

Karin Hollerer

Konfrontation mit schwierigen  
Situationen in der psychiatrischen Pflege  
und  
Vermittlung von Lösungsvorschlägen bereits  
in der Ausbildung

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Rahmen des Universitätslehrganges

für Lehrerinnen und Lehrer der

Gesundheits- und Krankenpflege

Begutachterin: Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Helga Kittl-Satran

Karl-Franzens-Universität Graz

und UNI for LIFE

Graz, Mai 2017

## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

---

12.05.2017

---

Unterschrift

## Danksagung

Danken möchte ich meiner Familie, die mich durch alle Höhen und Tiefen während des Universitätslehrganges mit viel Verständnis begleitet hat, viel Geduld aufgebracht und mich in schwierigen Phasen motiviert hat. Ohne diese Unterstützung wäre ein derartiges Projekt nicht möglich gewesen.

Bei Frau Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Helga Kittl-Satran, die mich als wissenschaftliche Betreuerin mit wertvollen und konstruktiven Anregungen unterstützt hat, möchte ich mich für die äußerst kompetente und fachliche Betreuung sehr herzlich bedanken.

Des Weiteren möchte ich mich bei der Oberschwester, Frau Elke Granitz, und der Stationsleitung, Herrn Martin Weiß, bedanken, die es mir überhaupt erst ermöglicht haben, neben meiner Arbeit an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutischer Medizin den Universitätslehrgang zu absolvieren. Ausschließlich durch die sehr flexible Gestaltung des Dienstplans wurde es mir möglich gemacht, an dieser Ausbildung teilzunehmen.

Es gibt noch viele andere Personen, die es verdient haben, hier namentlich erwähnt zu werden. Um den Rahmen nicht zu sprengen, seien sie alle gleichermaßen mit Lob und Dank bedacht.

## Kurzzusammenfassung

Psychiatrisch Pflegende sind außergewöhnlichen Belastungen ausgesetzt und müssen ein hohes Arbeitspensum in kurzer Zeit erledigen. Sie müssen eine professionelle Arbeitshaltung aufweisen, sollen teamfähig sein und die zu betreuenden Personen nach wissenschaftlichen und ethischen Vorgaben kompetent und fachkundig pflegen. Die Konfrontation mit schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege zählt zu den beruflichen Begleitumständen. Diese Arbeit dient dazu, um psychiatrisch Interessierten, Pflegenden in psychiatrischen Abteilungen und LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege schwierige Situationen näher zu bringen und Lösungen in Praxis und Theorie aufzuzeigen. Die Masterarbeit im Rahmen des Universitätslehrganges für LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege beruht auf einer kritischen Auseinandersetzung mit aktueller Literatur. Sie beschäftigt sich im ersten Teil mit den schwierigen Situationen der psychiatrischen Pflege. Es gibt viele schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege und genauso viele mögliche Lösungsansätze. In der vorliegenden Arbeit werden diese beleuchtet und Unterschiede herausgearbeitet. Im zweiten Teil werden Lösungsstrategien die für die Pflegenden zur Verfügung stehen aufgezeigt. Im dritten Teil wird erläutert, was LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege leisten können, um Auszubildende auf die Bewältigung schwieriger Situationen vorzubereiten und welche möglichen Lehrmethoden zur Verfügung stehen, um diese schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege zu vermitteln. Wie vielseitig schwierige Situationen im Rahmen der Pflege sein können, so unterschiedlich sind die Methoden die angewendet werden können. Methodeneinsatz kann unter bestimmten Voraussetzungen viel leisten und die Erarbeitung von komplexen Themen, sowie die Bewältigung schwieriger Situationen in der psychiatrischen Pflege erleichtern.

## Abstract

Psychiatric nurses are under extreme pressure and have to carry out a heavy workload in a very short time. They must show a professional work-attitude, be team-capable and care for the persons to be supervised, according to scientific and ethical requirements, competently and professionally. Confrontation with difficult and problematical situations in psychiatric care counts as one of occupational attendant circumstances. This thesis is designed to bring difficult situations home to psychiatrically interested people, caregivers in psychiatric departments and teachers for health and patient care and to present solutions in practice and theory. This master's dissertation within the framework of the university course for teachers of health care and nursing is based on a critical analysis of current literature. In the first part, it deals with the difficult situations of psychiatric care. There are many difficult situations in psychiatric care and just as many possible solutions. In the present thesis these are illuminated and differences are demonstrated. In the second part, solution strategies, which are available for nurses are presented. In the third part will be explained what teachers for health care and patient care can do to prepare trainees for coping with difficult situations and what possible teaching methods are available to convey these difficult situations in psychiatric care. As dissimilar difficult situations can be within the framework of care, as different are the methods that can be applied. Under certain conditions, the use of these methods can do a lot and make the elaboration of complex topics, as well as handling of difficult situations in the psychiatric care easier.

# Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG.....	7
2. SCHWIERIGE SITUATIONEN DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE	10
2.1. PSYCHISCHE ERKRANKUNG UND DARAUS RESULTIERENDE SITUATIONEN .....	10
2.2. ZWANG .....	17
2.3. AGGRESSION UND GEWALT .....	19
2.3.1. Gewalt .....	22
2.3.2. Aggression.....	23
2.4. STRESS .....	28
3. LÖSUNGSANSÄTZE, HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN UND MAßNAHMEN FÜR PFLEGENDE IN SCHWIERIGEN SITUATIONEN IN DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE .....	30
3.1. LÖSUNGSSTRATEGIE BEI PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN UND DARAUS RESULTIERENDEN SITUATIONEN .....	30
3.1.1. Beziehungspflege.....	30
3.1.2. Entstigmatisierung.....	31
3.1.3. Fallbesprechungen.....	31
3.1.4. Deeskalation .....	33
3.1.5. Kommunikation und Körpersprache.....	39
3.1.6. Erlernen von praktischen Abwehrtechniken .....	43
3.1.7. Spezifische Schulungen .....	44
3.1.8. Supervision .....	50
3.2. LÖSUNGSSTRATEGIE GEGEN UND BEI ZWANG.....	51
3.3. LÖSUNGSSTRATEGIEN BEI AGGRESSION UND GEWALT .....	52
3.4. STRESSBEWÄLTIGUNG DURCH RESILIENZFÖRDERUNG.....	56
4. VERMITTLUNG VON SCHWIERIGEN SITUATIONEN IN DER PSYCHIATRISCHEN PFLEGE DURCH LEHRERINNEN FÜR GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE, UM AUSZUBILDENDE DARAUF VORZUBEREITEN.....	61
4.1. FAKTOREN, DIE DAS LERNEN BEEINFLUSSEN .....	61
4.1.1. Selbstbestimmtes Lernen und Motivation.....	61
4.1.2. Intrinsische Motive.....	64
4.1.3. Extrinsische Motive .....	64
4.1.4. Mehrmalige Schulungen.....	66
4.1.5. Lernort .....	66
4.2. LEHRMETHODEN .....	69
4.2.1. Rollenspiele .....	73
4.2.2. Diskussion.....	75
4.2.3. Problembasiertes Lernen.....	75
4.2.4. Lernbereich Training und Transfer (LTT) .....	81
5. ZUSAMMENFASSUNG.....	84
6. LITERATURVERZEICHNIS .....	86

## 1. Einleitung

Die Pflege von Menschen in psychiatrischen Ausnahmesituationen erweist sich als schwieriges Betätigungsfeld. Immer wieder kommt es zu prekären Situationen. Im Rahmen der Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Master of Science im Rahmen des Universitätslehrganges für Lehrer und Lehrerinnen der Gesundheits- und Krankenpflege besteht nun die Möglichkeit, diese schwierigen Situationen zu beschreiben und Lösungsstrategien aufzuzeigen. Es ist auch darzustellen, was dazu beitragen kann, Auszubildende auf derartige Problemlagen schon während der Ausbildung vorzubereiten. Trotz ungenügender numerischer Daten ist bekannt, dass der Arbeitsplatz Krankenhaus Risiken birgt. Die Forschung in Österreich steht diesbezüglich noch am Anfang.

Pflegekräfte sind außergewöhnlichen Belastungen bei der Arbeit ausgesetzt. Ein hohes Arbeitspensum soll erledigt werden und eine dafür notwendige Arbeitshaltung gegeben sein. Professionelle Pflege trägt eine hohe Verantwortung und die fachlich-theoretischen Kenntnisse müssen unter Zeitdruck in schwierigen Situationen zuverlässig abgerufen werden können. Im multiprofessionellen Team wird täglich die Fähigkeit erwartet, teamorientiert zu sein und sich von den zu Betreuenden, sowie von deren Angehörigen verstanden und angenommen zu fühlen (vgl. Weckert 2011, S.540). Gerade BerufsanfängerInnen mit noch geringer praktischer Erfahrung im Umgang mit schwer kranken psychiatrischen PatientInnen werden überproportional häufig aggressiv konfrontiert (vgl. Kastner 2011, S. 195). Betreuungspersonen im Gesundheitswesen, insbesondere in der psychiatrischen Pflege, sind mit schwierigen Situationen konfrontiert. Diese sind ein „Dauerbrenner“ in der psychiatrischen Pflege. Es ist erforderlich, Auszubildende adäquat vorzubereiten. Die Bearbeitung der drei folgenden Fragestellungen soll einen positiven Beitrag leisten.

1. Schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege
2. Lösungsstrategien für das Pflegepersonal
3. Beitrag von LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege, um Auszubildende auf die Bewältigung schwieriger Situationen vorzubereiten

Die Arbeit basiert auf aktueller wissenschaftlicher Literatur. Die Recherche gestaltete sich nicht immer einfach, da einschlägige, fachspezifische Publikationen nur im geringen Umfang vorlagen. Als Methode wird der reflektierte Umgang mit nationaler und internationaler Literatur sowie eine kritische Analyse und Auseinandersetzung mit der Thematik gewählt. Verschiedene Aspekte werden beleuchtet, miteinander verglichen und aktuelle Forschungsergebnisse miteingebunden.

Einleitend werden schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege aufgezeigt. Themen wie psychische Erkrankungen, Unterbringungs- und Heimaufenthaltsgesetz, Zwang, Aggression und Gewalt, Stress, Angst und schwierige PatientInnen und Angehörige sind Teil dieses Abschnittes. Im Folgenden werden Lösungsansätze aufgezeigt, die es dem Pflegepersonal ermöglichen, die zuvor beschriebenen schwierigen Situationen aufzulösen. Es werden Strategien behandelt, mit deren Hilfe es möglich ist, schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege leichter und in einem professionellen Umgang zu begegnen. Darüber hinaus finden spezifische Schulungen, Resilienzförderung, Deeskalation, Fallbesprechungen, Kommunikation und Körpersprache, Supervision und das Erlernen von praktischen Abwehrtechniken Berücksichtigung. Deren Einsatz ermöglicht eine Verbesserung des Aktionsspielraumes in schwierigen Situationen. Der Inhalt des dritten Kapitels behandelt beeinflussende Faktoren des Lernens, selbstbestimmtes Lernen und die Frage der Motivation, die Bedeutsamkeit wiederholter Schulungen und den Lernort als wichtiges Element. Lernpsychologische Grundlagen und didaktische Methoden werden ebenso beschrieben und deren Begründung angeführt, vor allem deren Praxisnutzen. Es wird aufgezeigt, wie Wissen verankert werden kann und welchen Beitrag dazu LehrerInnen im Unterricht leisten können, um Wissen in der Praxis intuitiv abrufbar zu machen und um Ängsten, Stress und weiteren möglichen negativen Auswirkungen im Vorfeld zu begegnen. Es werden mögliche Lehrmethoden beschrieben, um die schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege zu vermitteln. Den LehrerInnen der Gesundheits- und Krankenpflege steht dazu ein großes Repertoire zur Verfügung, um Auszubildenden bereits in der Ausbildung schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege aufzuzeigen und die Auszubildenden



darauf vorzubereiten. Mögliche „Werkzeuge“ zur Auflösung schwieriger Situationen verdienen Beachtung, um negative Auswirkungen im Pflegealltag nicht entstehen zu lassen.

## 2. Schwierige Situationen der psychiatrischen Pflege

In diesem Kapitel werden Begriffe der psychiatrischen Pflege aufgezeigt, Gefühle, die Pflegepersonen damit verbinden, beschrieben und dargestellt, und welche Folgen diese haben. Des Weiteren werden schwierige Situationen beschrieben, die eine Grundlage dieser Arbeit sind und elementar zum Verständnis beitragen, um in weiterer Folge die Zusammenhänge besser verstehen zu können.

### 2.1. Psychische Erkrankung und daraus resultierende Situationen

Die internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation WHO. Die derzeit aktuelle, international gültige Ausgabe (engl. revision) ist ICD-10, Version 2013. Gemäß ICD-10 unterscheiden sich psychische Störungen nach folgenden elf Hauptgruppen:

1. organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
2. psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
3. Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
4. affektive Störungen
5. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
6. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
8. Intelligenzminderung
9. Entwicklungsstörungen
10. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit oder Jugend
11. nicht näher bezeichnete psychische Störungen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2013, S.201).

Psychische Erkrankungen nehmen laut Statistik Austria in allen Gesellschaftsschichten zu. Genaue Zahlen, wie viele Menschen in Österreich tatsächlich psychisch krank sind, liegen nicht vor. Durch erhobene Werte der Statistik Austria ist unter anderen ersichtlich, welche Krankenstandfälle auf 1000 Erwerbstätige nach Krankheitsgruppen in den Jahren 2000 bis 2014 aufgetreten sind. In 21 unterschiedlichen Kategorien ist zu sehen, dass psychische- und Verhaltensstörungen im Jahr 2014 an achthäufigster Stelle stehen. Seit dem Jahr 2005 sind diese stetig angestiegen und betragen im Jahr 2014 28,4 Krankenstandfälle auf 1000 Erwerbstätige (vgl. Statistik Austria 2014). Laut Steinert (2008) ist das Gewaltisiko bei psychisch kranken Menschen gegenüber der Allgemeinbevölkerung um den Faktor 5 erhöht, die Gewalttätigkeit bei Männern ist höher als bei Frauen und kriminelles Verhalten psychisch kranker Menschen besteht überwiegend in Form von Gewalt. Andere Formen von Kriminalität (etwa Wirtschaftskriminalität oder Betrug) werden von psychisch Kranken weniger verübt als von der Allgemeinbevölkerung. Steinert (2008) zeigt ebenso auf, dass Tötungsdelikte eher von psychisch kranken Menschen verübt werden als von der Allgemeinbevölkerung und dass das höchste Risiko für Aggression und Gewalt von Personen mit Substanzmissbrauch und mit schwerwiegenden psychischen Krankheiten (Psychose und schwerer Depression) ausgeht. Bei Männern mit einer solchen Doppeldiagnose ist das Risiko, ein Tötungsdelikt zu begehen, um das 17-fache und bei Frauen um das 85-fache im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung erhöht. Außerdem kommen gefährliche Gewalttaten häufiger bei unbehandelten psychisch kranken Menschen vor und das Ziel der Aggression sind vornehmlich Personen im Umfeld (Familie, Angehörige, ÄrztInnen, RichterInnen usw.) und nur selten Unbeteiligte (vgl. Steinert 2008, S.19).

Die Vielfalt psychischer Erkrankungen sowie die aufgezeigten Probleme erklären die Relevanz, diese vorab zu erklären, da sie zu schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege führen können.

Auch die Gesetze zur Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz und dem Heimaufenthaltsgesetz bedingen eine weitere Möglichkeit für auftretende schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege.

Diese Arbeit beschränkt sich darauf, die Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz (UbG) § 2, § 3 und § 8-9 und das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) § 2 und § 4 zu behandeln. Trotz dieser Einschränkung verweisen die angeführten Paragraphen auf die gegebene Ausgangslage. Nach dem Unterbringungsgesetz besagt §2 UbG, dass eine Person die psychiatrische Abteilung nicht aufgrund eigenen Willens verlassen darf, nur bei ärztlicher Zustimmung ist diese Möglichkeit gegeben. In diese Bestimmung fällt ebenso die vorübergehende Beschränkung der Bewegungsfreiheit. Damit ist etwa eine Fixierung im Bett durch vorgesehene Gurte gemeint. §3 UbG besagt, dass jemand bei Zutreffen dreier Voraussetzungen in psychiatrischen Abteilungen untergebracht werden darf: die Person muss psychisch krank sein, es besteht eine Selbst- oder Fremdgefährdung und ausreichende andere Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten sind nicht gegeben. §8-9 UbG beschreiben die Einweisung gegen oder ohne den Willen der Person. Zuvor muss diese von einem/r Amtsarzt/Amtsärztin, einem/r Polizeiarzt/Polizeiärztin oder einem/r anderen Arzt/Ärztin, der/die im öffentlichen Sanitätsdienst steht, untersucht und in einer ärztlichen Bescheinigung festgestellt worden sein, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz vorliegen. Nur bei Gefahr in Verzug darf die Polizei, bei Vorliegen einer Unterbringungsvoraussetzung, die Person gegen ihren Willen direkt in eine psychiatrische Abteilung überführen (vgl. RIS 2016 a).

Die Zahl der Unterbringungen steigt laut Schlaffer (2013) in Österreich stetig an. Im Jahre 2000 waren es knapp 14.000 Menschen, im Jahr 2012 über 22.000. Im Durchschnitt dauerte 2012 eine Unterbringung 11 Tage, wobei die Unterbringung bei etwa einem Viertel aller Personen bereits am zweiten Tag beendet wurde. Bei mehr als der Hälfte der Untergebrachten endete sie nach fünf Tagen, 8% aller Personen blieben mehr als 4 Wochen (vgl. Schlaffer 2013, S.4ff.). Durch die Beschränkungen von Persönlichkeitsrechten kann es zu schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege kommen.

Das Heimaufenthaltsgesetz betrifft laut §2 Alten- und Pflegeheime, Behindertenheime sowie andere Einrichtungen, in denen wenigstens drei psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen ständig betreut oder gepflegt werden können. In Krankenanstalten ist dieses Bundesgesetz nur auf Personen anzuwenden, die dort wegen ihrer psychischen Krankheit oder geistigen Behinderung der ständigen Pflege oder Betreuung bedürfen. §4 des Heimaufenthaltsgesetzes bezieht sich auf Zulässigkeitsvoraussetzungen einer Freiheitsbeschränkung. Der Gesetzestext besagt, dass eine Freiheitsbeschränkung nur vorgenommen werden darf, wenn der/die BewohnerIn psychisch krank oder geistig behindert ist und im Zusammenhang damit sein/ihr Leben oder seine/ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet ist. Die Freiheitsbeschränkung muss zur Abwehr dieser Gefahr unerlässlich und geeignet sein, sowie in ihrer Dauer und Intensität im Verhältnis zur Gefahr stehen und wenn diese Gefahr nicht durch andere Maßnahmen, insbesondere schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen, abgewendet werden kann (vgl. RIS 2016).

Das Unterbringungsgesetz und das Heimaufenthaltsgesetz regeln, welche Menschen unter welchen Voraussetzungen eine Einschränkung der Persönlichkeitsrechte erfahren dürfen/müssen. Die Unterbringung und die eventuellen damit verbundenen Maßnahmen können zu schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege führen und haben somit eine hohe Relevanz in dieser Arbeit.

Das Folgende widmet sich „schwierigen“, belastenden Persönlichkeiten. Es gibt sie und somit ist es wichtig, dass sich jede Pflegeperson dessen bewusst ist. Sie haben einen wesentlichen Stellenwert in der Pflege und der Kontakt kann, wenn nicht professionell damit umgegangen wird, zu schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege führen.

Faktum ist, dass es „schwierige“ PatientInnen gibt. Der Begriff „schwierige/r PatientIn“ soll jedoch nicht angewandt werden, da eine derartige Betrachtung vormodern geprägt ist. Dennoch existieren „schwierige PatientInnen“ und finden so auch in dieser Arbeit ihren Platz, um die Problematik

konkreter zu beleuchten (vgl. Faust, S.16). Eine einheitliche Definition „schwieriger PatientInnen“ gibt es aus psychiatrischer Sicht nicht. Dennoch gibt es drei Charakteristika. Der/die PatientIn gilt als schwierig bzw. bereitet Schwierigkeiten aus der Sicht der in der Psychiatrie tätigen MitarbeiterInnen. Weiter, der/die PatientIn hat Schwierigkeiten im Sinne einer ungünstigen Prognose und schließlich belastet der/die PatientIn die Gesellschaft durch hohe Kosten und beeinträchtigt die Sicherheit und Ordnung. Faust beschreibt basierend auf Fachliteratur und klinischen Erfahrungen, dass sich der/die „schwierige“ PatientIn durch eine non-compliance und Therapieresistenz, durch aggressives Verhalten und etwa durch Selbst- und/oder Fremdgefährdung von der Norm abweichende und sozial störende Verhaltensmuster, durch auffällige, für die Umgebung eventuell lästige und auch die Stigmatisierung fördernde Reaktionen auszeichnet (vgl. Faust, S.8ff.). Wie schon im Punkt psychische Erkrankung beschrieben, ist in dieser Gruppe eine Häufung von „schwierigen PatientInnen“ anzutreffen. Hadorn (2013) beschreibt, dass schwierige PatientInnen die Pflegeperson am längsten in Anspruch nehmen und Abgrenzungsversuche ignorieren (Smith/Hart 1994 zit.n. Hadorn 2013, S. 7) und ungeteilte Aufmerksamkeit beanspruchen. Es liegt an uns, den Begriff „schwierig“ stigmatisierend zu verwenden oder als Herausforderung zu akzeptieren und in unsere Arbeit zu integrieren (vgl. Hadorn 2013, S. 7f.). Belastende Persönlichkeiten stellen teilweise eine große Belastung für die Pflegenden dar. Es kostet viel Kraft und Geduld, sich diesen Menschen zu nähern und die Grenze zwischen Nähe und Distanz ausgewogen zu halten (vgl. Kiss 2013, S.116).

Aufgrund der verschiedenen Krankheitsbilder haben psychisch Kranke aus der Sicht der „normalen“ Menschen oft nicht rational erklärbar Eigenschaften. Es fällt schwer, ihr Denken und Handeln nachzuvollziehen und zu verstehen. Zudem müssen Pflegepersonen mit Gerüchten, Lügen, Intrigen und Anschuldigungen adäquat umgehen lernen (vgl. Kiss 2013, S.78).

„Schwierige PatientInnen“ und / oder belastende Persönlichkeiten repräsentieren im Rahmen der psychiatrischen Pflege eine besondere Herausforderung.

Angehörige sind in der Beziehung zu PatientInnen ein essentieller Bestandteil. Deshalb ist es wichtig, auch den Angehörigen Platz in dieser Arbeit einzuräumen. Auch in der Beziehung mit Angehörigen ereignen sich schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege.

