfügung gestellten Materialien – z.B. Folien – würden in den Endnutzert Trainings vielfach verwendet. Auch der Methodenmix würde in den Endnutzert Trainings angewendet.

Insgesamt berichteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Trainerausbildung, dass sie sich in der Lage fühlten, die Trainerrolle in den Einrichtungen gut auszufüllen. Als besonders hilfreich wurden hier die Supervisionstermine mit den ProDeMa-Mitarbeitern erlebt.

Aus der Sicht der Trainer, welche schon mehrere Endnutzert Trainings selbst durchgeführt hatten, wurde der ‚Umgang mit Widerständen‘ für die Trainerausbildung ergänzend als sinnvoll betrachtet. Offenbar fühlten sich einige Trainer herausgefordert und zum Teil überfordert im Umgang mit Mitarbeitern, die häufig widersprechen, den Ansatz als solchen in Frage stellen oder sich in den Trainings unkooperativ zeigten.

4.1.5 Organisatorische Umsetzung in den Einrichtungen

Die Umsetzung der Endnutzert Trainings in den Einrichtungen vollzieht sich sehr unterschiedlich. Dies bezieht sich auf

- den Zeithorizont der Umsetzung,
- die Intensität der Umsetzung,

- die Anzahl der an den Trainings teilnehmenden Mitarbeitenden,
- die Breite der von den Trainings erfassten Abteilungen.

Sowohl die Einrichtungsvertreter als auch die Trainer berichteten über personelle und finanzielle Restriktionen, welche einer umfassenden und schnellen Implementierung entgegenstehen. Darüber hinaus lassen sich unterschiedliche ‚Philosophien‘ in der allgemeinen Vorgehensweise der Einrichtungsleitungen vermuten.

Die nachfolgende Tabelle gibt den unterschiedlichen Stand der Umsetzung zum Zeitpunkt der Trainerbefragung wider (ca. 18 Monate nach Ausbildungsende; 9 Einrichtungen). Einer der an der Fokusgruppe teilnehmenden Trainer hatte bis dato aus zeitlichen Gründen noch keine Trainings durchführen können.

Einrichtung Nr.	Anzahl bisheriger Schulungen	Dauer pro Schulung	Teilnehmer (sofern nicht angegeben: pro Schulung)	Anmerkungen
1	9	3 Tage	10-12	Teilnahmepflicht
2	3	6 halbe Tage	12	Teilnahmepflicht
3	4	3 Tage	12	freiwillige Teilnahme
4	1	1 Tag	24	speziell für Praktikanten
5	2	2 x 2 Tage	12	1. Schulung freiwillig, 2. Schulung Teilnahmepflicht
6	3	4,5 Tage	35 (insgesamt)	freiwillige Teilnahme 1 Schulung war speziell für die mittlere und obere Leitungsebene
7	2	3 Tage	13	
8	3	4 Tage	?	Ausgangspunkt für die Schulung ist die

				Gefährdungsanalyse, die in allen Teams durchgeführt wird. Sind die Ergebnisse kritisch, besteht Teilnahmepflicht.
9	10	7 Tage à 3 Std	ca. 100 (insgesamt)	3 Trainer im Einsatz / Teilnahmepflicht (nachdem eine Vorauswahl getroffen wurde, welche Teams besonders durch „herausforderndes Verhalten“ betroffen sind.) Die Schulungen fanden in Teams statt.

Tabelle 3: Übersicht über den Umsetzungsstand der Trainings in den Einrichtungen, die an Erhebungsrunde 1 teilgenommen haben

Aus dieser Tabelle und aus den weiteren Äußerungen in den Fokusgruppen lassen sich folgende Unterschiede in der Umsetzung in den Einrichtungen identifizieren.

- Training von Einzelpersonen vs. Training von Gesamtteams
In einzelnen Einrichtungen wurden gezielt einzelne Personen für die Trainings rekrutiert, während in anderen gesamte Teams miteinander oder aber nacheinander geschult wurden
- Verpflichtende vs. freiwillige Teilnahme
Die Frage der Freiwilligkeit der Teilnahme wurde in den Betrieben unterschiedlich beantwortet. In einigen Einrichtungen sind zunächst freiwillige Schulungen und anschließend verpflichtende vorgesehen. In anderen war die Schulungsteilnahme für alle Mitarbeitende definierter Abteilungen verpflichtend.
- Obligatorische Rekrutierung vs. individuelle Bereitschaft (Meldung)

Von der Teilnahme zu unterscheiden ist die Frage der Rekrutierung der Teilnehmer an den Endnutzertrainings. Teils wurde eine obligatorische Rekrutierung durchgesetzt, teils wurde den Mitarbeitern die Möglichkeit zur Meldung gegeben, so dass in diesen Betrieben vermutlich die motivierteren Mitarbeitenden zuerst trainiert wurden.