Wenn Pflegepersonen mit PatientInnen arbeiten und eine Beziehung eingehen, gilt zu beachten, dass damit auch immer eine Beziehung zu den Angehörigen hergestellt wird. Das entstehende Beziehungsgeflecht lässt sich als eine Dreiecksbeziehung darstellen, der zu betreuende Mensch, die Pflegeperson und die Angehörigen. Die Situation der pflegenden Angehörigen psychisch kranker Menschen ist sehr großen Belastungen ausgesetzt. Angesichts der medizinischen Diagnose empfinden Angehörige Verwirrung und Befremdung über das merkwürdige Verhalten des erkrankten Familienmitglieds. Danach treten Hoffnung, Mitleid und Sympathie ein. Nach nicht zufriedenstellender Behandlung stellen sich häufig Zweifel und negative Gefühle wie Ärger, Zorn und manchmal sogar Hass ein. Weitere mögliche Gefühle sind Akzeptanz, Aussöhnung, Schuld, Frustration, Traurigkeit und Trauer. Im Laufe der Erkrankung wechseln die Gefühle selbst und auch ihre Intensität. Stigmatisierung, Ausgrenzung, finanzielle Belastungen, erhöhte Verantwortung für den gemeinsamen Haushalt, Erbringung von Pflege für das erkrankte Familienmitglied, Rollenkonflikte, Partnerschaftskonflikte, Leiden unter Mängeln des Versorgungssystems und Gewalterfahrungen sind mögliche Probleme und Sorgen, die bei Angehörigen im Umgang mit psychisch kranken Menschen im nahen Umfeld auftreten können (vgl. Wolff 2011, S.554f.). Die beschriebenen Belastungen beeinflussen laut Fischer, Kemmler und Meise (2004) die Begegnung zwischen Pflegenden, PatientInnen und Angehörigen. Signifikant niedriger als bei der Allgemeinbevölkerung ist die Lebensqualität der Angehörigen psychisch Kranker in allen Lebensbereichen (vgl. Fischer/Kemmler/Meise 2004, S.60f.). Bei der Begegnung mit Angehörigen ist es wichtig, die Belastungen zu berücksichtigen, mit denen sie konfrontiert sind. Der Beziehungsaufbau zwischen Angehörigen und Pflegepersonen ist davon geprägt und Erwartungen und Hoffnungen sind oft an die Pflegepersonen geknüpft. Wenn es der Pflege gelingt, die Rolle des

Vermittelnden zu leben und eventuelle Konflikte zwischen den Angehörigen und dem psychisch Kranken konstruktiv zu bewältigen, kann die Pflege zu einer wichtigen und zentralen Komponente der Gesamtbehandlung werden (vgl. Wolff 2011, S.561f.). Die Gründe für Probleme in der Kommunikation mit Angehörigen liegen oft an einer mangelnden Kommunikation und Missverständnissen. Ein gegenseitiges Verständnis wäre wichtig. Aus dessen Mangel resultiert, dass Pflegepersonen nur ungenügend Angehörige verstehen, wie es auch umgekehrt zutreffen kann, dass Angehörige Pflegepersonen ungenügend Verständnis entgegenbringen. Spannungen sind die Folge. Intuitiv wird der Mangel erfasst „Es passt etwas nicht!“. Wichtig ist Prävention. Präventive Konfliktvermeidung ist einer Konfrontation vorzuziehen. Bei zunehmendem Konflikt wird umso mehr an Gewalt freigesetzt. Konflikte gehen auch mit Kränkung einher, die die Wahrnehmung verengt und den Blick trübt. Ein Kreislauf beginnt, denn der Gekränkte sieht sich im Recht und kränkt deshalb auch (vgl. Schmid 2014, S. 24f.). Bei einem Mangel an Prävention kann es zu schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege kommen.

Angehörige haben einen wichtigen Stellenwert in der Betreuung und Behandlung psychisch kranker Menschen. Sie gilt es einzubeziehen und zu berücksichtigen, anderwärtig es zu schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege kommen kann.

Kiss (2013) beschreibt in seiner Magisterarbeit für Pflegewissenschaften mit dem Titel „Belastung und Bewältigung der Pflege psychisch kranker Menschen“ einige weitere schwierige Situationen, die im Rahmen der Pflege auftreten können und in dieser Arbeit bisher noch nicht erwähnt worden sind. Die Beziehungsgestaltung mit psychisch Kranken stellt eine permanente Forderungssituation dar, darüber hinaus mangelnde Erfolgserlebnisse. Auch die Schutzlosigkeit der Pflegenden, die an „vorderster Front“ arbeiten, die fehlende Identität und Rollenkonflikte, das Helfersyndrom, die sekundäre Traumatisierung und schließlich weitere Belastungssituationen zählen dazu (vgl. Kiss 2013, S.31).



Der folgende Punkt Abschnitt behandelt den Begriff „Zwang“. Diese Maßnahme geht durchaus mit Problemen einher und kann ebenfalls zu schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege führen.

## 2.2. Zwang

Zwang ist eine Begrifflichkeit in der Pflege, die keine genaue Definition zulässt. Deshalb beschränkt sich diese Arbeit darauf, Maßnahmen aufzuzählen bzw. diese näher zu beschreiben, wo Zwang in der psychiatrischen Pflege unter besonderen Umständen bei den PatientInnen angewendet wird. Dazu zählen etwa Unterbringungen nach dem Unterbringungsgesetz, Fixierungsmaßnahmen und Medikamentenverabreichungen gegen den Willen der PatientInnen. Fixierungsmaßnahmen sind Maßnahmen, bei denen unter anderem Zwang angewendet wird. Bei der Fixierung binden Pflegepersonen die PatientInnen mit Gurten ans Bett. Diese drastische Maßnahme bedarf jedoch bestimmter Voraussetzungen. Im Unterbringungs- und Heimaufenthaltsgesetz sind die Voraussetzungen für eine Freiheitsbeschränkung beschrieben. Das Zureden zählt ebenso zu den Zwangsmaßnahmen und führt beispielsweise dazu, die verordneten Medikamente einzunehmen. Alles, womit die PatientInnen nicht einverstanden sind, versteht sich als Zwang. Das Ziel soll sein, Zwangsmaßnahmen so gering wie möglich einzusetzen und es wäre zu begrüßen, eine gewaltfreie Psychiatrie zu schaffen. Jedoch lassen sich Gewaltausbrüche und überbordende Aggressionen von Seite der PatientInnen nicht immer vermeiden. Geht es nach den PatientInnenvertretungen, sollte die Psychiatrie gewaltfrei sein. Zwänge würden manchmal zu lebenslangen Traumatisierungen führen (vgl. Rytina 2012). Zu Zwangsmaßnahmen zählen auch die Wegnahme oder das Vorenthalten von Gegenständen, die Beschränkung des Aufenthaltes im Freien und die Absonderung in einem besonderen Raum, etwa die Isolierung (vgl. Anderl-Doliwa/Breitmaier/Claus/Elsner/Kuntz-Sommer 2014, S. 9).

25% der Aufnahmen in psychiatrischen Abteilungen in Österreich erfolgen gegen den Willen der Patienten/innen, da diese zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage sind, eine freiwillige Entscheidung zu treffen. Wie bereits

erwähnt, gibt es hierzulande die Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz (vgl. Schlaffer 2013, S.4). Zwangsmaßnahmen können bei jeder psychiatrischen Erkrankung notwendig sein und stellen die Pflege oft vor ethische Probleme. 1975 wurden in der Psychiatrie-Enquete schwere Mängel und gravierende Menschenrechtsverletzungen in Deutschland festgestellt. Diese sind jedoch nicht nur in Deutschland feststellbar gewesen, sondern auch in anderen europäischen Ländern. Seither hat sich die Situation in der Praxis erheblich verbessert. Schonendere Behandlungen, mehr Achtung der PatientInnenrechte und deutlich kürzere Aufenthaltszeiten haben die Situation für PatientInnen verbessert (vgl. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013, S.1334). Obwohl durch solche Maßnahmen versucht wurde, Zwangsmaßnahmen einzudämmen, zeigte sich in Forschungsarbeiten der letzten Jahre, dass diese Mängel auch noch gegenwärtig bestehen. Daraus resultieren Probleme in der Pflege. Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen bedürfen immer einer rechtlichen Legitimation und bei der Umsetzung bedarf es höchster Professionalität. Die Interventionen sollten so einfühlsam, so respektvoll und so sanft wie nur möglich durchgeführt werden. Zwangsmaßnahmen müssen im Sinne einer „ultima ratio“ erfolgen, woraus sich die Notwendigkeit einer Prävention ableitet (vgl. Anderl-Doliwa et al. 2014, S. 3).

Der Zwang, der vom Pflegepersonal ausgeübt wird, kann zu schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege führen. Darüber hinaus bedeuten Aggression und Gewalt zwei weitere schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege. Diese Begriffe sind im Kontext mit Psychiatrie schwer trennbar. Zahlreiche Studien und Berichte, Statistiken und Forschungen beziehen sich ohne Differenzierung auf diese beiden negativen Ausdrucksformen in der Psychiatrie.

### 2.3. Aggression und Gewalt

Es gibt keine einheitliche Definition von Aggression und Gewalt. AutorInnen verwenden diese Begriffe sowohl synonym als auch differenziert.

Nach Needham und Sauter (2011) ist Gewalt in der psychiatrischen Arbeit ein sicher beeinflussbares, aber nie völlig vermeidbares Phänomen. Der Umgang mit aggressiven und gewaltbereiten Menschen gehört zu den schwierigsten Aufgaben in der Pflege. Die Intervention bei Gewalteskalation ist eine hohe Herausforderung und die Pflegenden bedürfen in solchen Krisensituationen Selbstsicherheit, Überblick und Aktionsfähigkeit. Besonders Menschen mit rezidivierend fremdaggressivem Verhalten stellen ein Problem dar. Gewalt und Aggression können sehr unterschiedlich auftreten und in unterschiedlichen Formen und Ausprägungsgraden zum Ausdruck kommen. Wie schon unter dem Punkt psychische Erkrankungen beschrieben, kann es bezüglich Aggression und Gewalt bei psychisch kranken Menschen zu schwierigen Situationen kommen. Das Gewaltrisiko bei psychisch kranken Menschen ist erhöht, die Gewalttätigkeit bei Männern ist höher als bei Frauen und kriminelles Verhalten psychisch kranker Menschen besteht überwiegend in Form von Gewalt. Tötungsdelikte werden gehäuft von psychisch kranken Menschen verübt. Das höchste Risiko für Aggression und Gewalt geht von Personen mit Substanzmissbrauch und mit schwerwiegenden psychischen Krankheiten (Psychose und schwerer Depression) aus. Das weibliche Geschlecht ist diesbezüglich prädestiniert, ein Tötungsdelikt zu begehen, das Risiko beträgt das 85-fache im Vergleich mit der allgemeinen Bevölkerung, bei männlichen Personen das 17-fache. Unbehandelte psychisch kranke Menschen haben als Ziel ihrer Aggressionen vornehmlich Personen aus ihrem Umfeld (vgl. Needham/Sauter 2011, S.619f.). In einem deutschen Praxisleitfaden sind anschaulich die Gründe für Gewalt und Aggression im Gesundheitswesen angeführt. Das innere Spannungsfeld der PatientInnen, hohes Aggressionspotential der PatientInnen, mangelnde Einsicht in Maßnahmen, Betreuung und Behandlung werden als Gewalt empfunden, starke und zahlreiche Stressoren für MitarbeiterInnen,

schwierige Helferbeziehung, eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit der PatientInnen und Erwartungsdruck an PatientInnen und MitarbeiterInnen (vgl. Wesuls/Heinzmann/Brinker 2005, S.8).

Gerade schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege wie Aggression und Gewalt können zu Ängsten des Pflegepersonals führen. Angst und deren mögliche Folgen werden nachfolgenden behandelt. Wichtig ist, auch der Angst von Pflegenden Platz einzuräumen und sie zu verstehen.

Angst gehört zu unserem Leben. Sie begleitet und hemmt uns, aber sie kann auch zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit beitragen. Psychiatrische Pflegepersonen sind mit Aggression und/oder Gewalt sowie Drohungen häufig konfrontiert. Neben körperlichen Verletzungen, die meist sichtbar sind, kommt es auch zu erheblichen psychischen Belastungen, nämlich unter anderem zum Gefühl der Angst (vgl. Mayer 2012, S.223f.). Eine mögliche Definition von Angst ist laut Duden ein „mit Beklemmung, Bedrückung, Erregung einhergehender Gefühlszustand [angesichts einer Gefahr]; undeutliches Gefühl des Bedroht-seins“ (Duden online 2017 a). Ängste haben unterschiedliche Ursachen. Im Laufe eines Lebens lernen Menschen Werte und Normen der Gesellschaft und verinnerlichen diese ganz oder teilweise. Darunter sind auch Vorurteile, die jedoch nicht auf ihre Wahrheit überprüfte, meist negative Urteile sind. Diese beeinflussen uns bei der Kategorisierung von Situationen und Personen. Die Psychiatrie stellt diesbezüglich eine besondere Herausforderung dar, da sich die Gesellschaft von vermeintlich „Unnormalen“ abgrenzen will und die im geschichtlichen Verlauf verheerende Sicht auf die Psychiatrie manifestiert hat. Als Überbegriff kann der Ausdruck der Stigmatisierung verwendet werden (vgl. Utz 1993, S.1f.). Für eine stigmatisierte Person besteht im Umgang mit „Normalen“ die Hauptmöglichkeit, die Andersartigkeit abzulegen. Diese Situationen sind jedoch meist von Spannungen, Unsicherheiten und Ängsten auf beiden Seiten geprägt. Die Betroffenen zeigen daraufhin defensive Strategien wie Rückzug und Geheimhaltung und haben Angst davor, wie sie vom Gegenüber beurteilt werden und was die anderen wirklich über sie denken. Die nicht-stigmatisierte Person fühlt sich

unsicher im Kontakt mit dem/r Erkrankten und fühlt sich der Situation nicht gewachsen. Zumeist ist er/sie aber auf das Stigma des Gegenübers fixiert, allerdings ohne ein offenes Erkennen zu zeigen. Die AutorInnen sind zur Schlussfolgerung gekommen, dass Versuche die Haltung der Allgemeinbevölkerung zu psychisch Kranken zu ändern, kritisch zu beurteilen sind, wogegen Interventionen bei spezifischen Gruppen, zum Beispiel bei Fachpersonen, als erfolgversprechender anzusehen sind. Die PatientInnen werden nicht nur in der und durch die Gesellschaft, sondern auch während ihres Aufenthaltes in der psychiatrischen Klinik durch das Fachpersonal und die Pflegenden stigmatisiert. Ziel ist es eine „Entstigmatisierung“ zu erwirken (vgl. Berner 2007, S.131ff.).

Utz (1993) hat in seiner Arbeit im Rahmen einer Datenerhebung ein strukturiertes Interview gewählt. Daraus haben sich unter anderem folgende Schlüsse ergeben. Angst wird von den Befragten als Ausnahmezustand beschrieben, der etwa in schwer beherrschbaren Situationen auftritt, in heiklen Situationen mit bei PatientInnen mit überschießenden Gefühlen, aber auch wenn sich die Pflegepersonen um suizidale Menschen sorgen. Es entsteht ein Gefühl der Unsicherheit, ob und wie gehandelt und wie reagiert werden soll. Die Bedrohung wird hin bis zur Lebensbedrohung empfunden. Folgen der Angst von Pflegepersonen sind auf der vegetativen Ebene Schweißausbrüche, Unruhe, Herzklopfen, Aufregung und Zittern. Die Befragungen haben ebenso ergeben, dass Pflegende als mögliche Strategie gegen auftretende Ängste sich Selbstvorwürfe machen, da sie zum Teil unrealistisch hohe Ansprüche an sich selbst stellen und die Möglichkeiten in der Behandlung von PatientInnen überschätzen. Eine weitere Bewältigungsstrategie und / oder die Folge von Angst ist, dass sich Pflegende nicht auf eine Beziehung zu den PatientInnen einlassen. So wird versucht, Distanz zu wahren. Die bisher erwähnten Strategien zeigen einen Schritt in die falsche Richtung auf. Die Angst nimmt eher zu. Utz (1993) stellt ebenso die These auf, dass Pflegepersonen, um Angst abzuwehren, sich mit den PatientInnen verbünden. Dabei kommt es zu gravierenden Auswirkungen, diese Form der Bewältigung sprengt den therapeutischen Rahmen, behindert die Arbeit mit PatientInnen und angstauslösende Situationen werden völlig vermieden, somit auch Konflikte.

Diese sind aber therapeutisch sinnvoll und notwendig. Das führt in Einzelfällen so weit, forensischen PatientInnen Fluchhilfe zu gewähren. Eine weitere Folge von Angst fokussiert darauf, bei den PatientInnen beliebt zu sein. Doch genau diese und andere bereits beschriebene Verhaltensweisen von Pflegepersonen führen letztendlich zum Konträren, zur Eskalation von Gewalt. Diese antitherapeutische Haltung löst im gesamten Team Gefühle der Wut, Frustration und des Ärgers aus. Eine weitere Möglichkeit des Umgangs mit Angst äußert sich darin, wenn ein Team sehr strenge, unflexible Stationsordnungen festlegt wie eventuell ein überzogenes Alarmsystem, Videoüberwachungsanlagen oder Reizgasspray zur Abwehr gewalttätiger PatientInnen. Eine weitere sehr drastische negative Bewältigungsstrategie gegen die Angst von Pflegepersonen ist die mechanische Fixierung als präventive Maßnahme. Machtausübung kann ebenso eine Form der Angstabwehr sein. All diese Bewältigungsstrategien führen ins Gegenteil, müssen vermieden werden und durch andere Lösungsstrategien ersetzt werden (Utz 1993, S.1ff.).

Das Gefühl der Angst beeinflusst Menschen in ihrem Handeln. Deshalb ist es erforderlich, diese zu erkennen, zu reflektieren und sie bewältigen zu lernen.

### 2.3.1. Gewalt

Gewalt ist etwas, was überall anzutreffen ist und so wird sie oft als unvermeidbarer Bestandteil der menschlichen Befindlichkeit gesehen. Sie scheint nicht zu verhindern zu sein, auf Gewalt kann nur reagiert werden. Im Gesundheitssystem beschränkt man sich darauf, mit den Folgen von Gewalt fertig zu werden. Es werden verschiedene Erscheinungsformen von Gewalt unterschieden. Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet zwischen menschlicher und kollektiver Gewalt und die gegen die eigene Person (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2003, S10f.). Durch die oft engen räumlichen Gegebenheiten auf geschlossenen psychiatrischen Stationen und die von den Pflegepersonen erwartete Unterordnung der psychisch kranken Menschen können aggressive Gefühle geschürt werden,

Konfliktpotential entstehen und Gewalt ausgelöst werden (vgl. Menche 2014, S. 1306). Jede offene Eskalation von Gewalt hat ihre Vorgeschichte und steht am Ende einer meist länger dauernden ungünstigen Entwicklung. Diese Tatsache eröffnet mannigfaltige Möglichkeiten der Prävention (vgl. Needham/Sauter 2011, S.619).

### 2.3.2. Aggression

Die Aggression wird überwiegend im negativen Zusammenhang verwendet. Der Definition nach richtet sie Schaden an, unabhängig davon, ob dieser beabsichtigt ist oder nicht. In den meisten Fällen ist eine aggressive Handlung nicht geplant. Sie entsteht aus einer emotionalen Situation heraus (vgl. Mayer 2014). Auslöser für Aggressionen in der Psychiatrie kann einerseits Angst sein, die vom psychisch kranken Menschen ausgeht, etwa wenn ein Mensch durch Wahn beeinträchtigt ist und sich durch die Pflegeperson bedroht fühlt. Andererseits können Frustration, wenn sich eventuell die Ausgangsregelung für die Betroffenen ändert, angewandter Zwang, Mangel an Zuwendung und Aufmerksamkeit, Bestrebungen von Kranken, unbedingt Wünsche durchzusetzen und krankheitsbedingte Erregungszustände und/oder Verlust der Impulskontrolle ebenso Aggressionen in der Psychiatrie auslösen (vgl. Menche 2014, S. 1306).

Im Alltag der Pflege werden grob vier verschiedene Arten von Aggression unterschieden. Einerseits verbal aggressives Verhalten, weiter nonverbale Gewaltandrohung, wie etwa mit dem Fuß stampfen, spucken oder mit einem Gehstock drohen. Darüber hinaus kommt es zu tätlichem, aggressivem Verhalten, das sowohl eine beabsichtigte Zerstörung von Gegenständen als auch die Anwendung von körperlicher Gewalt beinhaltet. Und schließlich wird noch die selbst gerichtete Aggression beschrieben, die sich zum Beispiel in Selbstverletzungen oder auch in Suizidhandlungen äußert (vgl. Schirmer/Mayer/Martin/Vaclav/Gaschler/Özköylü 2006, S.10f.).

Verbale Aggression und tätliches aggressives Verhalten werden nachfolgend eingehender beschrieben, die die Problematik der Aggression in der psychiatrischen Pflege anschaulich aufzeigen sollen.

### 2.3.2.1. Verbale Aggression

Verbale Aggression zählt zum Arbeitsalltag in psychiatrischen Einrichtungen. Die Auseinandersetzung mit dieser oder mit gewalttätigem Verhalten von PatientInnen gehört zur täglichen Praxis. Verbale Übergriffe sind deutlich häufiger als körperliche Gewalt. Exemplarisch sind im Anschluss einige der verbalen Übergriffe, die die qualitative Befragung von Richter (2012) ergaben, angeführt. Genannt wurden unter anderem Beschimpfungen wie „Verpiss Dich“, „Arschloch“, Bedrohungen inklusive Todesdrohungen wie „Hau ab oder ich bring Dich um“, „Wenn ich Dich draußen treffe, bring ich Dich um“ und persönliche Drohungen, wie etwa „Ich weiß, wo Deine Tochter zur Schule geht“. Außerdem gab das befragte Personal an, angeschrien zu werden, dass eine sexualisierte, rüde Sprache von Seiten der PatientInnen benutzt wird, persönliche Merkmale und Schwächen bekrittelt werden, zum Beispiel „Wie siehst Du denn aus?“, „Heute schon in den Spiegel geschaut?“, die professionelle Kompetenz in Frage gestellt wird und es zu Verweigerungshaltung kommt. Immerhin erlebten von 1053 Befragten 16% tägliche verbale Aggressionen gegen sich. 40% erleben diese Art der Aggression einmal wöchentlich und 55% einmal im Monat. Die häufigste Form verbaler Aggression war in dieser Studie die Verweigerungshaltung von PatientInnen. Am meisten belastet fühlen sich die befragten Personen durch Drohungen gegen die eigene Person, sowie Todesdrohungen oder gar Drohungen gegen Angehörige. Richter (2012) kam zum Ergebnis, dass die kommunikativen Fähigkeiten der einzelnen MitarbeiterInnen mit den eingesetzten Lösungsstrategien bei verbalen Übergriffen zu tun hatten. Es sollten Kommunikationstechniken, die Entwicklung von Schlagfertigkeit und verbale Deeskalation zukünftig deutlich höher bewertet und entsprechend geschult werden (vgl. Richter 2012, S.13ff.).



Knelange und Schieron (2000) sind in zwei qualitativen Studien zur Ansicht gekommen, dass Pflegepersonen durch die nicht ausreichende Aus- und Weiterbildung bezüglich kommunikativer Anteile ungenügend geschult sind (vgl. Knelange/Schieron 2000, S.10). Richter (2012) zeigt in seinem Forschungsprojekt bezüglich verbaler Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen ebenso auf, welche Bewältigungsformen bei verbalen Aggressionen vom Pflegepersonal eingesetzt werden. Etwa das Ignorieren oder Rationalisieren von Aussagen, bis hin zur Hilflosigkeit und Enttäuschung, als deren Folgen psychische Probleme der MitarbeiterInnen beschrieben werden, die bis zu einer Kündigungen des Arbeitsplatzes führten (vgl. Richter 2012, S.15f.).

#### 2.3.2.2. Tätlich aggressives Verhalten

Aggressive Eskalationen drohen vor allem dort, wo psychisch erkrankte Menschen widerstrebend oder gegen ihren Willen stationär eingewiesen werden. Oft sind diese Kranken schon krankheitsbedingt ängstlich destabilisiert und werden dann auch noch mit Ängsten vor der Institution und einer bevorstehenden Behandlung konfrontiert. PatientInnen erleben in diesen Situationen, dass sie Zwangsmaßnahmen ausgeliefert sind. Das Pflegepersonal jedoch ist gewalttätigen Übergriffen ausgesetzt. Dies hat Folgen für die körperliche wie auch für die psychische Gesundheit des Pflegepersonals (vgl. Steinert 2006, S.7).

Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen auf, dass das Risiko eines gewaltsamen Übergriffes bei bestimmten psychiatrischen Erkrankungen deutlich erhöht ist, insbesondere bei PatientInnen mit geistiger Behinderung und in akuten Krankheitsphasen. So kann es beispielsweise bei PatientInnen mit einer akuten schizophrenen Psychose zu wahnhaften Missdeutungen der Umgebung kommen, die ein aggressives Verhalten bedingen. Auch bei zu viel Nähe dekompensieren PatientInnen. Vor allem jüngere, berufsunerfahrene MitarbeiterInnen sind von gewaltsamen Übergriffen betroffen. Auszubildende haben ein 2,5-fach erhöhtes Risiko durch solche Übergriffe betroffen zu sein. Meist ist ausschließlich das Pflegepersonal Opfer von Aggressionen. Die berufliche Erfahrung trägt dazu bei,

dass Pflegende die potenzielle Gefährdung besser einschätzen lernen. Zumindest gelingt es ihnen besser, aggressiven Übergriffen aus dem Weg zu gehen. Das eigene Verhalten kann ebenfalls eine Gefährdung darstellen, wenn beispielsweise unbewusst Opfersignale übermittelt werden. Wichtig ist zu bedenken, dass alle PatientInnen, auch die, die aggressiv und gewalttätig sind, ein Recht auf eine professionelle Behandlung haben (vgl. Schirmer et al. 2006, S.10ff.).

Einige der oben erwähnten Aussagen werden in einem Literaturüberblick aus dem Jahre 2009 von den Autoren Zeh, Schablon, Wohler, Richter und Nienhaus belegt. Darin geht es um Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen. PatientInnen, die schon einmal gewalttätig waren, zeigen ein erhöhtes Risiko, wieder gewalttätig zu werden. PatientInnen mit bestimmten Diagnosen wie Schizophrenie und schizophrenen Psychosen scheinen mit erhöhter Wahrscheinlichkeit gewaltbereit zu sein. Die Gewaltbereitschaft steigt auch an, wenn Drogen- und Alkoholmissbrauch vorliegen oder Zugang zu Schuss- und Feuerwaffen besteht. Aggressionen treten auch häufig nach körperlichen Berührungen und Pflegehandlungen auf. Es gibt Risikofaktoren, die Einfluss auf die Entstehung von Gewalt und Aggression haben. Diese Faktoren kann man in drei Kategorien einordnen:

1. der Umgang mit PatientInnen
2. die Arbeitsumgebung und die Arbeitsbedingungen
3. personelle und organisatorische Faktoren

Die Aggressionsziele der PatientInnen sind laut der Studie MitarbeiterInnen. Die betroffenen MitarbeiterInnen kommen vorwiegend aus dem Bereich der Pflege (vgl. Zeh/Schablon/Wohler/Richter/Nienhaus 2009, S. 456).

Die Studie von Schrenk (2010) belegt, dass das am häufigsten verwendete Mittel von PatientInnen mit über 80% die verbale Aggression ist und mit über 35% die Aggression mittels der Hand. Damit sind Schläge gemeint. Wobei aus diesen Angaben nicht hervorgeht, ob dabei tatsächlich ein Ziel getroffen wurde oder ob die Schläge ins Leere gingen (vgl. Schrenk 2010, S.40f.). Franz und Zeh (2010) zeigen in ihrer Studie ähnliche Ergebnisse auf, die die internationale Forschung unterstreicht. In einer Stichprobe

wurden 123 Personen, die in einer psychiatrischen Klinik, in einer Werkstatt mit behinderten Menschen oder in zwei Altenheimen arbeiteten, mittels eines standardisierten Fragebogens schriftlich befragt. Es konnte erhoben werden, dass 70,7% verbale und 89,4% körperliche Aggression in den vergangenen zwölf Monaten erlebt hatten. In der psychiatrischen Klinik war die verbale Aggression gegenüber den Beschäftigten mit 96,7% im Vergleich zu den anderen Einrichtungen am höchsten. Von allen Befragten gaben 55% an, körperliche Folgen und 77,2% emotionale Folgen von Gewalt und Aggression, die von PatientInnen ausgingen, davongetragen zu haben. Die Häufigkeit der Übergriffe wie auch eventuell eine fehlende soziale Unterstützung tragen zu einer stärkeren Belastung der Betroffenen bei (vgl. Franz/Zeh 2010, S.243f.).

Als Folge von belastenden oder gar traumatisierenden Erlebnissen können Pflegenden unter Symptomen wie Belastungsreaktionen, Herzbeschwerden, Schlafstörungen oder innerer Unruhe leiden. Diese Symptome können alleine auftreten oder sich in psychiatrischen Diagnosen wie Depression, Burnout oder als andere Belastungsstörungen manifestieren. Die Folgen sind nicht nur von der erkrankten Person, sondern auch vom gesamten Pflorgeteam und in weiterer Folge von der gesamten Institution zu tragen. MitarbeiterInnen des Teams müssen für KollegInnen Ersatz leisten, anfallende Arbeiten übernehmen oder neue MitarbeiterInnen einführen. Dies führt dazu, dass die Arbeitsbelastung auch für die restlichen MitarbeiterInnen im Team deutlich ansteigt. Für die Institution beziehungsweise das Gesundheitssystem als Ganzes bedeutet der Personalausfall erhöhte Kosten sowie einen Verlust der Pflegequalität in den Behandlungsteams (vgl. Thomet/Richter 2012, S.26).

Aggression und Gewalt, die von PatientInnen ausgehen, zeigen anschaulich auf, dass es unterschiedliche Auslöser für Stress und Ängste bei Pflegepersonen geben kann und welche Folgen daraus resultieren. Die folgenden Passagen setzen sich damit auseinander. Denn Stress und die daraus resultierenden Stressreaktionen können unter bestimmten Voraussetzungen zu massiven Problemen führen, schränken den Berufsalltag

wie auch die betroffene Person ein und es können sich schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege ergeben.

## 2.4. Stress

Im Arbeitsalltag sind Pflegepersonen Stress ausgesetzt. Es werden vier Stressreaktionen unterschieden:

1. physiologische Komponenten wie Veränderungen der Herzfrequenz und der elektrischen Hautleitfähigkeit, Veränderungen im Bereich des Nervensystems und der Organe
2. eine Verhaltenskomponente wie etwa Selbstaufgabe, „aus dem Feld gehen“ oder Erhöhung der Anstrengung
3. eine Erlebenskomponente wie etwa Gefühle der Angst, Anspannung und des Unbehagens sowie Verunsicherung, Wut, Hilflosigkeit, das Gefühl des Ausgebrannt seins, bis hin zur Depression
4. eine kognitive Komponente. Hier kommt es zu Veränderungen der kognitiven Leistung. Diese umfasst alle geistig-gedanklichen Vorgänge, wie den Denk- und Wahrnehmungsprozess (vgl. Kaluza 2012, S.18f.).

Schäfer-Walkmann (2007) beschreibt die Berufsgruppe der Pflege als Hochrisikogruppe für arbeitsbedingte Belastungen. Sie meint, gesund zu bleiben trotz hoher Arbeitsbelastung, ist die Aufgabe, die von allen pflegenden Profis bewältigt werden muss. Mithilfe der Stressforschung wird untersucht, weshalb Pflegepersonen im Berufsalltag an die physischen und psychischen Grenzen stoßen, welche interpersonalen Faktoren dazu beitragen, Stress erfolgreich zu bewältigen und welche Rolle die Rahmenbedingungen in der Pflege spielen. Stress ist ein dynamisches Beziehungsgeschehen zwischen Person und Umwelt. Stress hat mehrere Facetten. Es wird zwischen Eu- und Distress unterschieden. Distress (Missbefinden) tritt auf, wenn Stressbewältigungsstrategien ohne Erfolg bleiben. Folgen können Organschwächen und gesundheitliche Risiken sein. Ist die in der Psychologie bezeichnete psychische Widerstandsfähigkeit, auch Resilienz genannt, vorhanden, sind die Schutzfaktoren erhöht und die Risikofaktoren minimiert. Wichtig ist der Umgang mit der eigenen

Gesundheit durch einen ausgewogenen Mix aus individueller Verhaltensprävention, die beim eigenen Menschen ansetzt, und organisatorischer Verhaltensprävention, die an den Rahmenbedingungen ansetzt. Zusammengefasst meint Schäfer-Walkmann „Wo Gesundheit fehlt, kann nicht gepflegt werden!“ (vgl. Schäfer-Walkmann 2007, S.1ff.).

Stress kann physiologisch, psychisch, aber auch kognitiv negative Resultate bewirken, die bei einem Mangel an individueller wie auch institutioneller Prävention schwerwiegende Probleme verursachen können. Auch darin zeigen sich schwierige Situationen, die in der psychiatrischen Pflege auftreten können.

### 3. Lösungsansätze, Handlungsmöglichkeiten und Maßnahmen für Pflegende in schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege

In diesem Kapitel werden Lösungsansätze für schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege aufgezeigt. Diese umfassen ein Maßnahmenbündel, das, individuell auf spezifische Situationen abgestimmt, angewandt werden kann. Ein Patentrezept besteht nicht. Es bedarf des Wissens der Pflegenden, der Intuition, aber ebenso deren Empathie. Gerade aber die Trennung zwischen persönlicher Betroffenheit, professioneller Begleitung und Selbstbehauptung stellt eine große Herausforderung dar. Dieses Spannungsfeld zu vermitteln, ist Aufgabe der nachfolgenden Ausführungen.

#### 3.1. Lösungsstrategie bei psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden Situationen

##### 3.1.1. Beziehungspflege

Die interpersonale Beziehungspflege bedarf erhöhter Aufmerksamkeit. Eine pflegetherapeutische Arbeit mit PatientInnen ist bei adäquater Beziehungspflege effektiver und auch langfristig sinnvoller. Laut Utz (1993) werden unter dieser Prämisse die Verabreichung von Psychopharmaka und deren massive Nebenwirkungen reduziert. Erwähnenswert ist, dass eine qualifizierte pflegerische Arbeit mehr Bestätigung und Zufriedenheit mit sich bringen kann (Utz 1993, S.13f.). Bezugspflege ist laut Galgon (2007) ein häufig evaluiertes Pflegesystem, das für MitarbeiterInnen und PatientInnen gleichermaßen Vorteile bietet. Wenn dieses Pflegesystem jedoch nicht gelebt wird, kommt es zu einer Verunsicherung und Frustration der MitarbeiterInnen und somit zu einer minimierten MitarbeiterInnenzufriedenheit. Da MitarbeiterInnenzufriedenheit in Zeiten knapper werdender finanzieller Ressourcen ein hohes Gut ist, ist diese auch durch Bezugspflege anzustreben (vgl. Galgon 2007, S. 379).

### 3.1.2. Entstigmatisierung

2006 wurde eine österreichische Untersuchung veröffentlicht, die die Benachteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen behandelte. Ziel sollte eine Verbesserung der Versorgung sein, die Integration und die Gleichbehandlung betroffener Menschen. Jeder vierte Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung, die behandelt werden muss. Die Zahl ist steigend und wird schon bald an erster Stelle für Arbeitsunfähigkeit und Frühpensionen sein. Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen zeigen, dass es nach wie vor Vorurteile gibt. Stigmatisierung und Distanz ist jedoch nicht ausschließlich auf die Laienöffentlichkeit beschränkt. Auch Angehörige von Gesundheitsberufen haben häufig eine ablehnende Haltung gegenüber psychisch Kranken. Stigmata können nur behoben werden, wenn die diskriminierende Einstellung der Gesellschaft verschwindet und Edukation, also sachliche Information, vermittelt wird (vgl. Gutiérrez-Lobos/Trappl 2006, S. 1ff.).

Stigmatisierungen bedürfen gerade im professionellen Pflegebereich einer Verbannung. Eingehendes Wissen um Sachverhalte kann aufklärend wirken, welches wiederum eine vorurteilsfreie Beziehung ermöglicht. Gerade diese Beziehung, ein Bezugssystem, ermöglicht den Aufbau gegenseitigen Verstehens, welches eine effizientere Therapie ermöglichte.

Fallbesprechungen zählen zu den Lösungsansätzen. Auch sie können inschwierigen Situationen mit psychiatrischen PatientInnen eine Hilfestellung leisten.

### 3.1.3. Fallbesprechungen

Regelmäßige Fallbesprechungen (ein strukturiertes, zielgerichtetes intra- oder interprofessionelles Gesprächsverfahren, mit oder ohne Beteiligung der Menschen mit Pflegebedarf und seinen/ihren Bezugspersonen) dienen einem multiperspektivischen Verstehen der Lebens- und Versorgungssituation, gemeinsamer Entscheidungsfindung und der Abstimmung oder

Evaluation eines gemeinsamen Vorgehens. Fallbesprechungen dienen auch dem pflegfachlichen und interdisziplinären Austausch. Laut Bundesministerium für Gesundheit gibt es wenige Modelle und Verfahren der Fallbesprechung. Jedoch steht die Wichtigkeit von Fallbesprechungen außer Zweifel, da dadurch die Qualität der Versorgung verbessert werden kann. Diese ist gerade bei Personengruppen, die unter- und fehlversorgt sind und/oder ausgegrenzt und stigmatisiert werden, elementar. Darüber hinaus wird durch Fallbesprechungen bewirkt, dass Menschen mit Pflegebedarf konkret in den Mittelpunkt des Pflege- und Betreuungsprozesses gerückt werden (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S.67). Ähnlich einer Veröffentlichung des Bundesministeriums für Gesundheit 2006 zeigt auch Utz (1993), dass Fallbesprechungen zum Thema Angst sachbezogen angewendet werden sollen. Im Rahmen solcher Besprechungen kommt es zur Veröffentlichung einer Problematik (vgl. Utz 1993, S. 16f.). Pflegerische Fallbesprechungen sind ein wichtiger Baustein der Pflegeentwicklung und ermöglichen eine kritische, reflektierte, klinische Entscheidungsfindung. Wissenschaftlich verankerte, nachhaltige und wirksame Pflege ist das Ziel von pflegerischen Fallbesprechungen. Fallstudienarbeit ist ein wichtiges Element kritischen Lernens in der Pflegeausbildung und im Rahmen von Prüfungen. Durch Fallbesprechungen werden Kompetenzen der Pflegenden gesteigert und gefördert, die klinische Urteilsbildung geschärft und klinische Denkprozesse können bewusst und anhand von Beispielen nachverfolgt werden. Zusätzlich ermöglichen sie Pflegenden analytisch vorzugehen und für die PatientInnen eine individuell passende, bedürfnisbezogene Pflege zu planen (vgl. Kaden/Keinath/Knisch/Marquard/Müller/Schmitte 2012, S. 122f.). Miller (2011) beschreibt, dass Fallbesprechungen eine Sonderform der Supervision sind und diese als pädagogische Selbsthilfegruppe verstanden werden können. Durch diese Methode besteht seiner Ansicht nach die Möglichkeit, Kompetenzen zu steigern und die Stärkung der Person zu fördern (vgl. Miller 2011, S. 151).



Deeskalation und deren Techniken in schwierigen Situationen angewandt eröffnen ebenso vorteilhafte Lösungsansätze.

### 3.1.4. Deeskalation

Im deutschen Praxisleitfaden aus dem Jahre 2005 zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen werden Bewältigungsstrategien aufgezeigt, um aggressive Situationen und den Umgang mit „angespannten“ PatientInnen professionell zu meistern. Es geht um einen offenen und professionellen Umgang mit dem Ziel, Gewalt und Aggression zu vermeiden beziehungsweise durch erfolgreiche Deeskalation zu minimieren (vgl. Wesuls et al. 2005, S.3f.). In der psychiatrischen Pflege existieren Leitsätze zum Umgang mit aggressivem Verhalten. Das Erlernen von Deeskalationsstrategien ist für Pflegepersonen unabdingbar (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S.67).

Es wird ein Sechsstufenmodell zur Deeskalation beschrieben, damit ein gezielter, geplanter und damit professioneller Umgang mit Gewalt und Aggression als Qualitätsziel einer Institution erreicht werden kann. In den sechs Stufen geht es,

1. um die Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression
2. eine Veränderung der Sichtweisen und um Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen aufzuzeigen
3. Verständnis bezüglich der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen zu beleuchten
4. kommunikative Deeskalationstechniken zu erlernen
5. patientInnenschonende Abwehr- und Fluchttechniken bei Angriffen von PatientInnen kennenzulernen
6. patientInnenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken anwenden zu können (vgl. Wesuls et al. 2005, S.3f.).

Diese erlernten Maßnahmen dienen dem Schutz der MitarbeiterInnen und PatientInnen. Eine Institution hat beiden Betroffenen gegenüber eine Verantwortung. Die PatientInnen haben einen berechtigten Anspruch auf ausgebildetes Personal und die MitarbeiterInnen stellen durch ein solch erlerntes Deeskalationsmanagement die Sicherung der Qualität im

Umgang mit Gewalt und Aggression sicher (vgl. Wesuls et al. 2005, S.3f.). Es wird explizit die Möglichkeit beschrieben, in der Praxis Deeskalation zu erreichen.

1. In der ersten Stufe geht es darum, die Entstehung von Gewalt und Aggression zu verhindern. Indem die MitarbeiterInnen kreative Ideen entwickeln, patientinnen-orientiert handeln, mögliche Veränderungen von Organisations- und Routineabläufen bedenken oder durch höhere Handlungs- und Kommunikationskompetenz eine Konfliktsituation umgehen oder abschwächen, kann es zu einer erheblichen Verminderung von Aggressionspotentialen kommen. Eine nicht notwendige Gewaltausübung sollte ein Qualitätsziel der gemeinsamen Stationsarbeit im Rahmen des Qualitätsmanagements darstellen. Das Ziel der Gewaltfreiheit sollte und muss in das Leitbild einer jeden Institution verankert sein.
2. In der zweiten Deeskalationsstufe, der Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen, geht es darum, den Eskalationskreislauf zu verstehen und danach zu handeln. Zu Beginn steht das aggressive Verhalten des/der PatientIn. Im Gegenüber starten Bewertungsprozesse, wie etwas wahrgenommen wird, welche Einstellung besteht und was interpretiert wird. Dadurch entsteht ein Gefühl bei den MitarbeiterInnen. Die Folge ist im positiven Fall ein Verhalten, dass professionell orientiert ist, gekennzeichnet von Beherrschung und Kontrolle. Dieses Verhalten trägt in weiterer Folge wesentlich zu den Gefühlen des/der PatientIn bei. Im Kontakt zu einem/r aggressiven PatientIn muss sich die Pflegeperson der Professionalität der Beziehung stärker bewusst werden. Die Beziehung soll geplant, zielorientiert und reflektiert sein.
3. In der dritten Deeskalationsstufe, Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen, geht es darum zu verstehen, dass es immer eine Ursache, einen Auslöser und einen Beweggrund, ein Motiv und eine Intention gibt. Die Aggression kann als Reaktion auf Angst und Bedrohung, als Kommunikationsversuch und Beziehungsstörung, als Folge von Ärger und Wut, als

Folge von Stress, Überforderung und Frustrationen, als Folge von Konflikten, als Reaktion auf Aggression und als Reaktion auf den Verlust von Autonomie und Kontrolle auftreten. Ziel ist es, dass sich die „hochgespannten“ PatientInnen in ihrer Not gesehen und verstanden fühlen, die Pflegenden sie als Menschen wahrnehmen, die Bedürfnisse und Gefühle haben, Be- und Verarbeitungsmöglichkeiten von Wut und Ärger anbieten und diese Platz haben, eine Reduktion von Stressoren zu fördern, einen Konflikt so zu lösen, dass alle Beteiligten ohne das Gefühl der Niederlage aus dem Konflikt entkommen und Machtkämpfe zwischen MitarbeiterInnen und PatientInnen immer vermieden werden müssen. Zusätzlich ist es förderlich, PatientInnen Autonomie und Kontrolle zuzugestehen. Wenn dies alles gelingt, dann öffnen sich häufig Verständigung und eine Kommunikation, die ohne Aggression auskommt.

4. In der vierten Deeskalationsstufe „Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit ‚hochgespannten‘ PatientInnen“ geht es um zwölf Grundregeln, die berücksichtigt werden sollten.
  - i) Entstehung von erstem Unmut, von Angespanntheit, Unruhe oder Gereiztheit zu erkennen und Interventionen zu setzen; sinnvoll ist, eine umgehende Reaktion, je später die Reaktion, desto schwieriger die Deeskalation
  - ii) wichtig ist an die eigene Sicherheit zu denken
  - iii) Schaulustige entfernen
  - iv) sich selbst zu beruhigen
  - v) eine/n Kollege/In als ein/e AnsprechpartnerIn für den/die PatientIn
  - vi) sich seiner eigenen Körpersprache, Mimik, Gestik und Stimme bewusst zu sein; das Gegenüber darf sich durch die Körperhaltung weder herausgefordert noch bedroht fühlen
  - vii) kurze Augenkontakte zu dem/r PatientIn aufzunehmen
  - viii) die/den Betroffene/n nie kontrollieren oder beherrschen
  - ix) sich selbst nicht provozieren oder von verbaler Aggression treffen lassen

- x) provokative Begriffe, Vorwürfe, Ermahnungen oder Drohungen selbst vermeiden
- xi) dem Menschen gegenüber eine wertschätzende Haltung zu haben und Respekt, Aufrichtigkeit und Empathie zu vermitteln
- xii) aktuelle Bedürfnisse, Gefühle herausarbeiten und den aktuellen Grund für die Aufregung und Angespanntheit des/der PatientIn herauszufinden; entweder durch Wahrnehmung oder durch vorsichtige Fragen (vgl. Wesuls et al. 2005, S.21ff.).

Wesuls et al. (2005) beschreibt die Notwendigkeit und die Wichtigkeit von Übungen im „Trockentraining“, da es dann eher möglich ist, in akuten Spannungszuständen die Abläufe zu verinnerlichen. Optimal ist gegenseitiges kollegiales Training oder das Training mit der Videokamera in professionellen Deeskalationsmanagement Seminaren (vgl. Wesuls et al. 2005, S.37).

5. In der fünften Deeskalationsstufe, patientInnenschonende Abwehr- und Fluchttechniken, wird beschrieben, welche Interventionstechniken es gibt, sich bei körperlichen Angriffen von PatientInnen zu schützen.
6. Die sechste und letzte Deeskalationsstufe beschreibt PatientInnen-schonende Immobilisations- und Fixierungstechniken und was bei einer bevorstehenden Immobilisation oder Fixierung zu beachten ist, welche Koordination des Handlungsablaufs bei einer Immobilisation zu treffen sind und wie die Durchführung der Immobilisation vor sich gehen sollte.