- Flächendeckende vs. schwerpunktmäßige Umsetzung
Innerhalb der Organisation erstreckt sich die Umsetzung entweder auf den gesamten Betrieb oder aber einzelnen Schwerpunktbereiche wie zum Beispiel dem Werkstattbereich oder bestimmte Wohngruppen mit einem größeren Aggressionspotenzial.
- Tageweise Trainings vs. stundenweise über längeren Zeitraum
Je nach den Möglichkeiten der zeitlichen Belastung der Mitarbeitenden bzw. der Abteilungen variierte die Dauer der Schulungen. Teils wurden die Mitarbeitenden an ganzen Tagen trainiert, teils über mehrere Tage hinweg mit einem geringeren täglichen Zeitaufwand (etwa 3-4 Stunden).
- Zentrale vs. dezentrale Organisation
Je nach Größe und Grad der Dezentralisierung blieb die Organisation und auch die Auswahl der Teilnehmer an den Endnutzertrainings mal der Einrichtungsleitung, mal den Abteilungsleitungen überlassen.
- Freistellung der Trainer vs. Integration in den bisherigen Arbeitsplatz
Sechs Trainerinnen und Trainer wurden von ihren Geschäftsleitungen zeitlich für die Trainingsarbeit freigestellt. Der größere Teil der Trainerinnen und Trainer musste jedoch die Trainingstätigkeit im Rahmen der sonstigen Routinearbeiten verrichten. Letzteres führte naturgemäß nicht selten zu Zielkonflikten zwischen der Trainingsarbeit und der angestammten Tätigkeit.

4.1.6 Rolle der Trainerinnen und Trainer

Die meisten Trainerinnen und Trainer arbeiteten vor dem Beginn der Maßnahme nicht in einer herausgehobenen Funktion. Viele erlebten durch die Maßnahme eine

deutliche Aufwertung ihrer Person in der Einrichtung. Nicht selten wurden sie teils formell, teils informell zu Expertinnen und Experten in Sachen Aggression ernannt und nehmen Beratungsfunktionen für die Leitung, aber auch für die Basismitarbeiter wahr. So werden sie beispielsweise bei wiederkehrenden Aggressionssituationen mit bestimmten Klienten konsultiert oder aber im Nachgang von schwereren Aggressionseignissen. Die hier beschriebene Tendenz der Rollenveränderung war im Konzept der BGW angelegt, allerdings wurde diese Rollenveränderung zu Beginn der Ausbildung zumeist nicht von den Trainerinnen und Trainern angezielt.

Diese durchaus positive Veränderung wird jedoch nicht von allen Trainern berichtet. Insbesondere von der Führungsebene komme in Einzelfällen gar keine Rückmeldung, so dass sie nicht einschätzen könnten, wie ihre Arbeit dort bewertet würde. In Einzelfällen erlebten die Trainer auch, dass ihre Tätigkeit von bestimmten Betriebsteilen wie der innerbetrieblichen Fortbildung als Konkurrenz betrachtet wird.

4.1.7 Erfahrungen der Endnutzer

Die durchweg positiven Erfahrungen der Trainer werden von den Endnutzern der Maßnahme, den in den Einrichtungen trainierten Kolleginnen und Kollegen, in hohem Maße geteilt. Die Trainings selbst wurden als sehr angenehm erlebt und die Trainer wurden fast ausschließlich als sehr kompetent beschrieben. Das didaktische Konzept scheint demnach von den Trainerinnen und Trainern gut umgesetzt worden zu sein. Trotz gelegentlicher Hemmungen sind nach Ansicht der Endnutzer auch die Rollenspiele und sogar der Einsatz von Videotechnik gut gelungen. Gerade letzteres ist oftmals zu Beginn mit großen Vorbehalten behaftet.

Inhaltlich hatten Endnutzer überwiegend den Eindruck, dass sie wesentliche Erkenntnisse aus den Trainings gut für ihren Alltag nutzen können. Viele Teilnehmer an den Fokusgruppen berichteten über eine größere subjektive Sicherheit, schwierige Situationen im Alltag bewältigen zu können. Dazu trägt nach ihrer Meinung vor allem die verbale Deeskalation bei. Diese Sicherheit bezieht sich jedoch nicht auf spezielle Techniken der Deeskalation, sondern vielmehr auf die gesamte Haltung gegenüber schwierigen Klienten und Situationen.

Folgende Aspekte wurden unter der Fragestellung genannt, welche Teile der Trainings für die Endnutzer gut zu verwenden waren:

- besseres Verständnis für die Situation des aggressiven Klienten in dem Sinne, dass man sich besser hineinversetzen und einfühlen kann,
- bessere Einschätzung des Aggressionspotenzials,
- bessere Einschätzung des psycho-emotionalen Entwicklungsstands des Klienten,
- besserer Umgang mit eigenen Emotionen, beispielsweise mit Ärger und Angst,
- besserer Umgang mit kritischen Situationen, beispielsweise einem Klienten zu sagen, dass er einen Fehler gemacht hat, ohne ihn zu provozieren,
- bessere Sensibilität und Einfühlungsvermögen im Umgang mit schwierigen Situationen.

Darüber hinaus wurde von mehreren Teilnehmern an den Endnutzer-Fokusgruppen berichtet, dass die Trainings Anlass für Diskussionen über die praktizierten Methoden des Aggressionsmanagements in den Teams gegeben haben, welche zusätzlich positive Effekte nachzogen.

Kritisch angemerkt wurde in einzelnen Einrichtungen, dass der Stellenwert der körperlichen Interventionen nicht den Erwartungen entsprach. Teilweise wurden größere Anteile für die körperlichen Abwehrtechniken gefordert, was von anderen Teilnehmern an den Fokusgruppen jedoch abgelehnt wurde. In diesem Zusammenhang berichteten einzelne Teilnehmer des Weiteren, dass sie wegen der selten vorkommenden Situationen über keine Sicherheit in der Anwendung der physischen Interventionen verfügten.

4.1.8 Gesamtbewertung der Maßnahme durch die Fokusgruppen

Insgesamt wurde der Nutzen der gesamten Maßnahme – von der Multiplikatoren Ausbildung bis zur Umsetzung in den Einrichtungen – von allen Ebenen der Befragung positiv bewertet. Übereinstimmend wurde berichtet, dass infolge der Maßnahme die Aggressionsthematik in den Einrichtungen deutlich enttabuisiert worden ist. Das Trainingsprogramm hat dazu geführt, dass offener über diese heikle Thematik diskutiert und Lösungsvorschläge ausgearbeitet wurden. Eine

Teilnehmerin beschrieb die Veränderung in dem Sinne, dass aggressives Verhalten der Klienten vor dem Training als zum Beruf gehörend empfunden wurde und man dieses Verhalten auch nicht als beeinflussbar erlebt hat. Nach dem Training habe man das Gefühl, es sei nicht mehr das Problem des einzelnen Mitarbeiters, wie man damit umgehen würde, sondern eine Strategie, die von allen geteilt werde.

Von den Führungskräften der Einrichtungen wurde zudem hervorgehoben, die Trainings hätten zu einem Umdenken bei vielen Mitarbeitern geführt. Deeskalationsverhalten sei nach dem Training deutlich mehr und besser spürbar als zuvor. Insbesondere bei den Führungskräften entstand der Eindruck, dass sich durch die gesamte Maßnahme eher eine Haltungsänderung eingestellt hätte als die Effekte einzelner Techniken und Interventionen. Diese Haltungsänderung habe sich im Vorrang für die Deeskalation, in einem proaktiven Verhalten und im besseren Verstehen und Einfühlen bemerkbar gemacht.

Ebenfalls übereinstimmend wurde berichtet, dass die Trainings – obwohl ursprünglich aus der Psychiatrie stammend – gut auf die Bedingungen in der Behindertenhilfe adaptiert worden seien. Die psychiatrische Herkunft, so die Einschätzung der meisten Befragten, sei nicht spürbar gewesen. Zudem würden in vielen Einrichtungen der Behindertenhilfe mittlerweile auch viele psychisch behinderte Menschen betreut, für die sich das Training gleichfalls bewährt hätte.

Zwar wurde die positive Tendenz auch von den Trainerinnen und Trainern geteilt. Allerdings fühlten sich ausgewählte Trainerinnen und Trainer in einigen wenigen Einrichtungen quasi als ‚Feigenblatt‘ dafür, dass weitere Maßnahmen im Bereich Aggressionsmanagement unterblieben. Ebenfalls wurde in einigen wenigen Einrichtungen von den Trainern der Eindruck berichtet, dass die erwünschten Effekte der Trainings überbewertet seien. Die Deeskalationsausbildung könne keine Allheilmittel für alle mit der Thematik zusammenhängenden Probleme sein.