Auch wenn in unterschiedlichen Institutionen unterschiedliche Anforderungen, Deeskalationsstrategien und unterschiedliche Phänomene gegeben sind, handelt es sich um die Minimierung von Gewalt und dem verbesserten Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen. Diese zählen zu den wichtigsten Qualitätskriterien in der Arbeit mit Menschen (vgl. Wesuls et al. 2005, S.45ff.).

Richter und Berger (2001) beschreiben in einer Studie, dass die Prävention der Schlüssel zur Deeskalation ist. Ungeschulte, Auszubildende und unerfahrene MitarbeiterInnen sollen geschult werden, um

Frühwarnzeichen wie eine geringe Körperdistanz oder eine bedrohliche Geste zu erkennen. Es geht darum, das Gefahrenpotential zu mindern, Gewalt zu vermeiden und durch Mittel der Kommunikation die aggressive Atmosphäre zu entschärfen (vgl. Richter/Berger 2001, S. 245).

Needham und Sauter (2011) beschreiben ebenso die Wichtigkeit der Deeskalation. Diese führt, wenn sie präventiv und frühzeitig eingesetzt wurde, zur Entspannung einer Situation. Die Aggression hat eine Dynamik, die Aggressionsdynamik. Zu Beginn zeigt sich das Normalverhalten. Hier ist keine Aggression bemerkbar, auch noch nicht aufgetreten. Bestimmte Faktoren können jedoch Aggressivität fördern, etwa die Haltung des Personals und die Stationsatmosphäre. Dann kann es zur Auslösephase kommen. Im Sinne der Deeskalation erfordert es, hier einzugreifen, um das aufkommende aggressive Geschehen abzuwenden. Erkennbar ist dieses etwa durch körperliche Erregung, Anspannung, kognitive Defizite, emotionale Regungen und durch Inkongruenz zwischen den verschiedenen Komponenten. In der Regel wirkt deeskalierend, wenn ein/e VertreterIn des jeweils anderen Geschlechts auf den/die PatientIn zugeht, etwa Kontakt mit jenem Teammitglied mit dem besten Zugang zur/m Betroffenen. Beim Kontakt gilt es, auf Nähe und Distanz achten. Wenn durch die betroffene Person nicht konkret angezeigt wird, sollte Körperkontakt vermieden werden. Sollte dazu die Möglichkeit bestehen, dann sind dem/der PatientIn Wahlmöglichkeiten zu lassen. Das Gefühl sollte vermittelt werden, selbst entscheiden und wählen zu können. Erforderlich ist, mit Einfühlungsvermögen und Wertschätzung dem Menschen begegnen, Gefühle ansprechen und zeigen, dass er/sie ernst genommen wird. Nachfragen, geschlossene Fragen stellen, verbal nicht überfordern und die Problematik diplomatisch ansprechen, kann helfen, eine schwierige Situation zu deeskalieren. Dazu zählt, insgesamt für eine ruhige Atmosphäre zu sorgen, auf keine Diskussionen eingehen und klare Absprachen ausmachen. Zeigt sich die Deeskalation als unwirksam, kommt es zur Eskalationsphase. Diese ist gekennzeichnet von psychischer und physischer Erregung. In der folgenden Phase, der Krise, tritt Aggressivität ein, danach folgen die Phase der Erholung und die Phase der Depression nach der Krise. Bestand die Möglichkeit, angespannte Situationen rechtzeitig wahrzunehmen

und adäquat darauf zu reagieren, war die Deeskalation erfolgreich und die Aggressionsdynamik konnte gestoppt werden. Eine ruhige Atmosphäre mit einem professionellen Umgang miteinander kann aufgebaut werden. Wichtig dabei ist zu beachten, dass besonders im stationären Kontext die Zusammenarbeit im Team erforderlich ist, wenn es um Vermeidung von oder den Umgang mit Gewalt geht. Themen wie Angst und Aggression müssen Platz haben, und es muss offen darüber gesprochen werden können (vgl. Needham/Sauter 2011, S.619ff.).

Laut Needham und Sauter (2011) sollten Schulungen gegen Aggression die Themen Aggressionstheorien und –modelle, Ursachen, Auslöser und Vorboten aggressiven Verhaltens, Kommunikation mit (potenziell) aggressiven Menschen und Deeskalation, Konfliktmanagement, organisatorische Aspekte der Aggressionshandhabung, Reflexion und ethische Aspekte im Umgang mit Aggression, konkrete (körperliche) Techniken zur Aggressionsbewältigung (etwa Abwehr- und Haltegriffe, oder Teamtechniken zur koordinierten Aggressionshandhabung bei Beteiligung mehrerer HelferInnen) erfolgen. Aggression und Gewalt stellen eine große emotionale und fachliche Herausforderung für die PatientInnen und die Helfenden dar. Je konkreter Pflegepersonen gelernt haben, damit umzugehen und je besser sie auf solche Situationen vorbereitet sind, desto positiver sind die Effekte. Sie sind zuversichtlicher, schwierige Situationen besser bewältigen zu können (vgl. Needham/Sauter 2011, S.633f.).

Deeskalation und deren Anwendung zählen zu jenen Lösungsansätzen, um schwierige Situationen der psychiatrischen Pflege bewältigen zu können.

Wie sich schon bisher gezeigt hat, bedeutet Kommunikation ein wichtiges Moment, da diese gelungen ein hohes Lösungspotential in sich trägt.

### 3.1.5. Kommunikation und Körpersprache

Die Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegepersonen und PatientInnen ist die Basis aller pflegetherapeutischen Maßnahmen. Die Gesprächsführung ist ein spezieller Bereich der Kommunikationspsychologie. Es entspricht einer Kunst, Gespräche zu führen, sie zu beeinflussen, zu leiten oder zu steuern. Durch eine gelungene Gesprächsführung ist es möglich, Gespräche gezielt und sinnvoll zu führen, effektiv zu sein und eine positive Wirkung zu erzielen. Im Rahmen einer guten Gesprächsführung zusammen mit einer Basiskompetenz in der Pflege bieten sich Möglichkeiten und Gesprächstechniken, die im Kontakt mit den PatientInnen und Angehörigen wichtig sind (vgl. Kulbe 2009, S. 101f.).

Laut Paul Watzlawick können wir „Menschen nicht nicht kommunizieren“ (Watzlawick 2016, S.15). Menschen sind immer in Kommunikation, ob durch Sprache oder Körpersprache, durch Taten oder Unterlassungen. Kommunikation findet sowohl verbal als auch nonverbal, sowie bewusst als auch unbewusst statt. Watzlawick meint, dass gute Kommunikation nicht auf die Wahl der richtigen Worte reduziert werden kann. Menschen senden und empfangen ständig Botschaften. Gute Kommunikation setzt das Verständnis und die Offenheit für die selbst gesendeten Botschaften voraus. Während einer Interaktion überwiegen die nonverbalen Äußerungen normalerweise deutlich: 65% aller Informationen werden nonverbal vermittelt und nur 35% verbal. Gefühle werden fast immer zuerst nonverbal und besonders durch die Mimik ausgedrückt. Den meisten KommunikationspartnerInnen fällt umgehend die Diskrepanz zwischen nonverbalen und verbalen Äußerungen auf. Sprachliche und nicht sprachliche Teile der Nachricht können unterstützend und ergänzend wirken, aber auch verwirrend sein, wenn sie einander widersprechen. Es wird von kongruenten und inkongruenten Nachrichten gesprochen (vgl. Watzlawick/Beavin 1967, S.4f.).

Körperhaltung, Bewegung, Gestik und Mimik gehören zur Körpersprache (vgl. Duden 2017 b). Menschen nehmen sie unbewusst wahr und setzen

die Körpersprache auch meist unbewusst ein. In den ersten Sekunden, in denen ein Kontakt stattfindet, nehmen wir unbewusst und intuitiv Körpersprache, Aussehen, Kleidung oder auch den Klang der Stimme wahr. In diesen wenigen Sekunden kommt es zu einer Orientierungshilfe. In der Körpersprache spiegelt sich ungesagtes und unsichtbares aus Gedachtem, Motiven und Handlungen wieder. Das Zusammenspiel der psychischen und physischen Ausdrucksform ist sehr vielschichtig. Deshalb ist es wichtig den Menschen in verschiedenen Situationen zu beurteilen und nicht ausschließlich durch ein einziges körpersprachliches Signal. Es existiert keine Formel für Menschenkenntnis, da erst viele Gesten, unterschiedliche Körperhaltungen und die Dynamik der Bewegungen einen Gesamteindruck ergeben (vgl. Bruno/Adamczyk 2009, S.10ff.).

Schulungen in Kommunikation führen zu überlegterem Handeln und Wissen über die erlangten Inhalte kann abgerufen werden. Dieses Wissen hilft bei strukturierten Gesprächen, Stations- und Teambesprechungen (vgl. Utz 1993, S. 16f.).

In der Arbeit von Biedermann (2010) wird der Frage nachgegangen, ob ein erweitertes Kommunikationsmodul bei AbsolventInnen eines Basisdeeskalationsseminars zur Reduzierung von Aggressionsereignissen führt. Ziel war die Reduzierung von Aggressionsereignissen durch Kompetenzerweiterung in der Gesprächsführung. In Studien konnte kein direkter Zusammenhang zwischen erworbener Kommunikationskompetenz im Rahmen eines Deeskalationsseminars und einer dadurch abzuleitenden Reduktion von Aggressionsereignissen hergestellt werden. Jedoch verdrängt sich die Annahme, dass das Trainingsprogramm durchaus eine Reduktion von Aggressionsereignissen zur Folge haben kann. In einer Studie die von Biedermann (2010) in seiner Arbeit herangezogen wurde, ist die Aussage besonders hervorzuheben, dass bei fast siebzig Prozent der Aggressionsereignisse ein Deeskalationserfolg durch ein Gespräch erreicht wird. Eine in der Arbeit von Biedermann weitere angeführte Studie besagte, dass das Training einen nachweislichen positiven Einfluss auf die Wahrnehmung der MitarbeiterInnen auslöste und dass der Trainingskurs in Aggressionsmanagement gekoppelt mit einer systematischen Risikoeinschätzung möglicherweise eine Senkung von Zwangsmaßnahmen



und Aggressionsereignissen bewirken konnte. Eine andere von Biedermann herangezogene Studie hat unter anderem ergeben, dass einmalige Schulungen während der Pflegeausbildung als nicht ausreichend eingestuft wurden (vgl. Biedermann 2010, S.4ff.).

Das Wissen in speziellen Kommunikationsschulungen betreffend das Modell der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg zu erlangen, kann laut Drumel (2013) durchaus die Möglichkeit bieten, sowohl PatientInnen als auch Angehörigen und Pflegepersonen den Umgang miteinander zu vereinfachen, achtsamer miteinander umzugehen, Tiefe in den Beziehungen zu erlangen und die Arbeitsbedingungen und die Atmosphäre am Arbeitsplatz zu verbessern (vgl. Drumel 2013, S23f.).

Laut Rosenberg (2010) erleichtert die gewaltfreie Kommunikation (GFK) den Kommunikationsfluss, da versucht wird, beim Sprachgebrauch ein Wohlwollen zu vermitteln und nicht Ablehnung oder Abwertung. Die GFK bietet die Möglichkeit, Verbindungen mit anderen Menschen zu schaffen, Lösungen zu finden, respektvoll miteinander umzugehen und eine mögliche Methode, uns mit mitfühlenden Menschen zu verbinden. Es fördert Respekt, intensives Zuhören und Empathie. Mit der GFK ist jede Person in der Lage, Auseinandersetzungen und Konflikte zu lösen. Grob wird die GFK in vier Komponenten unterteilt:

1. das Auseinanderhalten von Beobachten und Bewerten; wenn eine Beobachtung neutral beschrieben wird, kommt es zu einer gelungenen Kommunikation
2. das Ausdrücken von Gefühlen, löst beim Gesprächspartner Emotionen aus
3. „Das Bedürfnis“ beschreibt Bedürfnisse, die hinter unseren Gefühlen stehen; Andere haben nun die Möglichkeit einfühlsam darauf zu reagieren
4. Bitten und Wünsche ansprechen; wenn diese Bitten und Wünsche erfüllt werden, wird unser Leben schöner und die gemeinsame Lebensqualität wird verbessert (vgl. Rosenberg 2010, S. 25f.).

Notwendige Schritte und Maßnahmen sind laut Utz (1993) Gespräche, also gelungene Kommunikation. Er ist der Meinung, dass dies nicht selbstverständlich ist, sondern eine Fähigkeit, die gelernt werden muss.

Ziel muss sein, die Pflegepersonen in der Gesprächsführung aus- und weiterzubilden. Sie können in problematischen Prozessen das Wissen über Kommunikation und Kommunikationstechniken effektiver abrufen und umsetzen (Utz 1993, S. 16f.).

Auch Miller (2011) beschreibt in seinem Buch über Beziehungsdidaktik, dass ein Gesprächstraining sinnvoll für die Arbeit in sozialen Berufen ist und die Gesprächs- und Beratungskompetenzen damit gefördert werden. Es geht um Erleben, Erfahren und Erkennen durch das Tun. Der Lerngewinn ist aufgrund der Selbsterkenntnis enorm hoch, durch Klärung kommunikativer Vorgänge und zwischenmenschlicher Beziehungen und durch die Zunahme an Handlungssicherheit (vgl. Miller 2011, 169f.).

Richter (2012) beschreibt in seinem Forschungsprojekt über verbale Aggression in psychiatrischen Einrichtungen, dass das verbale Deeskalationstraining bis heute am Rande steht und dies sehr nachteilig für alle Beteiligten ist. Die meisten Übergriffe begannen in verbalen Eskalationen. In dieser Stufe wäre es manchmal möglich, die Situation noch zu deeskalieren, wenn die MitarbeiterInnen in Deeskalationstechniken ausreichend geschult wären. Leider ist dies nicht immer der Fall und so kann ein körperlicher Übergriff die Folge sein. Es wird auch beschrieben, dass die verbale Aggression als die subjektiv höhere Belastung eingestuft wird. So ist Richter (2012) der Meinung, Schulungen in den verschiedenen Kommunikationstechniken, Entwicklung in Schlagfertigkeit und das Können bezüglich verbaler Deeskalation müsse in Zukunft eine deutlich höhere Bedeutung erlangen als bisher. Weiter beschreibt er die Wichtigkeit von Bewältigungstechniken gegenüber Drohungen und anderen belastenden verbalen Angriffen zu kennen und umsetzen zu können (vgl. Richter 2012, S.17).

Durch Beobachtung und Wahrnehmung zwischenmenschlicher Regungen können menschliche Empfindungsäußerungen wie etwa Angst realisiert werden. Wichtig für Auszubildende ist, derartige Empfindungsäußerungen zu thematisieren. Das Verstehen von Körpersprache und deren Einbettung als kommunikatives Ausdrucksmittel trägt bei, schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege lösen zu helfen.

### 3.1.6. Erlernen von praktischen Abwehrtechniken

Das Erlernen von praktischen Abwehrtechniken physischer Gewalt ist eine weitere Möglichkeit, mit schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege im Notfall umzugehen. Es kann zur Folge haben, die Sicherheit und das Selbstvertrauen zu erhöhen und den Handlungsspielraum zu erweitern. Das Lernen praktischer Abwehrtechniken muss durch eine psychologische Ausbildung und Supervision begleitet werden, da sonst die Gefahr besteht, dass das Personal Stärke demonstriert, sich an der physischen Leistungsfähigkeit orientiert und damit die PatientInnen provoziert (vgl. Utz 1993, S.21). Needham und Sauter (2011) beschreiben unter anderem ebenso das Erlernen von Techniken zur Aggressionsbewältigung, etwa Abwehr- und Haltegriffe oder Teamtechniken zur koordinierten Aggressionshandhabung bei Beteiligung mehrerer HelferInnen als mögliches Training und zur Schulung im Umgang mit Aggression und Gewalt (vgl. Needham/Sauter 2011, S.633.). Richter und Berger (2001) beschreiben in der Studie bezüglich Gewaltsituationen in der psychiatrischen Pflege, dass ein Trainingsprogramm bezüglich der Abwehr eines körperlichen Angriffes eine der möglichen Maßnahmen darstellt, um Gewalt zu mindern (vgl. Richter/Berger 2001, S. 246).

Das Erlernen von praktischen Abwehrtechniken ist eine Möglichkeit, schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege aufzulösen. Richtig geschult und angewandt handelt es sich um einen möglichen Lösungsansatz.

Spezifische Schulungen, deren Notwendigkeit und Voraussetzungen zum effizienteren Lernen umrissen werden, bieten Lösungsansätze für schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege.

### 3.1.7. Spezifische Schulungen

Laut Bundesministerium für Gesundheit bewirken spezifische Schulungen einen Wissenszuwachs. Oftmals sind diese aber ungenügend, um das eigene Pflegeverhalten zu verändern, denn Veränderungsmöglichkeiten hängen vor allem davon ab, ob bei der Vermittlung der Inhalte sowohl die kognitive als auch die emotionale Ebene und die Haltung der Pflegenden angesprochen worden ist. Einmalige, kurze Schulungen reichen nicht aus, um nachhaltig eine Praxisveränderung zu bewirken. Neben regelmäßigen Wiederholungen der Schulungen ist ein umfassendes Implementierungs- und Motivationsmanagement Voraussetzung für Entwicklungen in der Praxis. Dazu zählt etwa die Implementierung des Gelernten in den pflegerischen Alltag, Begleitung in akuten Situationen, Hilfe bei der Entwicklung von individuellen Lösungen, Supervisionen, Reflexion des eigenen Handelns, die stetige Motivation der MitarbeiterInnen und Neues in den Alltag einfließen zu lassen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006).

Auch Berner (2007) beschreibt in „Die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen. Konzept zur Sensibilisierung von Pflegefachpersonen“, dass es hauptsächlich um eine persönliche, emotionale Einstellung und Haltung der Pflegepersonen geht, damit es nicht zu Ausgrenzungen und Stigmatisierungen kommt. Um Fachpersonen diesbezüglich zu schulen, werden eine stete Selbstreflexion, Supervisionen, Intervision, Reflexion im Team und Selbsterfahrung als notwendig beschrieben (vgl. Berner 2007, S. 131f.).

Zeh, Schablon, Wohlert, Richter und Nienhaus (2009) beschreiben in ihrem Literaturüberblick mit dem Titel „Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen“, dass für den professionellen Umgang mit Gewalt und Aggression umfangreiche Trainings- und Schulungsprogramme angeboten werden sollten. Ob diese effektiv sind, kann bislang aber nicht

befriedigend beantwortet werden, da in den Arbeiten sehr unterschiedlich methodologisch vorgegangen worden ist. Somit ist ein Vergleich kaum möglich. Nur eine Studie entsprach dem Standard einer randomisierten, kontrollierten Studie. In ihr nahm die Anzahl aggressiver Vorfälle nach Interventionen nicht ab. Allerdings stieg die Zuversicht der MitarbeiterInnen, in schwierigen Situationen handeln zu können (vgl. Zeh et al. 2009, S. 457).

Grywa (2004) beschreibt in einem Züricher Pilotprojekt zum Aggressionsmanagement, dass spezielle Schulungen wichtig zum Schutz der MitarbeiterInnen und in weiterer Folge der PatientInnen sind. Die theoretischen und praktischen Inhalte waren Definitionen von Aggression und Gewalt, Vorkommnisse in der Schweiz und im internationalen Vergleich, Aggressionstheorien sowie Merkmale und Ursachen bzw. Entstehung von Aggression, Auseinandersetzung mit eigener Aggression, Angst und Macht, Eskalationsphasen, Deeskalationsstrategien, Konfliktstile, Konfliktmanagement, Kommunikations- und Interaktionstechniken, Verhalten nach einem Aggressionseignis, Sicherheitsmanagement und Prävention am Arbeitsplatz, Teamkultur, rechtliche und ethische Aspekte, Assessmentfertigkeiten (Einschätzung von Gewaltisiko und Erfassung von Aggressionseignissen), kontrollierte Befreiungs- und Abwehrtechniken in Situationen mit körperlichen Übergriffen und professioneller Umgang mit Zwangsmaßnahmen mittels „Dreier-Team-Techniken“ (Isolation, Fixation).

Die Schulungen wurden außerhalb der Klinik, in den Räumen einer Gesundheits- und Krankenpflege-Schule, durchgeführt. Zur Verfügung standen ein Unterrichtszimmer, in dem theoretische Unterrichtseinheiten vermittelt wurden und eine Turnhalle, die mit Matten ausgestattet war. In der Turnhalle wurden die praktischen Übungen und Techniken geschult. In drei Basiskursen von je fünf Tagen erlernten die TeilnehmerInnen (Pflegepersonen, Ärzte/Ärztinnen, Nachtwachen) praktische Fertigkeiten in Übungen und Rollenspielen und erarbeiteten interaktive Fertigkeiten und berufsethische Aspekte der Handhabung von aggressivem und gewalttätigem Verhalten. Die erworbenen Handlungskompetenzen umfassten alle drei Aspekte von Gewaltsituationen, die der Prävention, der

Krisenbewältigung und der Nachsorge sowie der Nachbesprechung. Das Ausbildungsprogramm orientierte sich an internationalen Ausbildungsrichtlinien. Das Schulungsprogramm beinhaltete folgende Ziele:

1. auf der Grundlage von neusten Erkenntnissen kontrolliert mit Gewalt und Aggressionen am Arbeitsplatz umgehen können
2. die Situationen mit aggressivem Verhalten realistisch einschätzen und angemessen darauf reagieren können; die Schulung basierte auf den Prinzipien von Control & Restraint, nicht verletzend, sowie höchst möglicher Schmerzfreiheit für die PatientInnen. Im Unterricht wurden verschiedene Medien und Lernformen eingesetzt zum Beispiel Referate, Lehrgespräche,

Folien und Unterrichtsunterlagen beinhalten theoretische Aspekte und auch praktische Handlungen, Erfahrungsaustausch, Rollenspiele und Training der praktischen Sequenzen in Kleingruppen. Geleitet wurde der Unterricht von einer Dozentin, die eine Trainerausbildung in Aggressionsmanagement und Erfahrung im Umgang von aggressiven PatientInnen besitzt (vgl. Grywa 2004, S.10ff.).

Durch Schulung der TeilnehmerInnen konnten Aggressionsereignisse und Zwangsmaßnahmen deutlich reduziert werden. Eine vollständige Verhinderung von Aggression und Gewalt kann jedoch nicht erwartet werden und somit wurden in dem Pilotprojekt Maßnahmen gesetzt, um etwa unvermeidbare Zwangsmaßnahmen auf die schonendste Art und Weise anzuwenden (z.B. durch Teamtechniken). Die Befragten gaben an, dass sich die Schulungen präventiv auf den Pflegealltag ausgewirkt haben, da sie nun entspannter, gelassener und sicherer im Umgang mit schwierigen Situationen handeln können. Grywa (2004) beschreibt in der Studie ebenso die Wichtigkeit der Begleitung nach der Schulung, um das Gelernte im Pflegealltag umsetzen zu können. Wichtig ist auch, gemachte Erfahrungen zu reflektieren und in Refresherkursen Wiederholungen anzubieten. Dies fördert die Sicherheit und den Austausch von Erfahrungen (vgl. Grywa 2004, S.4ff.).

Puppa und Schneider beschrieben im Beitrag zum dritten Dreiländerkongress in Wien im Jahre 2006 den Umgang mit Gewalt und Aggression in der psychiatrischen Pflege durch das CFB - Training. In Norddeutschland

befindet sich in einem Schwerpunktkrankenhaus eine Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie für Erwachsene mit 100 Betten und eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie mit 40 Betten. Jede/r MitarbeiterIn des Hauses nahm seit 2000 verpflichtend an einem speziellen Training zur Aggressionsbewältigung in einem integrativen Konzept zur Aggressionsprävention und Aggressionskontrolle teil. Diese Schulung nannte sich „Kontrolle und Physische Beherrschung“ (CFB). Es haben eine Grundausbildung und weiterführende Schulungen stattgefunden. Die Betreuung der MitarbeiterInnen nach tätlichen Übergriffen gehörte ebenso zum Konzept. 2006 wurden die Ergebnisse evaluiert. Die Rückmeldungen der KursteilnehmerInnen waren sehr positiv. In erster Linie fühlten sie sich sicher, sie hatten deutlich weniger Angst in nicht überschaubaren Situationen und der Umgang im Team war ebenfalls deutlich besser. Gleicher Wissenstand führte zu größter Verlässlichkeit und schuf Vertrauen und es gab für alle verbindliche Regeln. Durch die Dokumentation und die vorgegebene Abfolge von Nachbesprechungen war gewährleistet, dass schwierige Ereignisse wahrgenommen wurden. Die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen war deutlich gestiegen und die Ausfallzeiten durch Verletzungen/psychische Überforderung durch Umgang mit Gewalt gesunken. Gegenwärtig sind noch 1 – 2 Grundkurse pro Jahr erforderlich und mehrere Auffrischkurse (vgl. Puppa/Schneider 2006, S.56f.).

Laut Hippold (2006) wird im CFB – Training das frühzeitige, situativ angemessene Konflikt- und Kommunikations-kompetente Verhalten in Modulen trainiert. Dieses Aggressions- und Sicherheitskonzept wurde in den 1990er Jahren von Leo Regeer entwickelt. Einerseits ging es darum, die Aggression zu klassifizieren und andererseits zusätzlich die Theorie durch ein Training zu ergänzen. CFB bedeutete Controle uit Fysieke Beheersing - Kontrolle und physische Beherrschung (vgl. Hippold 2006, S.185). Leo Regeer entwickelte Ende 1991 ein Training, das auf praktisches Handeln in Gewaltsituationen gerichtet ist. Es ging darum, Kenntnisse und Einsicht bezüglich des Berufes zu erwerben und Begriffe zu bestimmen. Weiter ging es um Fertigkeiten zu erwerben, um Aggressions- und Gewaltsituationen durch Beherrschung physischer Sicherheitstechniken zu beherrschen, sowohl auf individueller als auch auf Teamebene. Eine weitere zu

erwerbende Fertigkeit war auf dem Gebiet der Prävention und Betreuung nach aggressivem Verhalten. Die Methode ermöglichte eine größere Vorhersagbarkeit und eindeutige Registrierung von Aggression und Gewalt (vgl. Leo Management Aggression Prävention 2017, o.S.).

Eine weitere Möglichkeit eines systematischen Aggressionsmanagements in einer psychiatrischen Abteilung beschreiben Wolff, Walter und Schillen (2006). 1999 wurden die MitarbeiterInnen über Fortbildungsinteressen befragt. Dabei wurde an der Hanauer Klinik an erster Stelle der Wunsch geäußert, Schulungen in Bezug auf Umgang mit Aggression und Gewalt zu besuchen. Das Training wurde den MitarbeiterInnen zunächst während eines eintägigen Workshops vorgestellt. Im Anschluss wurde entschieden, welche MitarbeiterInnen sich zu TrainerInnen ausbilden lassen. Die zukünftigen TrainerInnen erhielten den Auftrag, alle übrigen MitarbeiterInnen zu schulen und aktiv am Sicherheitsmanagement mitzuarbeiten. Die Trainerausbildung erfolgte im Jahre 2002 und umfasste 23 Tage. Am Ende der Ausbildung führten ausgewählte TrainerInnen ein supervidiertes Basistraining mit MitarbeiterInnen der Klinik durch. Bis 2005 erhielten 90% der MitarbeiterInnen aller Berufsgruppen ein 5-tägiges Basistraining. Insgesamt wurden 17 Basistrainings sowie 12 Auffrischungstage veranstaltet. Das Sicherheitsmanagement evaluierte alle sechs Monate die Ergebnisse. Ein Ergebnis war etwa der besser koordinierte Ablauf von Zwangsmaßnahmen. Trainierte MitarbeiterInnen berichteten von einer Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls sowie von einer verbesserten sachlichen Kommunikation innerhalb der Teams (vgl. Wolff/Walter/Schillen 2006, S. 365ff.). In dem von Wolff, Walter und Schillen (2006) beschriebenen Training handelte es sich um ein Deeskalations- und Sicherheitsmanagement, das vom Amsterdamer Institut „Connecting“ entwickelt wurde. Interessierte wurden zu TrainerInnen ausgebildet und waren dann in der Lage, das Wissen an andere weiterzugeben. In insgesamt sieben Modulen wurde geschult. Inhalte des ersten Moduls waren ein Basistraining bezüglich Aggressions- und Deeskalationsmanagement, das die Aggressionstheorien-, modelle und das Interaktionsmodell enthält. Die Attributionstheorie, verschiedene Abwehrtechniken, die grundsätzliche Grundhaltung, Beziehung, Konfliktstile und –management waren weitere Inhalte. Komplementiert



wird der Inhalt des ersten Moduls durch das Thema Körpersprache, Selbstkontrolle, Aggression und Gewalt, Sicherheitsmanagement, Prävention und Risikoerfassung, Assessmentfertigkeiten, Risikoassessment und rechtliche Aspekte. Auch ein praktisches Training zählte zu den Inhalten am Beginn der Ausbildung. Das zweite Modul beschäftigte sich mit der TrainerInnenrolle und dem Training, einer Reflexion des Basiskurses, der Organisation und dem Kursaufbau, Begriffsbestimmungen, Methodik und Didaktik, BLS-Training und einem erweiterten Atemwegsmanagement, sowie einem weiteren praktischen Training. Im dritten Modul sind rechtliche Grundlagen, Aggression und Gewalt bei psychiatrisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sowie Behinderten, ethisch-moralische Aspekte, Organisations- und Teamkultur Inhalte. Im Anschluss fand wieder ein praktisches Training statt. Das vierte Modul war geprägt von Themen hinsichtlich Sicherheitsmanagement, anderen Richtlinien und Theorien, von Organisationsmodellen, Risikoassessment, Moderation und Präsentation, Aggression und Deeskalation bei alten Menschen, Erste Hilfe und ein weiteres praktisches Training. Im fünften Modul drehen sich die Inhalte um ausgewählte Themen für die TrainerInnenrolle, im sechsten Modul findet ein Kommunikationstraining statt und das siebente Modul beschäftigte sich mit einer individuellen Planung mit den SupervisorInnen. Dabei ging es um die eigenen Einrichtungen, das Training einzusetzen und das Wissen konkret anzuwenden. Hier fand konkret ein supervidiertes Basistraining im Ausmaß von fünf Seminartagen und einem Tag Begleitung mit Supervision und Gespräch mit dem Management statt. Im Anschluss kam es zur praktischen Durchführung eines Basistrainings in der eigenen Einrichtung (vgl. Oud/Stefan 2017, o.S.).

Spezifische Schulungen sind ein möglicher Lösungsansatz für schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege. Wichtig erweisen sich regelmäßige Wiederholungen und Auffrischkurse, um einen gleichen Wissensstand bei allen MitarbeiterInnen zu gewährleisten.

### 3.1.8. Supervision

Supervisionen sollen das erste Mittel der Wahl sein, wenn es um professionelle Veränderungen des eigenen Erlebens geht. Sie stärken verantwortungsvolles, pflegerisches Handeln, sind förderlich für die Entwicklung einer beruflichen Identität und einer Berufsethik. Dabei handelt es sich um eine methodisch angelegte berufsbezogene Reflexion und Beratung, die problemorientiertes Lernen ermöglicht. Es geht um eine vertiefte Auseinandersetzung der persönlichen und sozialpolitischen Beziehungen und um deren Verbesserungen beziehungsweise Veränderungen durch berufliche Intervention der Betroffenen. Wie auch immer, die Supervision soll sich nach den Bedürfnissen der Pflegepersonen richten. Die Supervisionen können team- oder patientInnenorientiert oder Gruppensupervisionen sein. Wichtig ist, dass die Pflegepersonen gut vorbereitet sind (vgl. Utz 1993, S.16ff.). Kiss (2013) beschreibt, dass sich Supervision laut Gonge und Buus (2011) sehr positiv auf die MitarbeiterInnen auswirkt. Supervision geht mit erhöhter Arbeitszufriedenheit, Vitalität und verbessertem Coping einher. Beobachtet wurde bei der quantitativen Studie aus Dänemark, dass sich Stress, emotionale Erschöpfung und Entpersönlichung beziehungsweise Depersonalisation durch Supervision deutlich reduzieren lassen (Gonge/Buus 2011 zit.n. Kiss 2013, S.56).

Laut Miller (2011) bedeutet Supervision im Bereich der Pädagogik die praxisbegleitende Arbeit von LehrerInnen. Es geht um die Sensibilisierung und Stärkung eigener Anteile in schwierigen beruflichen Situationen, deren Klärung und den Gewinn der Sicherheit im beruflichen Handeln. Ziel ist, durch den Beruf erfüllt und in ihm erfolgreich zu sein. In den Supervisionsgruppen werden von den TeilnehmerInnen Anliegen aus dem beruflichen Tätigkeitsfeld zur Sprache gebracht, erörtert, reflektiert und durch Aufzeigen von Lösungsstrategien nutzbar gemacht. Die Lösungen sollen Bewältigungsstrategien aufzeigen und vor Ort in der Praxis muss dann die Umsetzung versucht werden (vgl. Miller 2011, S. 149).

Supervision kann, richtig eingesetzt und richtig begleitet, ein wichtiges Instrument im Umgang mit schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege sein.

### 3.2. Lösungsstrategie gegen und bei Zwang

Anderl-Doliwa et al. (2014) beschreiben in der Leitlinie für den Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie welche Präventionen von aggressiven Verhalten es gibt und wie Zwangsmaßnahmen vermieden werden können. Zwangsmaßnahmen müssen die letztmögliche Konsequenz sein und somit ist die präventive Arbeit elementar. Ausreichend erfahrene, geschulte MitarbeiterInnen zu haben ist eine mögliche Strategie bei Einsatz von Zwangsmaßnahmen. Um im Vorfeld Zwang eventuell zu vermeiden hilft es einen freundlich gestalteten Empfangsraum zur Verfügung zu haben. Es ist auch sinnvoll die PatientInnen frühzeitig, zum Beispiel durch Folder, über Rechte und Pflichten aufzuklären. Wie schon mehrfach in früheren Kapiteln beschrieben, hilft auch eine systemische Risikoeinschätzung gegen den möglichen Einsatz von Zwangsmaßnahmen. Das Einbeziehen von Angehörigen und / oder nahestehenden Personen, der Einsatz von Peer-Beratern, Schulungen aller MitarbeiterInnen im Deeskalationsmanagement, der Einsatz von Behandlungsvereinbarungen und die Zusammenarbeit mit Beschwerdestellen sind alles Maßnahmen, die den Einsatz von Zwang verhindern sollen. Auch die Pflege auf Augenhöhe soll angestrebt werden um Zwangsmaßnahmen weitestgehend zu vermeiden. Damit ist gemeint, dass die MitarbeiterInnen in der Lage sind ein Milieu zu schaffen, in dem Wertschätzung gelebt wird, professionelle Kommunikationsstile angewendet werden und die Kompetenz jedes Einzelnen erweitert wird. Zu weiteren Maßnahmen um Zwang einzudämmen und eventuell zu vermeiden zählt auch die systemische Reflexion nach Eskalationen, die systemische Auswertung von Zwangsmaßnahmen und eine Ethikberatung. Wie schon im Kapitel Deeskalation beschrieben, erwähnen Anderl-Doliwa et al. (2014) auch die Wichtigkeit von Schulungen über deeskalierende Maßnahmen. Sollte es trotz aller Prävention und nach Einsatz von gelinderen Maßnahmen nicht möglich sein Zwangsmaßnahmen zu vermeiden, muss es Standards und Prinzipien geben, nach welchen Kriterien Zwangsmaßnahmen eingesetzt und durchgeführt werden dürfen und können. Diese helfen und unterstützen die MitarbeiterInnen darin, die Zwangsmaßnahme so menschwürdig wie nur

möglich, unter medizinisch, therapeutischen und pflegerischen Grundsätzen und Gesichtspunkten der Sicherheit aller Beteiligten, fachlich qualifiziert durchführen zu können. Ebenso helfen solche Standards und Prinzipien nach gesetzlichen Grundlagen zu handeln. Zwangsmaßnahmen sind für alle Beteiligten eine enorme Belastung und Herausforderung und müssen, um die Situation aufzuarbeiten und zu analysieren, nachbesprochen werden. Dabei ist es sinnvoll die Sicht und Seite der MitarbeiterInnen, sowie auch die Seite der PatientInnen zu beleuchten (vgl. Anderl-Doliwa et al. 2014, 4f.).

Needham/Sauter (2011) beschreiben ebenfalls die Notwendigkeit Vorfälle im Nachhinein zu besprechen um alle Seiten und Sichten aufzuzeigen und zu evaluieren. Sinn und Zweck dabei ist es sich selbst reflektieren zu lernen, sein eigenes Verhalten besser kennenzulernen und in ähnlichen Situationen eventuell noch professioneller zu agieren (vgl. Needham/Sauter 2011, S.631.)

### 3.3. Lösungsstrategien bei Aggression und Gewalt

Im Lehrbuch Psychiatrische Pflege, im Kapitel über Aggression und Gewalt von Needham und Sauter (2011), wird konkret aufgezeigt, welches Wissen notwendig ist um mit Aggression und Gewalt professionell umgehen zu können. Gewalt und Aggression können sehr facettenreich sein und in unterschiedlichen Formen und Ausprägungsgraden zum Ausdruck kommen. Sie sind oft nicht gleich erkennbar und zuordenbar. Zu Beginn ist es wichtig Basiswissen über Aggression und Gewalt zu erlangen. Unter anderem ist es zum Beispiel wichtig zwischen den Formen von Aggression und Gewalt unterscheiden zu können und die Begriffe Aggression und Gewalt als Definition kennenzulernen. Erst wenn Pflegepersonen bewusst wurde, welche Arten von unterschiedlichen Ausprägungen von Aggression und Gewalt es gibt, ist es möglich eigenes Tun und Handeln zu reflektieren und dieses Wissen im Pflegealltag umzusetzen. In einem weiteren Unterpunkt im Kapitel über Aggression und Gewalt werden verschiedene Aggressionstheorien und die Aggressionsdynamik beschrieben. Die Aggressionstheorien bieten unterschiedliche Erklärungsansätze für die

Entstehung von Gewalt. Die Bedeutung für die Pflege besteht darin im Vorfeld Aggression und Gewalt zu erkennen, Maßnahmen dagegen zu setzen und zu einer Entschärfung der Situation beizutragen. Die Aggressionsdynamik beschreibt den Verlauf eines Aggressionsereignisses in den verschiedenen Stadien: von der Normalphase, über die Auslösephase, in der ein potenzielles oder drohendes Aggressionsereignis durch verschiedene Signale gekennzeichnet sein kann, über die Eskalationsphase, die Krise, die Erholung und zuletzt die Depression nach der Krise. Abgesehen von den unterschiedlichen Phasen, die beschrieben werden, werden unterschiedliche Lösungsstrategien in den Phasen aufgezeigt. So ist es in der Normalphase beispielsweise wesentlich zu wissen, welche Faktoren zum Entstehen von Aggression und Gewalt eine Rolle spielen können, bevor überhaupt Aggressivität entstanden ist. Im Sinne der Deeskalation ist es in dieser ersten wie in der nächsten Phase, der Auslösephase, elementar möglichst früh in das aggressive Geschehen einzugreifen. Im Folgenden wird in jeder Phase aufgezeigt, welche Maßnahmen gesetzt werden können um eine normale Situation wieder herzustellen. Neben den erwähnten Deeskalationstechniken wird auch aufgezeigt, welche Gefahren und Chancen sich in den einzelnen Phasen ergeben. Wie schon häufig erwähnt geht Aggression und Gewalt meist eine Eskalation voraus. Es ist somit bedingt möglich Spannung einzuschätzen. Abgesehen von der persönlichen und erlernten Erfahrung gibt es Verhaltensmuster der PatientInnen, die die Einschätzung einer Situation eventuell ermöglichen. Die Analyse von gewissen Faktoren und Verhaltensweisen, wie zum Beispiel erlittene Gewalt von engen Bezugspersonen speziell von Eltern bzw. durch Streit geprägte familiäre Situationen, aggressive Handlungen in der Vorgeschichte, Enthemmung durch Suchtmittelmissbrauch, hirnorganische und neurologische Symptome, Vorliegen gewalttätiger Fantasien, Psychopathologie und Psychodynamik, Non-Compliance, das Fehlen tragfähiger privater Beziehungen, der Mangel an positiven Zukunftsperspektiven, ein negatives Selbstbild und geringes Selbstwertgefühl, können dabei helfen Aggression und Gewalt besser vorherzusagen und einzuschätzen. Bei entstehender Spannung und bei Gefahr gelten folgende drei Leitsätze: Erstens sofort intervenieren. Dies bedeutet, sobald eine Spannung

wahrgenommen wird, muss der Kontakt mit den PatientInnen hergestellt werden. Jede Minute, die verstreicht, führt zum Ansteigen der Spannung. Zweitens ist es wichtig eine angstfreie Ausgangssituation für die MitarbeiterInnen herzustellen. Angst hemmt und macht handlungsunfähig. Der dritte Leitsatz sagt aus, dass es notwendig ist den Betroffenen Grenzen zu setzen und Raum zu lassen. Bewegungsfreiheit gibt die Möglichkeit sich autonomer zu fühlen und das Gefühl der Enge vergeht. Es ist wichtig Grenzen aufzuzeigen um das tolerierbare Verhalten anzuzeigen und wenn notwendig Konsequenzen zu benennen (vgl. Needham/Sauter 2011, S.619f.).

Ein weiteres, wichtiges Unterkapitel über Aggression und Gewalt von Needham und Sauter (2011) beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Aggression und Gewalt auf Pflegenden. Darin wird beschrieben, welche große emotionale und fachliche Herausforderung der Umgang mit Aggression und Gewalt bedeutet und welche Konsequenzen es im Alltag der betroffenen Pflegepersonen hat. Es geht darum mit Gefühlen wie Wut, Hass, Angst, Furcht und Schuldgefühlen umgehen zu lernen. Diese und noch viele weitere Gefühle und Empfindungen können in Situationen auftreten, wo es in der Pflege um Aggression und Gewalt geht. Wichtig ist es reflektiert und professionell mit diesen Gefühlen umgehen zu lernen, damit ein erfolgter Übergriff auf das Pflegepersonal nicht ein bleibendes Trauma auslöst (vgl. Needham/Sauter 2011, S.635f.).

Im Weltbericht der Weltgesundheitsorganisation (2003) über Gewalt und Gesundheit wird das Thema Aggression und Gewalt anschaulich beschrieben und Handlungsempfehlungen werden aufgezeigt. Diese sind meist global formuliert, doch eine kann konkret angewendet werden. In der Empfehlung zwei wird der Ausbau der Kapazität für die Erhebung von Daten zur Gewaltproblematik beschrieben. Darin kommt klar hervor wie wichtig es ist genaue Daten bezüglich Aggression und Gewalt zu haben, um die Sinnhaftigkeit umgesetzter Maßnahmen zu kontrollieren, um die Daten grundsätzlich analysieren zu können und um Prioritäten in der Umsetzung schaffen zu können (vgl. Weltgesundheitsorganisation 2003, S.1f.).

Im Buch von Schirmer et al. (2006) wird die Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege konkret beschrieben und die Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie werden dargelegt. Das Handbuch beschreibt anschaulich humanitäre Standards und Sicherheitsmaßnahmen für PatientInnen und Pflegepersonen. Eine konkrete Maßnahme im Umgang mit Aggression und Gewalt ist die eigene Reflektion um sich selbst besser kennenzulernen. Dies hilft in schwierigen Situationen die Gefühle und Emotionen zu kontrollieren und zu lenken, damit es überhaupt zu einer Deeskalation kommen kann. Es geht unter anderem darum das eigene Verhalten in Krisensituationen zu kontrollieren und die eigene Toleranzschwelle kennenzulernen. In prekären Situationen müssen Pflegepersonen selbst beherrscht bleiben und am Ende nicht zum Opfer werden. Wesentlich ist es ebenfalls die eigene Grundhaltung zum Thema Angst und Aggression zu kennen und in weiterer Folge das Team diesbezüglich einzuschätzen und zu kennen. Pflegepersonen agieren selten alleine und somit spielt das Team eine elementare Rolle im Handeln. Alle im Team sollten gelernt haben Frühwarnzeichen von Aggression und Gewalt zu erkennen und die Grundregeln der Deeskalation anwenden zu können. Schirmer et al. (2006) beschreiben wie wichtig es ist Aggression und Gewalt gut zu dokumentieren (vgl. Schirmer et al. 2006, S.1f.). Das wurde auch im Weltbericht der Weltgesundheitsorganisation (2003) erarbeitet.

Angst ist ein Grundgefühl und wird als Besorgnis bis hin zum Gefühl von Bedrohung wahrgenommen. Das Wissen über Angst zu vertiefen hilft Angst zu überwinden und Lösungsansätze zu finden. Das Wichtigste ist Ängste ernst zu nehmen, dabei ist vollkommen irrelevant, ob diese real oder unreal sind. Nicht ernst genommene Ängste lösen diese nicht auf, sondern drängen sie nur in den Hintergrund. Längerfristig würde die Kommunikation komplett versiegen. Die Wahrnehmung eines Menschen mit Angst ist verändert (vgl. Berner 2016). Wenn Situationen vermieden werden, in denen Ängste auftreten, wird der Aktionsradius eingeschränkt, Man könnte nie erfahren, wann die Bedrohung zu Ende ist und das persönliche Wachstum würde verhindert werden. Auch würde das Lernen

neuer Bewältigungsstrategien und die Stärkung des Selbstvertrauens verhindert werden. Vermeidung kostet Energie, schränkt die Lebensqualität ein, hält die Angst aufrecht und es entstehen dadurch immer mehr Situationen, die vermieden werden. Es ist somit wichtig Ängste zu überwinden, sich Menschen, Situationen und Problemen zu stellen, damit das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten wächst (vgl. Wolf 2017). Auszubildende fühlen sich dann wohl, wenn sie in die Arbeit eingebunden werden, denn so steigt das Selbstvertrauen (vgl. Firlinger 2007, S. 96f.). Utz hat 1993 zehn Pflegepersonen über Angst befragt. Dabei haben die Befragten angegeben, dass die Krankenpflegeausbildung in diesem Zusammenhang wenig hilfreich ist und Unterrichtsinhalte bei der Bewältigung einer Angstproblematik nicht behilflich sein könnten. Eine seiner aufgestellten Thesen war: „Die Krankenpflegeausbildung vermittelt nicht die notwendige soziale und kommunikative Kompetenz, die erforderlich ist, um mit Angst adäquat umzugehen“. Die These hat sich in der Befragung voll bestätigt (vgl. Utz 1993, S. 12f.).