4.2 Erhebungsrunde 2

Obwohl die Settings nicht identisch waren mit denen der Erhebungsrunde 1, sind im Grossen und Ganzen tendenziell die gleichen Resultate zu berichten. Das ProDeMa-

Konzept war nach Auffassung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geeignet, der Aggressionsproblematik auch in den eher klinischen Settings der Runde 2 konstruktiv zu begegnen. Zur Verbesserung der Lesbarkeit wurde aus diesem Grunde versucht, Redundanzen bei der Darstellung der Ergebnisse zu vermeiden.

4.2.1 Motivation zur Teilnahme der Einrichtung

Wie schon in den Einrichtungen der Erhebungsrunde 1 war auch in der zweiten Runde die finanzielle Beteiligung der BGW einer der entscheidenden Auslöser für die Teilnahme am Ausbildungsprogramm. In mehreren Einrichtungen war zuvor allerdings schon intern ein Verbesserungsbedarf hinsichtlich des Umgangs mit Aggressionen festgestellt worden. Teilweise wurden die eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als hilflos im Umgang mit Aggressionen erlebt. In anderen Einrichtungen waren es einzelne engagierte Mitarbeiter, welche die Anregung zur Teilnahme am Programm gaben. In wiederum einer anderen Einrichtung hatte sich die Geschäftsleitung persönlich um von Übergriffen betroffene Mitarbeiter gekümmert, wobei die Problematik auch für die Leitungsebene deutlich geworden ist. Weiterhin spielten in einigen teilnehmenden Einrichtungen wohl auch Kosten-Nutzen-Überlegungen eine Rolle, da die Ausbildung eines In-House-Trainers als günstiger bewertet wurde als der Einkauf regelmäßiger Trainingseinheiten.

In den Einrichtungen mit psychiatrischen Abteilungen wurde das BGW-Angebot auch als Möglichkeit gesehen, die positiven Veränderungsprozesse dort zu verstärken, indem etwa mehr offene Stationen vorgehalten werden. Diese Stationen benötigen erfahrungsgemäß eine andere Stationsatmosphäre, bei der mehr auf Deeskalation gesetzt wird. In einer eher psychiatrisch ausgerichteten Einrichtung wurde berichtet, dass sich nach der Endnutzerschulung das therapeutisch-pflegerische Milieu deutlich zum Positiven verändert habe.

4.2.2 Bewertung der Trainerausbildung

Die Ausbildung der Trainerinnen und Trainer wurde als sehr gut bewertet. Dies gilt für das Konzept und die Didaktik (Details siehe unten), aber auch für die Motivation

der einzelnen Teilnehmer für ihre Rolle das Trainerin/Trainer. Ein Teilnehmer beschrieb dies als „Gehirnwäsche“, er habe sich zuvor niemals vorstellen können, als Trainer aktiv zu werden, mit dem gelernten Handwerkszeug sei das problemlos möglich. Gelobt wurde auch die Spezialisierung bei ProDeMa bezüglich unterschiedlicher Schwerpunkte in den Bereichen Psychiatrie, Behindertenhilfe und Kliniken.

4.2.3 Bewertung des Konzepts

Das gesamte Konzept wurde auch für die Settings in der Erhebungsrunde 2 als stimmig betrachtet. Es gelang offensichtlich, auch die besonderen Bedürfnisse und Gegebenheiten dieser eher klinischen Einrichtungen zu erkennen und zu befriedigen. Insbesondere wurden die verbalen Deeskalationstechniken als geeignet für die teilnehmenden Einrichtungen gelobt.

Gelobt wurden auch die begrifflichen Festlegungen von ProDeMa, welche von einzelnen Einrichtungen dann auch in ihren offiziellen Sprachgebrauch übernommen wurden.

Weiterhin wurde hervorgehoben, dass auch während des Gebrauchs der Körpertechniken immer eine wertschätzende Haltung gegenüber den Patienten bzw. Klienten kommuniziert wurde.

4.2.4 Bewertung der Didaktik

Generell wurde die Didaktik des Konzepts sehr gelobt. Dies galt auch für die Unterlagen, welche von ProDeMa zur Verfügung gestellt und von den Trainern weiter verwendet werden konnte. Ebenfalls sehr gelobt wurden die Rollenspiele, die relativ alltagsnahe Situationen abgebildet hätten. Zu anfänglichen Rekrutierungsproblemen hätte lediglich der Einsatz von Videokameras Anlass gegeben, wird aus mehreren Einrichtungen berichtet. Endnutzer, die mit dieser Technik nicht vertraut seien, würden initial etwas verschreckt reagieren. Mit der Zeit würden sich aber alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer daran gewöhnen und sogar die Vorzüge des Mediums für Feedbacks erfahren.