Bereits in der Ausbildung muss es das Ziel sein die Handlungskompetenz und auch die Persönlichkeit der Auszubildenden zu fördern (vgl. Firlinger 2007, S. 96f.).

Wissen über unterschiedlichste Themen und Inhalte ist notwendig um Lösungsansätze in schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege abrufbar zu machen und effektive Bewältigungsformen einsetzen zu können.

Ein weiterer Lösungsansatz um schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege eventuell zu vermeiden ist die Förderung der Resilienz aller MitarbeiterInnen. Es wird aufgezeigt, was sie in der Lage sind zu leisten und welche Effekte sich daraus ergeben.

### 3.4. Stressbewältigung durch Resilienzförderung

Resilienzförderung in der psychiatrischen Pflege ist eine weitere Möglichkeit, dass Pflegepersonen besser mit schwierigen Situationen umgehen lernen. Resilienztrainingsprogramme können helfen, Pflegenden nachhaltig zu stärken und ihnen Strategien aufzuzeigen, wie sie in Stresssituationen



ihre Fähigkeiten gezielter einsetzen können. Durch Resilienzförderung entsteht die Sicherheit der Pflegepersonen, die Situationen selbstständig zu kontrollieren und für sie verständlich einordnen zu können. Im Konzept der Resilienz geht es um die positive Psychologie. Es geht darum, die Persönlichkeit zu stärken und Faktoren, die die Entstehung und Erhaltung der Gesundheit fördern, zu erarbeiten. Die Resilienz wird als ein Prozess verstanden, der auch im Erwachsenenalter gefördert werden kann, es ist nie zu spät, sich neue Ressourcen anzueignen und sich in seinem Umfeld weiterzuentwickeln. Resiliente Pflegepersonen setzen sich kontinuierlich mit ihren eigenen Gefühlen und Gedanken auseinander, sie können sich in die Gefühle der Mitmenschen hineinversetzen und Gespräche sind professioneller. Thomet und Richter (2012) gehen auch der Frage nach wie Resilienz in der Pflegepraxis gefördert werden kann. Es ist bekannt welche Faktoren zur Resilienz beitragen und somit ist es durch Resilienztraining möglich MitarbeiterInnen in schwierigen Arbeitsfeldern zu stärken. Es geht bei der Resilienzförderung nicht ausschließlich um die Stressreduktion, sondern das Erlangen von Wohlbefinden durch die Stärkung von persönlichen, sozialen und emotionalen Kompetenzen. Es wird nicht nur die Einzelperson geschult, sondern auch die Stärkung der Resilienz der Gruppe, welche zur Förderung aller Mitglieder eines Teams beiträgt.

Laut Thomet und Richter (2012) können Resilienzförderungsprogramme nach sieben Prinzipien aufgebaut werden, nämlich

1. durch Aufbau von Optimismus
2. durch Akzeptanz der schwierigen Situation
3. durch Entwicklung von Lösungsorientierung
4. durch Verlassen der Opferrolle
5. durch Übernahme von Verantwortung
6. durch Orientierung an sozialen Netzwerken
7. durch Zukunftsplanung

Je mehr der sieben Bereiche bei Personen erfolgreich gefördert werden können, desto fester stehen diese im Leben, können Stresssituationen besser ausgleichen werden und sich ihnen stellen (vgl. Thomet/Richter 2012, S24ff.).

In Einzel- und Gruppentrainings, Rollenspielen und Videoanalysen können unter anderem die Inhalte erarbeitet werden. Diese Maßnahmen fallen unter Gesundheitsprävention und sollen nicht nur bei einer Reduktion der Stressbelastung eingesetzt werden. In Anlehnung an die sieben Techniken zur Förderung der Resilienz wäre es sinnvoll, in mehrtägigen Programmen in Einzel- und Gruppentrainings die Resilienzfaktoren zu vermitteln und zu trainieren. Auf diese Weise lernen Pflegepersonen über belastende Situationen zu sprechen und diese zu reflektieren. In schwierigen Situationen ist es wichtig, dass sich KollegInnen nicht zurückziehen, sondern ein Zusammenspiel und ein Austausch zwischen den Teammitgliedern stattfinden. Durch den gelernten Austausch im Team können Denkfallen wie etwa negative Gedanken nach Rückschlägen wahrgenommen und innerhalb der Gruppe reflektiert und bearbeitet werden. Der Zustand des Teams wird in solchen Resilienzschulungsprogrammen ebenfalls beleuchtet, da durch eine gelungene, zufriedenstellende und bereichernde Zusammenarbeit im Team nachhaltige Erfolge zu vermieden sind. Das Team lernt sich gegenseitig zu unterstützen und dies führt zu einer Stärkung des Gesamtteams, wie auch zur Stärkung jeder einzelner Person. Durch Strategien wie Meditation, progressive Muskelentspannung oder bewusstes Atmen kann gelernt werden, fehlgeleitete Energie richtig zu bündeln (vgl. Thomet/Richter 2012, S28f.).

Nach Kiss (2013) untersuchten 2002 Ewers et al. die Auswirkungen von psychologischem Training in Bezug auf die Burnoutrate von 33 psychiatrischen Pflegekräften über einen Zeitraum von sechs Monaten. Die Gruppe, die unter psychologischem Training stand, konnte signifikante Verbesserungen in Bezug auf Wissen und Verhalten gegenüber psychisch schwerkranken PatientInnen aufweisen und der Burnout Level wurde deutlich reduziert (Ewers/Bradshaw/McGovern/ Ewers 2002 zit.n. Kiss 2013, S.54). Je höher die emotionale Intelligenz ist, desto höher ist der Resilienzlevel. Zu diesem Schluss kam man im Rahmen einer Querschnittstudie. Dieses Wissen kann in Aus- und Weiterbildungen einfließen und hat auch einen wichtigen Zusammenhang im Sinne der Burnout Prävention (vgl. Frajo-Apor/Hofer/Kemmler/Pardeller 2015, S.41f.).

Laut Richter und Heckemann (2014) ist es nicht allein ausreichend, MitarbeiterInnen zur Stärkung der persönlichen Resilienz zu schulen. Auch die Institutionsleitung ist gefordert, Schritte zu unternehmen, um positive Ansätze, die im Training erzielt werden können, zu verstärken und zu festigen. Hierzu gehört eine organisationsweite Strategie zur Personalplanung, um ein ausgewogenes Team zwischen voll einsatzfähigen und nur teilweise einsatzfähigen Kräften zu garantieren. Wenn ausschließlich die persönliche Resilienz gefördert werde, empfänden dies die Mitarbeitenden als zynisch und wenig unterstützend. Es besteht großes Potenzial, die Ressourcen der MitarbeiterInnen zu erweitern und damit die Möglichkeit zu eröffnen, konstruktiver mit dem Arbeitsstress umzugehen, und in Folge länger gesund und leistungsfähig der Arbeit nachgehen zu können. Die Institutionsleitung ist gefordert, Schritte zu unternehmen, um den Arbeitsalltag der Mitarbeitenden zu erleichtern (vgl. Richter/Heckemann 2014, S.43f.).

Richter und Heckemann (2014) haben in einem neun Module – Programm eine Möglichkeit für die praktische Umsetzung der Resilienzförderung beschrieben. Die Inhalte der Module beziehen sich auf die in ihrer Arbeit aufgetretenen Erkenntnisse und auf internationale Literatur. Methodisch und didaktisch werden verschiedene Lehr- und Lernformen angewendet. Im ersten Modul kommt es zu einer Einführung in das Resilienzkonzept, das präsentiert wird. Inhalte darin sind die Vulnerabilität und die Resilienz und die positive Psychologie. Im Anschluss wird die Resilienz praktisch geübt. Eine Übung dient der Selbst-Beobachtung, eine andere soziale Beziehung, eine dritte Übung behandelt das Thema Stress und die letzte Übung zielt auf eine persönliche Erzählung ab. Im Modul zwei werden Übungen zum Thema Stress und Belastungen gemacht. Die Übung besteht darin, sich drei Situationen auszusuchen, die Stress auslösen und sich dann drei vorgegebene Fragen zu beantworten. Das Modul drei beschäftigt sich mit dem Umgang von Denkfallen. Didaktisch wird dies in einer Übung und Präsentation aufgearbeitet. Ein Fallbeispiel wird gelesen und es wird die Frage gestellt, wie auf die Situation reagiert wird. Es gibt vier Antwortmöglichkeiten, die dann eine Interpretation der Persönlichkeitsstruktur zulässt. Im Anschluss setzen sich die Mitglieder aktiv mit negativen Einstellungen

und Annahmen auseinander. Dann wird die ABC-Technik nach Ellis präsentiert, die in drei Schritten abläuft. Der Auslöser / Adversity ist ein unangenehmes Ereignis. Die Bedeutung / Belief steht für die Gedanken, die das unangenehme Ereignis auslösen und Einstellungen, die daraus entstehen. Die Folgen / Consequences sind dann die Folgen der Gedanken. Das Modul drei behandelt zudem die Arbeit an den eigenen Einstellungen, kognitive Denkfallen und es wird eine Übung zum Umgang mit Denkfallen gemacht. Das Modul vier beschäftigt sich mit dem Thema „Gute Beziehungen pflegen“ und wird im Rahmen einer Übung erlernt. Das Modul fünf ist ebenfalls eine Übung, jedoch zum Thema Arbeitsbedingungen gestalten. Die Module sechs bis neun sind alles Übungen, die darauf abzielen, sich und die Gruppe zu reflektieren, einschätzen und kennenzulernen. Themen wie Umgang mit schwierigen PatientInnen / ArbeitskollegInnen, körperliche Gesundheit, Freizeitverhalten und Achtsamkeit werden geübt. Zentral ist die Absicht, die Selbstreflexion zu erhöhen, um die Resilienz - anteile anzuregen, aber auch über Möglichkeiten, die Resilienz noch weiter auszubauen (vgl. Richter/Heckemann 2014, S.43ff.).

Die Resilienzförderungen bieten mögliche Lösungsansätze, um schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege professionell auflösen zu können.

Zum Vervollständigen von Lösungsansätzen soll noch darauf hingewiesen werden, dass, wie Kiss (2013) in der Magisterarbeit zur Pflegewissenschaft beschreibt es noch einen weiteren Lösungsansatz im Umgang mit schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege gibt. Er sieht nämlich in der Ursachenforschung für Burnout, in der Organisationsstruktur und in den Bedingungen der Arbeit weitere Lösungsansätze im Umgang mit schwierigen Situationen (vgl. Kiss 2013, S. 58).

#### 4. Vermittlung von schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege durch LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege, um Auszubildende darauf vorzubereiten

Beim Lehren geht es darum jemanden anzuleiten um Fähigkeiten, Kompetenzen und Wissen zu vermitteln. Verschiedene Lehrmethoden gehen unterschiedlich auf die Lerntypen ein. Unter Zuhilfenahme von Lehrmethoden und Lernstrategien wird Lernen sinnvoll und planvoll gestaltet. In diesem Kapitel wird beschrieben, welche Faktoren das Lernen beeinflussen und den Lernprozess steuern und welche Methoden geeignet erscheinen um die Vermittlung von schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege zu vermitteln, damit Auszubildende ausreichend im Pflegealltag darauf vorbereitet werden.

##### 4.1. Faktoren, die das Lernen beeinflussen

Das Lernen wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, gefördert, vorangetrieben oder gehemmt. Bei Lernprozessen geht es darum neues Wissen und Können zu erlernen. Eine Auswahl relevanter Faktoren werden im folgenden Kapitel beschrieben und erläutert um LehrerInnen diesbezüglich zu sensibilisieren und darauf speziell aufmerksam zu machen.

###### 4.1.1. Selbstbestimmtes Lernen und Motivation

Die Theorie der Selbstbestimmung ist geprägt durch intrinsische motivationale Faktoren. Der Begriff „Selbst“ steht im Mittelpunkt dieser Theorie. Dabei ist wichtig zu wissen, dass angeborene psychologische Bedürfnisse, grundlegende Fähigkeiten und Interessen des Individuums eine besondere Rolle spielen. Im Laufe der Entwicklung erweitert und verfeinert sich die Struktur des Selbst in Kontakt mit der sozialen Umwelt (vgl. Deci/Ryan 1993, S.223f.).

Die Motivation etwas „selbst“ zu tun, hängt von drei Arten der Motivation ab:

1. den physiologischen Bedürfnissen, oft auch als Triebe bezeichnet
2. den Emotionen
3. den psychologischen Bedürfnissen

Der Mensch hat das Bedürfnis nach Kompetenz oder Wirksamkeit, nach Autonomie oder Selbstbestimmung und auf soziale Eingebundenheit oder soziale Zugehörigkeit. Wenn es möglich ist, die Motivation zu steigern, erhöht sich die Lernmotivation und das selbstbestimmte Lernen und es ist mit qualitativ hochwertigen Lernergebnissen zu rechnen. Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation sagt zusammengefasst aus, dass Menschen, somit auch Auszubildende, den Wunsch haben, ihre Umwelt zu erforschen, zu verstehen und in sich aufzunehmen und dies in einer aktiven Auseinandersetzung geschehen soll. Es bedarf keiner äußeren Zwänge und sie stellt eine wesentliche Grundlage für den Erwerb kognitiver Fähigkeiten dar. Die Lernqualität wird erhöht und zugleich wird die Entwicklung des individuellen Selbst gefördert (vgl. Deci/Ryan 1993, S.224ff.).

Laut Stangl (2017) wird der Unterricht nicht vom Lehrinhalt alleine bestimmt, sondern auch durch den pädagogischen Bezug. Ein freundlicher Kontakt zwischen LehrerInnen und Auszubildenden zählt zu den wichtigsten Grundlagen des Lernens, denn der menschliche Bezug festigt den Lernwillen und verhilft zu Arbeitszufriedenheit auf beiden Seiten. Wesentlich für eine respektvolle Beziehung zwischen Auszubildenden und LehrerInnen ist, dass die Lehrperson mit dem Inhalt vertraut ist und ihn authentisch und verständlich vermittelt. Ein achtsamer und helfender Umgang mit den Auszubildenden vermittelt ein Gespür für sozial wertvolles Handeln, Anteilnahme am Nächsten und Hilfsbereitschaft zu entwickeln. Positive Gefühle beim Lernen sind wichtig, weil die Hirnstruktur, die Fakten verarbeitet, dieselbe ist, die auch Gefühle verarbeitet. Das Gehirn lässt sich über Lernen in seinem Gefühlshaushalt beeinflussen und umgekehrt. Lernen macht glücklich und wer glücklich ist, lernt leichter. Aus diesem Grund hilft es, sich positiv zu beeinflussen und mit einem Lächeln an die Lernaufgaben heranzugehen. Eine positive emotionale Besetzung des

Lernstoffes ist für das Behalten und Reproduzieren wichtig. Negative Gefühle wie Angst, Unlust oder Sorge hingegen beeinträchtigen das Einprägen des Lernstoffes. Das Lernen unter Stress mindert ebenfalls den Lernerfolg. Die Identifikation mit Themen und Inhalten fördert die allgemeinen und spezifischen Interessen. Neben der Identifikation wirken sich positive emotionale Befindlichkeit, aktive Teilnahme am Unterricht, Aufmerksamkeit und Konzentration, Erleichterung von Lernen, Denken und Behalten, Erkenntnisgewinn und positive Folgen des Unterrichts förderlich auf den Unterricht aus. Neurophysiologisch drücken sich Interesse und Motivierte in einem Anstieg des noradrenergen Systems, das die allgemeine Aufmerksamkeit erhöht (leichter Erwartungsstress), des dopaminergen Systems (Neugier, Belohnungserwartung) und des cholinergen Systems (gezielte Aufmerksamkeit, Konzentration) aus. Diese Systeme machen die Großhirnrinde und den Hippocampus bereit zum Lernen und fördern die Verankerung des Wissensstoffes im Langzeitgedächtnis. Je positiver die dabei empfundenen Emotionen sind, desto effektiver erfolgt die Speicherung und Reproduktion (vgl. Stangl 2017).

Die Lernenden haben unterschiedliche Zielsetzungen und Motivationen zum Lernen. Die Ausprägung ist abhängig von der wechselnden Beziehung zwischen den Persönlichkeitsmerkmalen, der Fähigkeit und Motivationsausprägung des Lernenden und dem Anreiz der Situation selbst. Neben den kognitiv bedingten gibt es auch soziale Lernmotive wie Zuneigung, Geborgenheit, Geltung und Anerkennung, das Vermeiden von negativen Sanktionen, Macht und Überlegenheit. Außerdem sind auch das Interesse am Gegenstand selbst und die Neugier ein Motiv. Einige möchten sich selbst oder anderen etwas beweisen, andere lernen zukunftsorientiert im Hinblick auf die eigene Karriere. Viele Kurse oder Lehrgänge können berufsbegleitend und ortsunabhängig absolviert werden. Es bieten sich viele Möglichkeiten mit unterschiedlichen Zugängen (vgl. Stangl 2012, S. 1f.).

### 4.1.2. Intrinsische Motive

Die Beziehung zum Lernstoff motiviert den Lernenden. Die Person lernt angetrieben vom Interesse, von Freude und Bedürfnis am Lernstoff. Die Anwendung des Erlernten hat eine besondere Bedeutung für die persönliche Lebensgestaltung und zeigt Lösungsmöglichkeiten für Probleme auf. Der allgemeine Wissendrang oder der Drang etwas zu vollenden sowie Neugier zählen auch dazu. Um eine Steigerung der intrinsischen Motivation voranzutreiben, bietet sich die Möglichkeit gemäß den persönlichen Interessen Schwerpunkte im Stoff selbstbestimmt zu wählen. Eine originelle, humorvolle, ästhetische oder auch provokative Gestaltung weckt Neugier und steigert die Freude an der Auseinandersetzung, zum Beispiel mit speziellen Materialien und Medien. Die Lernaktivität spielt ebenfalls eine große Rolle, so sind Lernende ganz bei der Sache, wenn sie aktiv involviert sind, spielerisch etwas ausprobieren oder selbst kreieren können, an einer Problemlösung mitarbeiten oder miteinander darüber diskutieren. Die Lernumgebung sollte positiv erlebt werden mit genügend Platz, angenehmer Raumtemperatur, bequemer Stühle, frischer Luft und die menschlichen Grundbedürfnisse müssen befriedigt werden (vgl. Stangl 2015, S. 1ff.).

### 4.1.3. Extrinsische Motive

Es gibt extrinsische Motive, die die Lernenden motivieren zu lernen, um gute Noten, Lob oder Prestige zu erlangen. Dieses Motiv unterteilt sich noch in materielle und soziale Motive. Materielle Motive sind Belohnung und Bestrafung, sie ergeben sich aus festgelegten Zielen. Wenn jedoch Motive von anderen ausgehen, spricht man von sozialen Motiven, wie der Wettbewerb oder Problemstellungen, die gemeinsam mit anderen Lernenden gelöst werden. Erwachsene entscheiden selbst, ob und warum sie lernen. Die Gründe dafür sind sehr vielfältig, sei es aus Unzufriedenheit mit der derzeitigen Situation, Neugier, eine neue Herausforderung oder die geistige Fitness zu bewahren. Zu einer Steigerung der extrinsischen Motivation kommt es, wenn die Belohnung im Vordergrund steht. Die Art



der Belohnung ist auf den Lernkontext und die Zielgruppe abzustimmen. Die Strukturierung erfolgt, indem man einzelne Arbeitsschritte und Zwischenergebnisse explizit belohnt, dadurch wird der Lernprozess strukturiert. Die Lernenden stehen nicht vor einem Berg von Stoff, sondern erkennen konkrete, zu bewältigende Teilaufgaben. Eine Priorisierung ist wichtig, um die Anzahl der Punkte erkennen zu lassen, wie relevant bestimmte Inhalte oder Teilergebnisse sind. Ein Ausschweifen in Nebenaspekte wird somit verhindert. Das Feedback spielt eine wesentliche Rolle. Indem die Vergabe von Belohnung an überprüfbare Arbeitsergebnisse gekoppelt wird, erhalten die Lernenden eine Rückmeldung über ihren Kenntnisstand und das Leistungsniveau (vgl. Stangl 2015, S. 1ff.).

Als LehrerIn für Gesundheits- und Krankenpflege besteht die Kunst darin, den Auszubildenden Wissen näherzubringen. Gudjons beschreibt, dass unter anderem in den psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegeschulen im theoretischen Unterricht die Methode des Frontalvortrages dominiert. Auszubildenden, die abstrakt und rezeptiv lernen, kommt dies zugute, jedoch die Individualität der Lernenden wird damit nicht gefördert. Verschiedene Lerntypen, Lerntempo, Auffassungsgabe und die Motivation der Lernenden sind unterschiedlich und werden bei dieser Form zu unterrichten nicht berücksichtigt (vgl. Gudjons 2007, S. 30). Klippert (2008). Dies zeigt die Wichtigkeit auf, erwachsenen Lernenden verschiedene Methoden zugänglich zu machen, um persönliche Lernstrategien entwickeln zu können. Eigene Lern- und Kompetenzdarstellungen sind wichtig, um individuelle Lernprozesse in Gang zu bringen und selbstgesteuertes Lernen ermöglicht, den Erwerb von Kompetenzen zu unterstützen (vgl. Klippert 2008, S. 12).

Selbstbestimmtes Lernen und Motivation sind unter anderem eine wesentliche Voraussetzung für effektives Lernen. Etwas „selbst“ zu tun, zu erarbeiten und zu reproduzieren bringt positive Gefühle mit sich.

#### 4.1.4. Mehrmalige Schulungen

Biedermann (2010) beschreibt, dass einmalige Schulungen während der Pflegeausbildung als nicht ausreichend eingestuft werden. Als sinnvolle methodische Ansätze im Zusammenhang mit Deeskalationsmanagement haben sich Rollenspiele mit Videoaufzeichnungen als besonders geeignet herausgestellt. Schwierige angespannte Situationen erfordern mehrmalige Schulungen von Kommunikationstechniken (vgl. Biedermann 2010, S.4f.). Ebenso beschreibt das Bundesministerium für Gesundheit (2006), dass einmalige, kurze Schulungen nicht ausreichen, um nachhaltig Praxisveränderungen zu bewirken (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006). Grywa (2004, S.4ff.) und Puppa/Schneider (2006, S.56f.) beschreiben auch die Wichtigkeit von Refreshkursen, Auffrischkursen oder Wiederholungen, um das Wissen zu festigen.