Gewisse Modifikationen waren bei einzelnen Begriffen notwendig, die zu sehr aus der psychologischen Fachsprache kommen (z.B. „nicht-kongruente Nachricht“). Diese Begriffe wurden für die Endanwender-Trainings modifiziert.

Als negativ wurden die z.T. spürbaren Qualitätsunterschiede der Ausbilderinnen und Ausbilder beschrieben. Weiterhin wurden die z.T. suboptimale Organisation und das Zeitmanagement der Leitung von ProDeMa kritisiert. Das Ausmaß der Thematik der Gefährdungsbeurteilung wurde als insuffizient erlebt.

4.2.5 Organisatorische Umsetzung in den Einrichtungen

Wie schon bei den Einrichtungen der Erhebungsrunde 1 muss die Umsetzung des Trainingsprogramms als sehr heterogen benannt werden. Diese Heterogenität kann an der Frage der verpflichtenden Teilnahme oder aber an der Problematik des Einbezugs sämtlicher Berufsgruppen festgemacht werden. In unterschiedlichen Einrichtungen war die Teilnahme teils für alle Mitarbeiter verpflichtend, teils nur für bestimmte Abteilungen und teils freiwillig. Diskussionspunkt vor allem in den Kliniken war die Partizipation des Ärztlichen Dienstes, der oftmals nicht integriert wurde. Aus Sicht der Pflegeberufe wurde die Nicht-Teilnahme des Ärztlichen Dienstes als ein erhebliches Problem eingestuft. Als nachteilig wurde vor allem der unterschiedliche Wissensstand sowie Einstellungsunterschiede im Umgang mit aggressiven Situationen betrachtet.

Die unterschiedlichen Professionen stellten sich für einzelne Trainerinnen und Trainer auch in der Maßnahme als Schwierigkeit heraus. So seien teilweise die akademischen Berufe weniger leicht zu trainieren und zu schulen, weil sie schon über mehr Vorwissen verfügten und auch eine höhere Anspruchshaltung zeigten. Zum Teil wurden auch Anpassungen an die Gegebenheiten einzelner Abteilungen gemacht. Gerade in größeren Kliniken ist es offenbar nur schwer möglich, ein einheitliches inhaltliches Konzept über alle Abteilungen zu schulen, da die Anforderungen sich je nach medizinischer Disziplin schon als unterschiedlich herausstellen.

Wie schon in der Erhebungswelle 1 ist auch hier die Einbindung und Beteiligung der Einrichtungsleitungen als entscheidend von allen Befragten eingestuft worden. Besonders erfolgreich erscheinen solche Umsetzungen, wo die Leitung und auch die Chefärzte sich nicht nur hinter die Maßnahme stellen, sondern sich auch selbst schulen lassen. Letzteres ist nach Ansicht von Beteiligten insbesondere zur Motivation der Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes von Relevanz. Darüber hinaus hat sich die Abhaltung einer größeren Auftaktveranstaltung unter Beteiligung der Leitungskräfte in mehreren Einrichtungen als vorteilhaft herausgestellt.

Als förderlich hat sich ebenfalls die Einbindung weiterer Personen, Gremien und Abteilungen wie Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Arbeitsschutzausschuss oder Qualitätsmanagementbeauftragte herausgestellt. Im Rahmen von Zertifizierungsverfahren wie KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) wurden die Trainingsmaßnahmen als positiv bewertet.

In der Übersicht ergibt sich folgendes Bild in verschiedenen Einrichtungen (Angaben wurden leider nicht so detailliert erfasst wie in Runde 1):

- Einrichtung 1: Schulung von 800 Personen bis April 2008, sämtliche Berufsgruppen, Nachschulungen sind geplant;
- Einrichtung 2: 6 ausgebildete Deeskalationstrainer, pro Jahr zwei Schulungen;
- Einrichtung 3: Schulung von 60 Mitarbeitern in 5 Einheiten;
- Einrichtung 4: Schulung von 80 Personen.

Die Schulungsdauer betrug in den Einrichtungen jeweils 3-4 Tage. Nur in wenigen Einrichtungen wurden die Trainerinnen und Trainer von den Routineaufgaben stellenmäßig freigestellt, in den meisten Einrichtungen geschah dies nur stundenweise.

4.2.6 Rolle der Trainerinnen und Trainer

Die Teilnahme an der gesamten Maßnahme hat sich für viele Trainerinnen und Trainer als besonders vorteilhaft erwiesen. Nicht nur, dass sie – wie sie selbst berichteten – von den Ausbildungsinhalten persönlich profitieren konnten, sondern

sie erlebten oftmals eine Veränderung ihrer Position und ihrer Reputation in der Einrichtung. Aus einer Einrichtung wurde zudem berichtet, dass sich die Tatsache, dass Ärzte durch Pflegepersonen ausgebildet wurden, zu einer Imageaufwertung des gesamten Pflegedienstes geführt hätte.

In vielen Fällen nahmen die ausgebildeten Trainerinnen und Trainer nach der Maßnahme Beratungsfunktionen in mehreren Hinsichten ein. Zum einen wurden sie von den Stationen bei schwierigen Situationen oder für den Umgang mit schwierigen Patienten angefragt, inklusive der Hilfestellung bei Fixierungen. Zum anderen wurden einzelne Trainer auch für Beratungsfunktionen in der Organisation konsultiert, beispielsweise bei Gefährdungsbeurteilungen einzelner Abteilungen und Stationen.

Eine weitere Funktion der Trainer besteht in mehreren Einrichtungen in der Nachsorge nach Übergriffen. In vielen Kliniken wurden entsprechende Teams und Ansprechpersonen nach den Trainings eingeführt. Auch hier nehmen die Trainer oftmals eine beratende Funktion ein.

4.2.7 Erfahrungen der Endnutzer

Die Endnutzer gaben in mehreren Fällen an, sie hätten positive Veränderungen in Form von Milieuveränderungen gemerkt. Patienten bzw. Bewohner würden stärker gewertschätzt und in ihren Anliegen ernster genommen. Es gebe Rückmeldungen (so wird aus einer anderen Einrichtung berichtet) von Patienten, die erleben würden, dass die Mitarbeiter mehr Toleranz, Geduld und Kompromissbereitschaft zeigten. Außerdem sei ein positiver Effekt bei Berufsanfängerinnen und –anfängern spürbar, indem diese ihr Verhalten mehr reflektierten und ein besseres Nähe-Distanz-Verhältnis zeigten.

In einer anderen Einrichtung wurde bemerkt, dass das Verhalten der Patienten nach den Schulungen mehr hinterfragt würde im Sinne der Beweggründe ihres Verhaltens. Auch habe sich eine positive Veränderung dahingehend ergeben, dass Fixierungen nicht mehr automatisch durchgeführt würden, sondern nunmehr das Ziel der Vermeidung von Fixierungen spürbar sei.

Des Weiteren wird von Endnutzerinnen und –nutzern berichtet, dass gerade die verbale Deeskalation „in Fleisch und Blut übergegangen“ sei. Überhaupt werden die verbalen Deeskalationstechniken besonders gelobt. Man sei nach der Schulung eher bereit, Kompromisse einzugehen und auch bereit, sich über Vorschriften hinwegzusetzen, wenn damit eine Deeskalation erreicht werden könnte.

Dagegen werden aus mehreren Einrichtungen Probleme bei den körperlichen Interventionstechniken berichtet. Die Körpertechniken könnten nicht ohne weiteres abgerufen werden, wenn notwendig. Auch habe man diese an Testpersonen geübt, die sich relativ ruhig verhalten hätten, was in der Realität eben häufig nicht der Fall sei.

Beispielhaft für die positiven Veränderungen seien zwei Protokollzitate hier widergegeben. Das erste Zitat stammt aus einer somatischen Klinik:

„Früher wurde geschrien, alles war eher unkoordiniert und mit einer Verletzungsgefahr für Patient UND Pflegekräfte verbunden. Heute läuft alles ruhig ab, der Zuständige spricht beruhigend auf den Patienten ein, erklärt die Situation und bittet um Kooperation. Allein durch den ‚Überraschungsmoment‘ und die gezielten Griffe, z.B. zur Ruhigstellung des Kopfes, sind die Patienten schon nicht mehr so gut in der Lage, aggressiv und gewalttätig zu agieren.“

Das zweite Zitat stammt aus einer Einrichtung mit Wohncharakter:

„Um 8.00 Uhr, während der Übergabe, ging der Alarm los. In Aufenthaltsraum saßen ca. 8 Bewohner. Einer wollte einen anderen schlagen. Alle anderen duckten sich weg oder saßen in der Ecke. Pflegekraft stand beim Aggressor, der gerade zum Schlag ausholte. Pflegekraft sagte laut „Stopp“ mit Handgeste. Der Patient wich zurück und traf den anderen Bewohner, den er schlagen wollte, nur leicht. Alle Bewohner konnten nun aus dem Raum gehen. Früher wären alle sofort aus dem Raum geholt worden. Neu sei, direkt auf den Aggressor zuzugehen und ihn verbal zu stoppen.“

Diese Zitate legen einen Schulungserfolg nahe, da selbstständig von den interviewten Endnutzern berichtet worden ist, was sich nach der Schulung positiv verändert habe.