#### 4.1.5. Lernort

Die Berufsausbildung zur psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegeperson ist eine duale Ausbildung mit zwei verschiedenen Lernorten. Die Schule für die theoretische Ausbildung und die Station für die praktische Ausbildung. Die Theorie ist eine abstrakte, nicht praxisorientierte Betrachtungsweise ohne hinreichenden Bezug zur Realität. Theorien sollten die Praxis anleiten, Aussagen zu überprüfen. Die Praxis ist das Gegenteil der Theorie, sie ist die Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit. Um als wissenschaftlich zu gelten, muss die Praxis ihre aus Experimenten gewonnenen Ergebnisse der Öffentlichkeit zugänglich machen, damit andere Forscher die Möglichkeit haben, die Daten zu verifizieren oder zu falsifizieren. Wissen wird in einem Erfahrungsprozess gebildet. Theoretisches Wissen ist ein abstraktes, allgemeines, personenunabhängiges Wissen und wird in der Regel schriftlich festgehalten. Praktisches Wissen hängt mit bestimmten Erlebnissen und Erfahrungen zusammen und ist an eine Person gebunden. Firlinger (2007) beschreibt in seiner Arbeit das Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. Auszubildende sind generell der Ansicht, dass der

Lerneffekt besser ist, wenn zuerst die Theorie vermittelt und anschließend das Praktikum absolviert wird. Die Theorie ist das Basiswissen und dient dem besseren Verständnis. Die Auszubildenden beschreiben auch die Wichtigkeit der Reflexionen und haben die Forderung an die LehrerInnen, das Wissen und die Unterlagen auf den neuesten Stand zu bringen, um den Unterricht praxisnäher und anschaulicher gestalten zu können. Die Auszubildenden sind der Ansicht, dass beide Lernorte für die Ausbildung unabdinglich sind. Es sollte eine gesunde Mischung zwischen Theorie und Praxis geben und es sollten sich beide Bereiche im Gleichgewicht halten. Praktische und theoretische Aspekte sollten miteinander vereint werden. Die Auszubildenden würden vor Beginn des Praktikums mehr Information bezüglich der Krankengeschichte der PatientInnen wünschen und mehr über Krankheitsbilder aufgeklärt werden wollen. Da die beiden Lernorte voneinander getrennt sind, ist der Transfer komplexer, und Theorie und Praxis sind gefordert, eine optimale Abstimmung zu schaffen, um einen besseren Lernerfolg der Auszubildenden voranzutreiben. Um das theoretische Wissen praxisnaher zu gestalten, kam von den Auszubildenden in den Interviews der Vorschlag, nicht immer nur Skripten sondern auch andere Medien einzusetzen. Die Theorie sei zu abstrakt und zu wenig praxisnah. Um die Pflege als eigene Wissenschaft zu etablieren und zu professionalisieren, ist es elementar, dass Theorie und Praxis miteinander kooperieren und konstruktiv zusammenarbeiten. Das Gemeinsame muss in den Vordergrund gestellt werden (vgl. Firlinger 2007, S.10ff.).

Ein Beispiel, bei dem die beiden Lernorte eng miteinander zusammenarbeiten, besteht an der Krankenpflegeschule der Charité, Universitätsmedizin Berlin. In der Lernortkooperation zwischen Pflegeschule und Psychiatrie geht es um zwei Seminartage, die in den Räumlichkeiten der Station stattfinden. Anwesend sind 5-7 Auszubildende, ein/e PraxisanleiterIn, ein Arzt/eine Ärztin der Station und bei Bedarf und/oder bei Interesse Vertretungen anderer Berufsgruppen. Folgende Themen wurden in Rück- und Absprache der Schule erarbeitet: Der Pflegeprozess in der Psychiatrie (Pflegetheorie King/Orem), Krise/Krisenintervention/Suizidalität, ausgewählte psychiatrische Krankheitsbilder und psychiatrische Pflege, Einführung in die Psychopharmakologie, rechtliche Grundlagen in der

Psychiatrie (z.B. PsychKG), interdisziplinäre Fallbesprechung, Reflexion von Erfahrungen aus der Arbeit in der psychiatrischen Praxis. Didaktisch wurden folgende Methoden eingesetzt:

1. Die Orientierung an einer arbeitsbezogenen Aufgabenstellung (praxisbezogene Lernaufgabe – Erstellen einer Pflegeplanung)
2. Das erfahrungsbezogene Lernen im täglichen Arbeitshandeln (Lernen durch szenische Übungen und Reflexion)
3. Das selbst organisierte Lernen in Gruppen
4. Die aktive Beteiligung an der Gestaltung von Lernprozessen (Fallkonferenz und Präsentation der Pflegeplanung)

Die Auszubildenden haben die Schaffung eines dritten Lernortes als sehr positiv empfunden, ebenso das Zusammenwirken von Pflegeschule und Pflegepraxis, die Praxisnähe und die konstruktive Lernatmosphäre in Kleingruppen. Das Projekt hatte unterschiedliche Ziele und Ergebnisse. Das wichtigste Ziel des Projektes bestand in der Kompetenzförderung der Auszubildenden und dies ist auch gelungen. Weitere Projektergebnisse waren zum Beispiel das eigene Lernen durch Einbindung in den Stationsalltag und die Verknüpfung schulischer Inhalte mit konkreten Praxissituationen, das Führen von Lerntagebüchern und die Reflexion dieser, um Pflegeverständnis und eine andere Art der Patientenorientierung zu entwickeln, die Verknüpfung von theoretischen Inhalten in den Lerntagebüchern ersichtlich zu machen, und nahezu alle Lernenden äußerten sich positiv zur Fallkonferenz. Die Lernortkooperation bleibt nach der Evaluierung bestehen. Die Pflegelehrerin hat vom Praxisbezug profitiert und die Praxisanleiterinnen erlebten durch die gemeinsame Seminarvorbereitung und -durchführung eine Stärkung ihrer pädagogischen Kompetenzen (vgl. Linke/Rösch/Nehring 2006 S.161ff.).

## 4.2. Lehrmethoden

Methodenvielfalt und das Erlernen von Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen sind in der heutigen Zeit Lösungsansätze, wie es LehrerInnen gelingen kann, das Lernen für Auszubildende effektiv, professionell und reproduzierbar zu gestalten.

Es geht um die konkrete Vermittlung von Lösungsansätzen durch LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege, da gerade Berufsanfänger mit noch geringer praktischer Erfahrung im Umgang mit schwer kranken psychiatrischen PatientInnen überproportional häufig aggressiv konfrontiert werden. Somit ist von besonders großer Bedeutung, sie durch spezielle Maßnahmen zu schulen. Adäquate Schulungen und Vorbereitungen auf schwierige Situationen sind somit essentiell wichtig (vgl. Kastner 2011, S. 195f.).

Laut Duden bedeutet Lösungsansatz, unter anderem das erste Anzeichen der Bewältigung einer schwierigen Aufgabe, zum Beispiel einen eigenen Lösungsansatz für ein Problem, zu finden (vgl. Duden 2017 c). Methoden beschreiben den Prozess der Vorgehensweise. Ziel ist, eine Aufgabe zu bewältigen. Es geht nicht nur darum, im Vortrag Abwechslung zu schaffen, es sollte auch kompetenzorientierter Unterricht angeboten werden. Die Kompetenzentwicklung wird vornehmlich auf der Methodenebene entschieden. Lust auf die Förderung von Leistung ist ein Ziel, welches der Methodeneinsatz mit sich bringen soll (vgl. Mattes 2011, S10f.).

Kompetenzen und/oder Schlüsselqualifikationen zu vermitteln, ist in der voranschreitenden wirtschaftlichen Entwicklung, der Veränderungen in der Qualifikations- und Tätigkeitsstruktur sowie in den neuen Formen der Arbeitsorganisation unerlässlich. Unter dem Begriff Schlüsselqualifikationen werden außerfachliche Fähigkeiten, die die Aspekte der Persönlichkeitsbildung beinhalten, verstanden. Es handelt sich um funktions- und berufsübergreifende Qualifikationen, die über fachliche Kenntnisse und Fertigkeiten hinausreichen und sie überdauern. Diese Qualifikationen dienen als Schlüssel zu weiteren Qualifikationen. Zu diesen speziellen Qualifikationen werden die Sozial-, die Selbst-, die Methodenkompetenz und die

Kompetenz für das selbstgesteuerte Lernen gezählt. Schlüsselqualifikationen können nicht wie fachliche Fähigkeiten erlernt beziehungsweise gelehrt werden. Grundsätze sind, aktivierende Lernmethoden einsetzen, ein freundliches Arbeitsklima und gutes, persönliches Verhältnis schaffen und alles weglassen, was die Entwicklung des Auszubildenden behindert. Zur gezielten Förderung einzelner Schlüsselqualifikationen empfiehlt sich ein planmäßiges Vorgehen. Der Auszubildende wird zum Berater und/oder Moderator des Lernprozesses, was eine Förderung der Persönlichkeit des Lernenden begünstigt, da er formale, personale und soziale Fähigkeiten, also Schlüsselqualifikationen entwickeln kann. Das Gelernte wird weniger schnell vergessen, sodass es leichter in die Praxis umgesetzt werden kann. Ebenso wird gelernt, wie man Aufgaben bewältigt und Probleme löst (vgl. Archan/Tutschek 2002, S. 2ff.).

Auch Mattes (2011) beschreibt die in den Lehrplänen beschriebene Kompetenzorientierung als wichtig und essentiell. Dabei ist statt auf die Input- auf die Outputorientierung zu achten. Nicht ausschließlich die Ziele sind wichtig, sondern vor allem die Ergebnisse. Durch verschiedene bekannte Schulstudien wie PISA, TIMSS und andere wurde nachgewiesen, dass nur Zielformulierungen für das Vorankommen nicht ausreichend sind. Kompetente Menschen sind in einem oder mehreren Fach- oder Sachgebieten qualifiziert und verfügen über erweiterte Kenntnisse und Fertigkeiten, können Positionen und Werturteile vertreten und begründen. Erst wenn die Lernenden außerhalb des schulischen Kontextes die neu erlernten Kompetenzen einsetzen können, sind diese bildungsbedeutsam. Kompetenz ist nicht gleich Bildung. Es sind die Kompetenzen, die uns versiert in der Anwendung des Gelernten machen. Die persönlichen Kompetenzen entscheiden, ob Menschen in einer hochkomplexen Gesellschaft die Anforderungen des Lebens bewältigen oder nicht. Kompetenzen sind der Schlüssel zur Zukunftsfähigkeit und eine wichtige Ressource jedes einzelnen. Deshalb ist es wichtig, im Unterricht Kompetenzen zu fördern. Sie können ausschließlich mit Methoden erworben werden. Lehrmethoden sind das Mittel, Lehrmethodik ist das Ziel. Im ersten Schritt muss ebenso überdacht werden, welche Methoden welche Kompetenzen fördern. Daraus ergibt sich, was im Unterricht gefördert werden soll – outcome.

Sachkompetenz wird unter anderem mit Einzelarbeiten, durch einen Lehrervortrag, durch eine Kartenabfrage, durch SchülerInnenpräsentation, den Galeriegang, die Pick-up-Methode, das Mindmapping, die Abtrepp- und die Zahlenmethode, die Filmanalyse, das WebQuest, den Lernzirkel, das Portfolio, das Referat und die „Vier-Fragen-Deutung“ für Schaubilder gefördert. Die Urteilskompetenz wird durch das Brainstorming, die Diskussion, die Punkteabfrage, den Fishbowl, die Pro-Kontra-Debatte, die kriterienorientierte Bewertung von Sachtexten und die Expertenbefragung gefördert. Die Sozial- und Handlungskompetenz wird durch das Partnerbriefing, das Lerntempoduett, das kooperative Partnerinterview, das „Drei-Schritt-Interview“, das Partnerpuzzle, das Venn-Diagramm, die Gruppenarbeit, das Placemat, das Schreibgespräch, das Gruppenpuzzle, den Gruppenmix, das World Café, das Planungsgespräch, die Redekette, den Sitzkreis, das Rollenspiel, die Erkundung, das Streitschlichtungsgespräch, die Meinungsumfrage und die Moderation von Gruppengesprächen gefördert. Das Planspiel, die Wochenplanarbeit, das Stationenlernen, die Zukunftswerkstatt, der Projektunterricht, das Experiment und „SchülerInnen unterrichten Schülerinnen“ dienen dazu, die Sach-, Urteils-, Sozial- und Handlungskompetenz zu erweitern. Der zweite Schritt besteht darin, die anvisierten Kompetenzen den dazu passenden Inhalten zuzuordnen. Im dritten Schritt werden den Kompetenzen und Inhalte der geeigneten Methoden beziehungsweise dem geeigneten Methodenarrangement zugeteilt. Die Gruppe der Auszubildenden wird zunehmend heterogener. Dabei soll und darf die Individualität nicht vergessen werden. Jeder Auszubildende soll so gefördert werden, dass das individuelle Begabungspotential möglichst optimal zur Entfaltung kommt. Das Ziel ist, die Gesamtgruppe individuell, so gut wie möglich zu fördern und zu verbinden. Die Gruppe ist wichtig für die Kompetenzentwicklung im sozialen Kontext. Es soll LehrerInnen bewusst sein, dass Auszubildende unterschiedliche Motivationen haben, mit unterschiedlichen Methoden lernen, dies mit einem unterschiedlichen Lerntempo und Leistungsvermögen von statten geht, unterschiedliche Lerninteressen bestehen und ein unterschiedliches Vorwissen vorhanden ist. Kooperatives Lernen ist diesbezüglich eine didaktische Strategie, die die Individualisierung des Lernens durch Einbezug aller

Auszubildenden fördert. Ebenso kommt es durch die Bildung von Teams zu einem verantwortungsbewussten Lernen. Ein weiterer Vorteil des kooperativen Lernens ist die konsequente Umsetzung der konstruktivistischen Didaktik. Es kommt zu einer Leistungssteigerung bei gleichzeitiger Verbesserung der Unterrichts Atmosphäre und die Methoden haben eine hohe Praxistauglichkeit. Der Frontalunterricht, wie auch kooperative Lehrmethoden, haben ihre Wichtigkeit im Unterricht. Wie, wann und warum eine Methode eingesetzt wird, ist dabei wesentlich. Lernen braucht Zeit, wenn das Ergebnis anspruchsvoll und nachhaltig sein soll. Die immer geringeren Zeitressourcen sind die größten Gegenargumente der Skeptiker von Methodeneinsatz. Die Einzelstunde sollte nicht die Maßeinheit für das ausgewogene Mischungsverhältnis zwischen Frontalunterricht und SchülerInnen selbstständigkeit sein. Die gesamte geplante Unterrichtsreihe sollte die Grundlage bilden. Als Faustregel gilt, dass keinesfalls mehr als die Hälfte der Zeit in Frontalunterricht geplant werden soll. Besser wäre es, nur ein Drittel der Zeit frontal zu verplanen, ein Drittel SchülerInnen selbstständigkeit zu fördern und das letzte Drittel sollte in Präsentation und Besprechung investiert werden (vgl. Mattes 2011, S.18f.).

Unterrichtsmethoden strukturieren den Lernprozess, gliedern ihn in Phasen einer zeitlichen Abfolge, enthalten ritualisierte Elemente und sind auf mehrere Inhalte anwendbar. Methoden führen zu einem fachlichen „Know-how“, praktischem Können, geben Sicherheit durch Routine und dienen zum Aufbau von Selbstvertrauen und Abbau von Angst. Es geht nicht darum jeden Tag eine neue Methode einzusetzen. Fünf Basics sollten beachtet werden:

1. Ein wohldosierter Frontalunterricht, gut platziert und spannend gemacht, ist elementar beim Lehren
2. Einzelarbeiten sind wichtig, da sie individuelles und konzentriertes Nachdenken fördern
3. PartnerInnenarbeiten, die der gegenseitigen Unterstützung dienen
4. Gruppenarbeiten, die Sozialkompetenz und Teamfähigkeit fördern
5. Präsentationen von Auszubildenden, die kommunikative Handlungskompetenzen fördern



Eine kluge Kombination dieser fünf Grundformen des Lehrens und Lernens in Gruppen lässt sich jederzeit in positiv verlaufenden Unterrichtskonzepten realisieren. Wichtig bei allen Methoden ist die Nachhaltigkeit des Unterrichtsinhaltes. Methoden müssen mehrfach eingesetzt werden, damit sich Routine einstellen kann. Sie sollen jedoch maßvoll eingesetzt werden. Weniger ist auch da oft mehr. Die Methode ist richtig, die das Ziel erreicht und das Lernen fördert. Sie bieten keine Garantie und sind nur so gut wie die Personen, die sie anwenden (vgl. Mattes 2011, S10ff.). Kostka und Köster (2005) beschreiben in dem Buch „Kompetent unterrichten“ unter anderem die zahlreichen Unterrichtsmethoden, die eine Voraussetzung sind, einen abwechslungsreichen und guten Unterricht zu vollziehen. Es gibt unterschiedliche Methoden, die unterschiedliche Kompetenzbereiche fördern. Es werden soziale, übende und testende, forschende und entdeckende, spielerische und bewegende, kreative und planende, motivierende und einführende, verbale und präsentierende, schriftliche und computernutzende, herstellende und gestaltende Methoden beschrieben. Sie bringen Abwechslung und Alternativen, bewegen den Unterricht, geben ihm spielerische Elemente, stellen die Kreativität in den Vordergrund, fördern das Forschen und Entdecken und bilden den sozialen Umgang aus (vgl. Kostka/Köster 2005, S. 101).

Im Folgenden werden explizit einige der Methoden angeführt, die im Rahmen der Vermittlung von schwierigen Situationen in der psychiatrischen Pflege geeignet sind.

#### 4.2.1. Rollenspiele

Eine Methode um Auszubildenden Inhalte zu vermitteln und Kompetenzen auszubilden und zu stärken, sind Rollenspiele. Die Lernenden schlüpfen in verschiedene Rollen und spielen Situationen im zwischenmenschlichen Bereich nach. Dieses spielerische Lernen ermöglicht, verschiedene Verhaltensweisen, Perspektiven und Sichtweisen kennenzulernen und zu durchleben. Die Fähigkeit zur Verständigung und Zusammenarbeit wird

durch Rollenspiele gefördert, ebenso ist es möglich, Konflikt- und Entscheidungssituationen darzustellen. Eigenes Handeln kann besser verstanden werden und das Einfühlen in das Denken, Fühlen und Handeln anderer Personen wird gefördert. Es gibt Grundvoraussetzungen für Rollenspiele. Dabei sollte beachtet werden, dass die Teilnahme am Rollenspiel immer freiwillig erfolgen soll, genaue Rollenanweisungen wichtig für den Verlauf des Spieles sind, die SpielerInnen ausreichend Vorbereitungszeit erhalten müssen (etwa 10 Minuten), eine bestimmte Spieldauer vorher vereinbart werden soll, eine Dokumentation des Rollenspiels für die Nachbesprechung sinnvoll ist (schriftlich, durch Video usw.), der Lehrende nur im Notfall eingreifen soll und zum Abschluss eine Nachbesprechung stattfinden soll, die mit einer Stellungnahme der Darsteller beginnt (vgl. Archan/Tutschek 2002, S. 20ff.). Mattes (2011) beschreibt, dass sich die soziale Handlungskompetenz durch das Rollenspiel sehr gut fördern lässt. Die Agierenden stehen in einem Rollenspiel im Mittelpunkt des Unterrichtsgeschehens und die Nachhaltigkeit eines solchen Unterrichtserlebnisses ist groß. Es ist eine Art der Probe ohne negative Konsequenzen und ohne Risiko. Angst kann hier abgebaut werden, denn im Zweifelsfall ist immer die „Rolle“ schuld. Die Kreativität, die Experimentierfreude und die Lust am Sprechen werden gefördert, ebenso der Perspektivenwechsel und das Hineinversetzen in andere. Das Rollenspiel kann auch gut eingesetzt werden, um friedliche Streitlösungen zu finden und kann als Gewaltprävention dienen (vgl. Mattes 2011, S162f.). Miller (2011) beschreibt, dass die Gesprächskompetenz durch Rollenspiele sehr gesteigert werden kann und es die wirksamste Trainingsmethode diesbezüglich ist. Es werden Gefühle wahrgenommen, erlebt und ausgedrückt, Absichten dargestellt, Probleme verdeutlicht und ausgedrückt und das Fühlen, das Denken und das Handeln als Einheit erfahren. Darüber hinaus werden Mitgefühl und Verständnis trainiert und in der Gruppe erlebt, die verbale und non-verbale Kommunikation kann ausprobiert werden, zwischenmenschliche Beziehungen werden dargestellt, erlebt und geklärt und es wird gelernt sich in andere Personen hineinzusetzen, aktiv einzugreifen, zu agieren und zu reagieren (vgl. Miller 2011, S. 169).

### 4.2.2. Diskussion

Diskussion ist auch eine mögliche Form, um Lerninhalte zu erarbeiten. Mit DiskussionspartnerInnen werden Argumente gefunden, um die Gegenseite davon zu überzeugen. Eigene Standpunkte werden neu überdacht und mögliche Irrtümer können aufgeklärt werden. Diskussionen helfen, das Verständnis und Wissen zu vertiefen, die Zusammenarbeit abzustimmen und zu planen, Konflikte zu lösen und Überzeugungen zu gewinnen. Zusätzlich wird dabei die Argumentations- und Ausdrucksfähigkeit geschult (vgl. Archan/Tutschek 2002, S. 23f.). Auch Mattes (2011) beschreibt die Diskussion als gute Methode, um Meinungen zu bilden und auch um am Ende eines Erarbeitungsprozesses umstrittene, gesellschaftliche Unterrichtsinhalte zu diskutieren. Es wird dabei ersichtlich, ob der erforderliche Lernstoff gelernt wurde. Die Auszubildenden lernen, eine eigene Meinung zu entwickeln, zu argumentieren, Gegenargumente auszuhalten und die eigene Meinung in der Diskussion zu festigen, zu überdenken oder gegebenenfalls zu ändern. Es wird beschrieben, dass die Diskussion gut als Gewaltprävention angewendet werden kann, da gelernt wird, alles mit Worten statt mit Gewalt zu tun. Die Diskussion und die möglichen Formen der Diskussion sind eine Methode „learning by doing“, wobei sich die Sach-, Urteils- und Sozialkompetenz trainieren lassen (vgl. Mattes 2011, S162f.).