4.2.8 Gesamtbewertung der Maßnahmen durch die Fokusgruppen

Die Erwartungen an die gesamte Maßnahme sind nach Aussagen der Leitungskräfte erfüllt worden, zum Teil sogar übererfüllt. In einigen Bereichen wurde die Ausbildung und die daraus resultierende Fortbildung der Mitarbeiter als die beste seit langem beurteilt. Die Leitungskräfte hatten den Eindruck, dass tatsächlich viele Aspekte aus den Trainings in den Arbeitsalltag umgesetzt werden könnten.

In einigen Einrichtungen gelang es, auch den ärztlichen Bereich mit einzubinden, was in vielen Kliniken nicht selbstverständlich ist. Selbst von ärztlicher Seite seien die Fortbildungen hoch gelobt worden. Die ausgebildeten Trainerinnen und Trainer hätten oftmals einen großen Gewinn an Image und Bedeutung erhalten.

Als ein weiterer positiver Faktor wurde aus mehreren teilnehmenden Einrichtungen eine bessere Interdisziplinarität sowohl zwischen den Berufsgruppen als auch zwischen den verschiedenen Abteilungen berichtet.

Nur in wenigen Einrichtungen werden aggressive Übergriffe auf die Mitarbeiter dokumentiert und statistisch aufbereitet. Dort, wo ein Dokumentationsverfahren wie SOAS-R benutzt wird, sei sogar ein Anstieg der Vorfälle zu erkennen. Dies wird allgemein auf eine bessere Sensibilisierung der Mitarbeiter zurückgeführt.

5. Diskussion und Schlussfolgerungen

Nach übereinstimmender Ansicht des Interviewers und der Moderatorinnen hat sich die Methode der Fokusgruppe bei der vorliegenden Fragestellung bewährt. Durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zahlreiche Hintergrund-Informationen aus den Einrichtungen berichtet, die einer quantitativen Befragung nicht zugänglich gewesen wären. Zugleich konnten die vorbereiteten Fragestellungen adäquat beantwortet werden.

Die Resultate der qualitativen Fokusgruppen bestätigen die aus der quantitativen Evaluationsforschung bekannten Ergebnisse [1] in wesentlichen Punkten. Die von der BGW initiierte Maßnahme stieß in allen Ebenen der Mitgliedsbetriebe auf große

und positive Resonanz. Auch in den Studien zu Aggressionsmanagementprogrammen wird über die Zufriedenheit berichtet, dass die Einrichtungen sich mit dieser schwerwiegenden, aber auch schwierigen Problematik auseinandersetzen. In der Evaluationsforschung wird zudem immer wieder auf die zunehmende subjektive Sicherheit der Teilnehmer im Umgang mit aggressiven Situationen nach einem Training hingewiesen. Auch diese Konsequenz wurde in den Fokusgruppen bestätigt.

Insgesamt kann die gesamte Maßnahme in den an den Fokusgruppen teilnehmenden Einrichtungen als ein großer Erfolg betrachtet werden. Die in der Einleitung genannten Ziele der Maßnahme wurden größtenteils erreicht. Die Schulungen der Endanwender wurden umgesetzt, ein Großteil der Trainer arbeitet aktiv am der allgemeinen Aggressionsmanagement der Einrichtungen mit und die viele Trainer sind maßgeblich an Veränderungsprozessen in diesem Bereich beteiligt. Darüber hinaus ist offensichtlich in vielen Betrieben das BGW-Ziel erreicht worden, dass die Trainer Beratungsfunktionen bei maßgeblichen Veränderungen oder aber beim Umgang mit traumatisierten Mitarbeitern einnehmen.

Allgemein wird zudem eine Änderung im therapeutischen Milieu berichtet, was sich insbesondere auf den Umgang zwischen Mitarbeitern und Patienten bezieht. Wenngleich dieser Faktor kaum messbar ist, kann davon ausgegangen werden, dass die sich durch eine positive Veränderung in diesem Bereich indirekt ein Deeskalationseffekt verbirgt. Die Veränderung wird offenbar durch mehr Reflektion des eigenen Handelns der Mitarbeiter, durch mehr Verständnis für die Situation der Patienten oder Bewohner und durch bessere Kommunikationsangebote erreicht.

Während der Trainings wird überwiegend ein positiver Effekt von interdisziplinären und abteilungsgemischten Schulungsgruppen berichtet. Diese Gruppenzusammensetzung hätte vor allem in den Kliniken für mehr Verständnis der Situation in anderen Abteilungen gebracht, beispielsweise sei die Arbeit der psychiatrischen Abteilungen anschließend auf somatischer Seite höher bewertet worden. Dieser Austausch hat verschiedentlich auch zu verbesserten Arbeitsabläufen geführt.

Abschließend sei allerdings an die selektierte Stichprobe erinnert, welche durch das Rekrutierungsvorgehen mit Betonung der Freiwilligkeit unvermeidlich war. Einrichtungen, bei denen die Umsetzung nicht erfolgreich schien, haben sich kaum zur Teilnahme an dieser Qualitätssicherungs-Studie bereit erklärt.

5.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die BGW

Allerdings werfen die Fokusgruppen auch Fragen auf, die sich vor allem auf die Umsetzung der Trainings in den Betrieben beziehen. Deutlich wurde etwa eine Schnittstellenproblematik, da die Endnutzer und die Führungskräfte die einzelnen Trainingsdetails für weniger relevant hielten. In beiden Erhebungsrunden wurde die grundsätzliche Haltungs- und Verhaltensänderung bei den trainierten Mitarbeitern herausgestellt. Mit dem Anbieter ProDeMa sollte diskutiert werden, ob dieser Befund Anlass für Anpassungen im Training geben könnte. Möglicherweise ist dieser Effekt entscheidender als einzelne Techniken

An verschiedenen Stellen wurden die erheblichen organisatorischen Unterschiede in der Einführung der Aggressionsmanagementtrainings deutlich. Dies betrifft die Aspekte Freiwilligkeit, Rekrutierung, Freistellung der Trainer, Ausweitung auf alle Berufsgruppen, Einbeziehung der Führungskräfte in die Trainings und Schulung von Arbeitsteams oder Einzelpersonen aus Teams.

Aus Sicht des Verfassers sollte bei der BGW untersucht werden, inwieweit die Einführung standardisiert werden kann. Damit verbunden werden könnte die Überlegung, ob verbindliche Vorgaben für die Umsetzung notwendig sind (beispielsweise hinsichtlich der Frage, ob Teams oder Einzelpersonen trainiert werden oder aber hinsichtlich der Frage der Auffrischungstrainings). Wichtig ist hier auch der folgende Punkt: Vor der Maßnahme sollte sich in den Einrichtungen eine realistische Erwartungshaltung einstellen, in dem Sinne, dass das Training und seine Umsetzung nicht jeden Vorfall verhindern kann. Eine Standardisierung oder verbindliche Vorgaben für die Einrichtung bergen allerdings die Gefahr, dass Betriebe abgeschreckt werden können.

Eine Konsequenz für die BGW könnte eine verbindliche Beratung für Einrichtungen sein, die solche Trainingsmaßnahmen in Anspruch nehmen wollen. In dieser Beratung könnte die Motivation des Betriebs abgeklärt werden, die zur Verfügung stehenden Ressourcen und auch die Erwartungen an die Maßnahme. Die BGW könnte aus den bisher durchgeführten Trainings berichten und eine realistische Erwartungserhaltung vermitteln.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit der durchgeführten Trainings wird vom Verfasser eine Idee aus den Fokusgruppen aufgenommen und der BGW und ProDeMa zur Prüfung empfohlen. Vorgeschlagen wurde die Erstellung eines Lehrvideos, in dem die wichtigsten verbalen Deeskalationstechniken und Körpertechniken noch einmal dargestellt werden. Viele Endanwender berichteten das Bedürfnis, ‚funktionierende‘ Beispiele noch einmal sehen zu können.

6. Literatur

1. Richter D., Needham I. (2007) Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*; 34:7-14
2. Kidd P.S., Parshall M.B. (2000) Getting the focus and the group: Enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative Health Research*; 10:293-308
3. Kitzinger J. (1995) Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*; 311:299-302
4. Richter D., Fleer B. (2004) Fokusgruppen als Evaluationsinstrument der Zufriedenheit mit der psychiatrischen Behandlung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*; 9:236-240
5. Parker A., Tritter J. (2006) Focus group method and methodology: Current practice and recent debate. *International Journal of Research and Method in Education*; 29:23-37
6. Byers P.Y., Wilcox J.R. (1991) Focus groups: A qualitative opportunity for researchers. *Journal of Business Communication*; 28:63-78

7. Glaser B., Strauss A. (2005) Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern, Huber