### 4.2.3. Problembasiertes Lernen

Problembasiertes Lehren und Lernen sind beispielsweise bereits in der sokratischen Mäeutik und in den Erziehungskonzeptionen von Rousseau angelegt (vgl. Klauser 1998, S.289). 1969 wurde an der McMaster-Universität in Hamilton, Kanada, das didaktische Konzept für die Mediziner Ausbildung entwickelt (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.32). Ebenso gilt die Case Western Reserve University in den USA als Pionier (vgl. Klauser 1998, S.274). Die Methode wurde hauptsächlich aufgrund von Unzufriedenheit in der Medizin eingeführt. Die traditionellen Methoden der

Wissensvermittlung wurden zunehmend unbefriedigend (vgl. Schirlo/Gerke 2006, S.21). Ziel war, die Ausbildung effektiver, effizienter und in weiterer Folge handlungswirksamer zu machen. 1974 wurde das problemorientierte Lernen für alle Studiengänge an der damals neu gegründeten Universität in Maastricht, Niederlande, für Europa übernommen. Von Schweden über Deutschland, nach Italien und bis in die Schweiz wurde das problemorientierte Lernen implementiert (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.32). Grundsätzlich wurde in den 1950er und 1960er Jahren dieser Ansatz eingeführt, um die isolierten, disziplinären Wissensbestände ganzheitlich in Ausbildungen zu integrieren, das selbstständige Problemlösen einzuführen und ein intensives Anwendungstraining von Wissen und Können im Lernprozess zu gewährleisten (vgl. Klauser 1998, S.274f.). Seither haben sich eine Vielfalt von Varianten und Methoden von PBL entwickelt, jedoch die Grundintension und die Schritte werden grundsätzlich eingehalten (vgl. Schirlo/Gerke 2006, S.21). In der Humanmedizin, den Ingenieurwissenschaften, der wirtschaftlichen Ausbildung, der Architektur, den Rechtswissenschaften und in der Informatik wurde PBL erfolgreich in den Curricular- und Lehr-Lern-Konzeptionen angewandt. Ebenso hat diese Lernform in der Ausbildung für medizinische Berufe und Heilberufe, in der Ausbildung von LehrerInnen und pädagogischen Führungskräften und im Unterricht für Mathematik und den Naturwissenschaften in der Sekundarstufe 1 und 2 Einzug gefunden (vgl. Klauser 1998, S.275f.). Ein zentrales Merkmal von PBL ist eine Frage oder Problemstellung, die durch vorgegebene Informationen und durch Vorwissen von Lernenden bearbeitet werden soll. Im Vergleich zu den verschiedenen Ansätzen der problemorientierten Lehr- und Lernkonzeptionen hat das PBL mit dem „7-Sprung“ eine strenge Lern- und Bearbeitungsstruktur, sonst beruht es aber auch auf konstruktivistisch-, erkenntnis- wie situationsorientierten Ansätzen. Es soll zu einem fächerübergreifenden und lernzielbezogenen Wissen kommen und somit das eigene Wissen überprüft und durch das Vorwissen erweitert werden. Das Wissen wird nur dann handlungsrelevant, wenn der Lernende selbst es sich aneignet und es in eine reale Problemsituation eingebunden wird. Die Ausbildung soll sowohl praxisnahe, transferwirksam, professionell, attraktiv und qualitativ hochwertig sein (vgl. Schwarz-

Govaers 2002, S.30f.). Im Mittelpunkt steht eine möglichst authentische Situation aus dem Berufsalltag und neu beim PBL, dass es zu einer Veränderung in der Haltung gegenüber dem Lernen und Lehren kommt. Zum Beispiel werden die Lernenden nicht zuerst mit dem Unterrichtsstoff konfrontiert, sondern mit einer Problemstellung. So wird das gestellte Problem zuerst durch das meist bestehende Vorwissen aktiviert. Der Vorteil darin besteht, dass das neue Wissen an altes Wissen „andocken“ kann und es zu einer erhöhten Handlungskompetenz kommt. Auch wird das Vorwissen zu Beginn noch mehr genutzt, da alle Gruppenteilnehmer sich einbringen sollen und somit dieses Vorwissen als eine wahre Ressource gesehen werden kann (vgl. Hug/Weber 2004, S.35). Im Weiteren wird die Gruppe erkennen, wo Wissenslücken sind und diese in Folge erarbeiten. Ein/e TutorIn begleitet dabei die Gruppe und führt durch den Prozess des problemorientierten Lernens (vgl. Köllner/Gahn/Kallert/Felber/ Reichmann/ Dieter/Nitsche/Joraschky 2003, S.48).

Die Siebensprungmethode ist eine Bearbeitungskultur von „PBL“. Die Siebensprung Methode besteht aus drei Phasen, der Problemanalyse, der Problembearbeitung und der Problemlösung. Die Problemanalyse erfolgt in den Schritten 1- 5. Dieser Teil findet in Gruppen von ca. zehn Personen unter Begleitung eines/einer TutorIn statt. Hier werden zuerst Begriffe erklärt, die sich auf die Aufgabe beziehen, um Missverständnisse zu vermeiden. Dann werden die Fragen zur Aufgabe bestimmt, damit das Thema eingegrenzt wird. Im dritten Schritt wird das Problem analysiert, Lösungen gesucht und das Vorwissen aktiviert. Diese Phase bewirkt das Auffrischen und Abstecken des vorhandenen Wissens innerhalb der Gruppe. Im vierten Schritt findet die systematische Problemanalyse statt, hierbei wird geordnet und klassifiziert, um Zusammenhänge zwischen den einzelnen Aspekten aufzuzeigen. Im fünften und letzten Schritt der ersten Phase geht es um die Formulierung der Lernziele oder Lernfragen, damit das Wissen, welches angeeignet werden soll, festgelegt wird. Diese Phase ist wichtig, um die im Gedächtnis vorhandenen Vorstellungen, Meinungen, Strategiepläne bewusst zu machen, unklare Stellen aufzudecken, bevor man in das Selbststudium geht. In der zweiten, zeitintensiveren Phase der Problembearbeitung wird der Schritt sechs der

Siebensprungmethode durchgeführt. Dabei führen die Lernenden das Selbststudium durch, wobei Studienzeit und Freizeit gut ausbalanciert sein sollten. Dies ist wichtig, damit es zu einem effektiven und effizienten Gebrauch der zur Verfügung stehenden Zeit kommt. Zudem werden in dieser Phase die Informationsquellen in Bezug auf Qualität und Quantität ausgewählt. Im Anschluss werden die Quellen studiert, um so das Problem zu lösen und die Fragen zu beantworten. Ebenso dient diese Phase dem Zurückschauen auf das vorhandene Wissen und Bezüge zu der Eingangsdiskussion und zu den Lernzielen herzustellen. Dann wird ein diesbezüglicher Bericht vorbereitet.

In der dritten und letzten Phase wird der siebente Schritt der Siebensprung Methode behandelt. Die Gruppe findet sich nun wieder und in der Diskussion mit den anderen Lernenden werden die Antworten und Lernziele präsentiert. Fragen und Unklarheiten werden besprochen, damit nach der Diskussion jeder Lernende dasselbe Wissen hat. In dieser Phase wird auch evaluiert, ob die Inhalte, die von Bedeutung sind, genügend gründlich bearbeitet wurden. Und ebenso sollte der Inhalt nun so gut verankert sein, dass das Thema anderen erklärt werden kann. Besonderes Augenmerk soll hier auch auf die Bewertung der Differenzen zwischen ursprünglichen und neuen Hypothesenbildungen gelegt werden (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.33ff.).

PBL bietet Vorteile aber auch Hindernisse. Ein Vorteil für die Lernenden ist, dass das Vorwissen aktiviert wird. Dieses Wissen ist eine wichtige Ressource und wird bei PBL genutzt. Aufgrund von individuellem Wissen, der eigenen Erfahrungen und von Vorannahmen wird Wissen selbst konstruiert. Langfristig wird nur das selbst erarbeitete Wissen im Gehirn verankert und damit handlungsrelevant. Ein zweiter Vorteil besteht darin, dass die Reflektion des Tuns beziehungsweise des Denkens beim Tun animiert wird und somit eine Verbesserung der Handlung oder Lösung erfolgt. Ein weiterer Vorteil ist die schrittweise Verselbstständigung des Lernenden, indem das eigene und selbstständige Lernen gefördert wird. Weitere Vorteile sind, dass praxisrelevante Probleme bearbeitet werden, die Gruppen- und Teamfähigkeit erhöht wird, die soziale Studienfähigkeit gefördert und der Umgang mit Feedback erlernt wird. Ein enormer Gewinn

durch PBL entsteht auch durch das eventuell durchgeführte kombinierte Theorie- und Praxistraining. So entsteht eine wesentlich bessere Vorbereitung für die Praxis. Lernende sind schneller und besser in der Lage, Situationen des Berufsalltags zu erfassen und ihr Wissen handlungswirksam einzusetzen (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.31f.). Die Selbststeuerung der Lernenden steht grundsätzlich im Vordergrund und dabei besteht der Vorteil, dass ein motivierendes Lernverhalten entsteht und meist eine längerfristige Aufrechterhaltung der Lernmotivation zu beobachten ist (vgl. Zumbach/Reimann 2003). Die Ausbildung wird auf ein höheres Qualitätsniveau gehoben und lässt sich mit einem wissenschaftlichen Forschungsprozess vergleichen. Social Skills gewinnen zunehmend an Bedeutung, ebenso das wissenschaftliche Arbeiten und lebenslange Lernen. Heutzutage wird interdisziplinäres Denken und Wissen im Berufsalltag vorausgesetzt (vgl. Fischer-Kienberger 2013). Einzeldisziplinen werden gefördert und die Vernetzung dieser schafft einen rascheren Einstieg in die Praxis. Steigerungen von Eigenaktivität, Einarbeitungstiefe und Langzeiterinnerung sind weitere Vorteile des Einsetzens der PBL Methode (vgl. Köllner et al. 2003, S.48). Im PBL lernt man wie man lernt, auch dies gehört zu den wichtigen Vorteilen (vgl. Hug/Weber 2004, S.36). Es wird die Vernetzung in einem Team, aber auch im Gehirn gefördert, komplexe Problemlösungsfähigkeiten werden entwickelt, die Selbststeuerung beim Lernen wird berücksichtigt und gefördert und die Lernenden zu zunehmender Selbstständigkeit hingeführt. Längerfristig würde es zu einer veränderten Stellung und Funktion von Schule und Ausbildung kommen. Die veränderten Qualitätsanforderungen verlangen ein komplexeres Wissen um sich nach der Ausbildung rascher in das Berufsfeld einzufinden. Im Rahmen von PBL entsteht Expertenwissen, dass problembezogen ist und in verschiedenen Kontexten generiert werden kann. So kommt es im Anschluss dazu, dass komplexe Handlungen in der Praxis ausgeführt werden können. Ein weiterer Vorteil liegt sicherlich darin, dem weitverbreiteten Schubladendenken entgegenzuwirken. Durch die Verknüpfung verschiedener Fächer findet automatisch eine Vernetzung statt (vgl. Klauser 1998, S.274f.).

Ein möglicher Nachteil ist, dass die Lernenden durch die Rollenübernahme aus sozialer wie auch aus fachlicher Sicht überfordert werden. Der/Die TutorIn soll und muss, wenn dies augenscheinlich geschieht, Maßnahmen ergreifen, um die Situation zu entlasten (vgl. Klauser 1998, S.290). Die Lernenden müssen von der Vorstellung Abstand nehmen, dass die Lehrenden die Probleme lösen (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.42).

Ein Hindernis für PBL ist möglicherweise die begrenzte Anzahl von Angeboten, Hilfsmitteln und Lehrmaterialien wie zum Beispiel PCs, Bücher, Zeitschriften, sowie eine begrenzte Raumanzahl. Eine mögliche Grenze von PBL könnte ebenso sein, dass der Transfer zwischen Theorie und Praxis nicht funktioniert. Idealerweise sollten die Betroffenen der Praxisfelder ins Boot geholt werden, damit die realen Probleme und Geschichten berücksichtigt werden können (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.37f.). Eine große Herausforderung besteht sicherlich auch darin, eine realitätsnahe und subjektiv bedeutsame Problemstellung zu formulieren, die sich in der Beruf- und Alltagswelt wiederfindet. Ebenso wichtig und eventuell schwierig ist das Problem so darzustellen, dass es nicht nur eine mögliche Lösung gibt, sondern mehrere mögliche Lösungen denkbar wären. So können authentische Situationen bearbeitet und auf verschiedenen Wegen gelöst werden (vgl. Klauser 1998, S.278f.). Für Lehrende, die die Funktion des/der Tutors/Tutorin einnehmen, ist die Umstellung sicher schwierig, da sich die Rolle verändert. Es begrenzt sich die Funktion vorwiegend auf die Sicherung des Lernprozesses in die beabsichtigte Richtung. Es muss ein neues Verständnis von selbstgesteuertem und selbstverantwortetem Lernen entwickelt werden. Der Vorteil der Lehrenden besteht darin, dass sie mit den Inhalten der Themen vertraut sein müssen, jedoch müssen sie keine ExpertInnen für jeden Teilaspekt sein. Treten Unsicherheiten auf, soll der Lernende weiterführende Fragen oder Überlegungen zur Lernziel-erreichung beitragen und der Lehrende soll lediglich die Gruppe dazu hin-führen und nicht durch Antworten oder Lösungsvorschläge die Ausein-dersetzung in der Gruppe vorwegnehmen. Als TutorIn soll und muss man sich zurücknehmen, dies bedeutet sicher eine gewisse Umstellung. Auch die Aufgaben eines/einer Tutors/Tutorin müssen ausreichend bekannt sein, um professionell durch den Ablauf zu führen (vgl. Schwarz-Govaers



2002, S.36f.). Der/Die TutorIn hat eine elementare Rolle im PBL inne, nämlich spezifische Formen der Hilfestellung, Problemlösung und Unterstützung zu bieten. Dieser Rolle müssen sich die Lehrenden bewusst sein, denn didaktische-methodische Ausgestaltungen stehen im Zentrum dieses Ansatzes. Die Lernbedingungen von PBL müssen geschaffen und aufrechterhalten werden (vgl. Klauser 1998, S.279.).

#### 4.2.4. Lernbereich Training und Transfer (LTT)

Lernen im LTT findet unter Verknüpfung mit den PBL Modulen statt, indem durch einen Vorkenntnistest an das neu erworbene Wissen angeknüpft wird. Das Lernen im LTT wird handlungsorientiert angeboten, wobei das Trainieren von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen durch praxisnahe Situationen aus dem Pflegealltag und das schrittweise Erkennen von Handlungszusammenhängen bis zum Erlernen der Handlungskompetenz im Mittelpunkt stehen (vgl. GD Bildung und Kultur 2007). Transferförderung kann grundsätzlich auf zwei Arten geschehen, entweder durch das Einüben von Transfertechniken, die es erlauben Transfer später bei Bedarf auszuführen oder durch das Begleiten von Transfer, indem die Studierenden Transferschritte teilweise oder vollständig unter Anleitung machen (vgl. Schmid 2007, S.9). Die Fähigkeits- und Fertigkeitenwerkstatt [Integratives Modell von cognitive Apprenticeship (CAS) und Skillslab], „Das kognitive Berufslehremodell“ („Cognitive Apprenticeship“) dient als didaktisches Modell zur Unterstützung der LernbegleiterInnen aus Schule und Praxis. Skills sind Fertigkeiten und Fähigkeiten (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.36). Der LTT wird in Form des integrativen Modells aus Skillslab und Cognitive Apprenticeship CAS umgesetzt. Die Lernenden üben in verschiedenen Rollen (Beobachter, Pflegeperson, Patient) und haben die Möglichkeit durch die Videoanalyse, das Feedbackgeben und die anschließende Reflexion ihre fachlichen, sozialen und personalen Kompetenzen zu trainieren. Die Rolle der Lehrenden kann als Lernprozessbegleiter und Coach umschrieben werden (vgl. GD Bildung und Kultur 2007).

Die LTT Schule hat die Aufgabe zu sichern und die LTT Praxis erfüllt die für einen erfolgreichen Transfer wichtige Voraussetzung der Kontextgebundenheit mit der realen Berufssituation, somit findet LTT immer praxisnah statt. Die didaktischen Grundformen in der LTT Schule umfassen grob das Training, die Synthese und die situative Problemlösung. Im Bereich Training kommen verschiedene Unterrichtsmethoden zur Anwendung, nämlich die Cognitive Apprenticeship, Skillslab, Simulationskontakte und Rollenspiele. Im Training kommt es zum Aufbau von prozeduralem und sensomotorischem Wissen durch systematisches Einüben bzw. Trainieren von Fähigkeiten und Fertigkeiten. In der Synthese soll es zum Verstehen von Inhalten und Zusammenhängen im Bereich des deklarativen Wissens kommen. Portfolio, Simulationskontakte und strukturierte Reflexion sind die Unterrichtsmethoden, die angewendet werden. Die situative Problemlösung hat die Funktion Problemlösestrategien zu erwerben. PBL, themenbezogene Fallbeispiele, Projektarbeit und Planspiele werden als Unterrichtsmethoden herangezogen (vgl. Schmid 2007, S.11ff.). Das Skillstraining ist das Bearbeiten von Fallgeschichten. Jedoch nicht das alleine führt zu einer Verbesserung der klinischen Fähigkeiten (vgl. Köllner et al. 2003, S.51). Im PBL bezieht man sich auf drei Strategien, das „Monitoring“, die „(Selbst-)Diagnose“ und die „Selbst-Regulation“. Das Monitoring ist die Überwachung beziehungsweise die Prüfung der eigenen kognitiven Prozesse bei der Problembearbeitung. Bei der (Selbst-)Diagnose kommt es zur Klärung von Ursachen für Schwierigkeiten und Fehler bei der Problembearbeitung, aber auch für gelungene Problemlösungen und erfolgreich angewandtes Wissen und Können. Im Schritt der Selbst-Regulation kommt es zu einer Veränderung der Lern- und Problemlösungsaktivitäten im Hinblick auf die Beseitigung von Fehlern und Schwierigkeiten. Cognitive Apprenticeship muss und soll nicht ausschließlich als Methode verwendet werden. PBL ist vielmehr offen auch für andere didaktisch-methodische Formen (vgl. Klauser 1998, S.275f.). In der Schweiz wurde das „Cognitive Apprenticeship“ speziell für die LernbegleiterInnenausbildung weiterentwickelt und es wurden positive Erfahrungen mit der schrittweisen Verselbstständigung der Lernenden gemacht. Wichtig dabei ist,

dass die Lernenden die „eigenen Bilder“ im Kopf verbalisieren ohne diese zu werten. Somit können auch Vorurteile geäußert werden. Der positive Effekt dabei ist, dass sich so die Lernenden austauschen können und die „Bilder im Kopf“ miteinander verglichen werden (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.31). Die Erfahrungs- u. Erkundungswerkstatt (EEW) kommt an den Praxislerntagen zum Einsatz und wird durch die selbst gewählten Skills verwirklicht. In dieser Lernwerkstatt wird bearbeitet, geübt und unter Begleitung eines/einer LehrerIn überprüft. Zu Beginn steht das Problem oder die Aufgabe. Die Lernenden nähern sich dem Problem oder der Aufgabe durch den Einsatz von Checklisten an um das Vorwissen zu aktivieren. In Folge werden die angebotenen Texte und Materialien benutzt um zu modellhaften Lösungen zu gelangen (vgl. Schwarz-Govaers 2002, S.36).

## 5. Zusammenfassung

Wie im Gesamtbereich der Pflege müssen auch in der psychiatrischen Pflege ein hohes Arbeitspensum mit großer Verantwortung und intensiven fachlichen, sowie theoretischen Kenntnissen unter Zeitdruck und der Prämisse ethischen Handelns erledigt werden. Weiter wird erwartet, dass die Pflegepersonen schwierige Situationen zuverlässig meistern können und sich im multiprofessionellen Team adäquat verhalten. Auch die Arbeit mit Angehörigen bedarf der Beachtung. Die psychiatrische Pflege beinhaltet die Konfrontation mit schwierigen Situationen. Auf Basis einer psychischen Erkrankung beruht bereits eine latente Grundgefahr. Weiter stellt die Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz und das Heimaufenthaltsgesetz eine hohe Herausforderung sowohl für die Pflege als auch für die PatientInnen dar. Zwang, Aggression, Gewalt und Stress sind Faktoren, die zu schwierigen Situationen führen können. Auch die Thematiken Angst des Pflegepersonals, schwierige PatientInnen/belastende Persönlichkeiten und Angehörige führen immer wieder zu herausfordernden, schwierigen und gefährlichen Situationen in der psychiatrischen Pflege. Hinsichtlich der Forschungsfrage, mit welchen Schwierigkeiten die psychiatrische Pflege konfrontiert ist, werden Situationen, die mit Zwang, Angst, und Gewalt einhergehen, aufgezeigt. Hinsichtlich der weiteren Forschungsfrage, welche Lösungsstrategien dem Pflegepersonal zur Auflösung schwieriger Situationen zur Verfügung stehen, ist diese durch präventive Maßnahmen zu erläutern. Wissen ist ein Grundstein, konkret das Wissen über Beziehungspflege, Aggression und Gewalt, Angst und Zwang. Jedoch sind neben speziellen Schulungen und Wiederholungen regelmäßige Evaluierungen notwendig, um Wissen zu festigen. Die Resilienzförderung, das Erlernen von Deeskalationsmaßnahmen, regelmäßige Fallbesprechungen, das Abhalten von Supervisionen, Wissen über Kommunikation und Kommunikationstechniken und das Erlernen gewaltfreier Kommunikation, die Beherrschung praktischer Abwehrtechniken und die Kenntnis über die Ursachen für Burnout sind mögliche Lösungsstrategien um schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege auflösen zu können und adäquate Bewältigungsformen zu erlernen und einzusetzen.

Die dritte Forschungsfrage widmet sich dem Ansatz, was LehrerInnen für Gesundheits- und Krankenpflege dazu beitragen können, um Auszubildende auf die Bewältigung schwieriger Situationen vorzubereiten. In der Arbeit als LehrerIn in der Gesundheits- und Krankenpflege ist es unter anderem das Ziel, den Auszubildenden schwierige Situationen in der psychiatrischen Pflege aufzuzeigen und sie durch Methodeneinsatz darauf vorzubereiten. Ebenso besteht ein Ziel darin, Wissen intuitiv abrufbar zu machen, um Ängste, Stress und weitere mögliche negative Auswirkungen im Pflegealltag reflektieren zu lernen, nicht entstehen zu lassen oder zu reduzieren. Da die tägliche Arbeit im psychiatrischen Bereich zeigt, dass immer wieder schwierige Situationen entstehen und die Ausbildung nicht ausreichend darauf vorbereitet, verbindet die Autorin als ihr persönliches Anliegen, Probleme aufzuzeigen und Lösungsvorschläge anzubieten.

## 6. Literaturverzeichnis

Anderl-Doliwa, B./Breitmaier, J. /Claus, S. /Elsner, S. /Kuntz-Sommer, B. (2014): Leitlinie für den Umgang mit aggressivem Verhalten in der Psychiatrie. Rheinland-Pfalz. In: [http://www.lapk-rlp.de/wp-content/uploads/140908\\_Leitlinie\\_fuer\\_den\\_Umgang\\_mit\\_aggressivem\\_Verhalten\\_2.pdf](http://www.lapk-rlp.de/wp-content/uploads/140908_Leitlinie_fuer_den_Umgang_mit_aggressivem_Verhalten_2.pdf) [19.03.2017].

Archan, S./Tutschek, E. (2002): Schlüsselqualifikationen. Wie vermittele ich sie Lehrlingen? Wien.

Berner, M. (2007): Die Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen Konzept zur Sensibilisierung von Pflegefachpersonen. In: Schulz, M./Abderhalden, C./Needham, I./Schoppmann, S./Stefan, H. (Hrsg.): Kompetenz - zwischen Qualifikation und Verantwortung. Unterostendorf: IBICURA, S.131-137.

Berner, W. (2016): Angst: Die wichtigste Emotion in Veränderungsprozessen. Mitterfels In: <http://www.umsetzungsberatung.de/psychologie/angst.php> [05.02.2017].

Biedermann, J. (2010): Führt ein erweitertes Kommunikationsmodul bei Absolventen eines Basisdeeskalationsseminars zur Reduzierung von Aggressionsereignissen? Wien.

Bruno, T./Adamczyk, G. (2009): Körpersprache. 2. Aufl., München: Rudolig Haufe Verlag GmbH.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – BMG-Version 2014. Wien.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten: Mendel.

Deci, E./Ryan, R. (1993): Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogik, 39.Jg., H.2, S.223-238.

Drumel, St. (2013): Würde, Respekt und Anerkennung. Die Anwendung der gewaltfreien Kommunikation im pflegerischen Kontext. Klagenfurt. In: [http://www.kabeg.at/fileadmin/user\\_upload/kabegmanagement/Bildungszentrum/Abschlussarbeiten/Drumel\\_Stephan.pdf](http://www.kabeg.at/fileadmin/user_upload/kabegmanagement/Bildungszentrum/Abschlussarbeiten/Drumel_Stephan.pdf) [19.03.2017].

Duden online (2017 a): Angst. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Angst> [15.01.2017].

Duden online (2017 b): Körpersprache. In: <http://www.duden.de/suchen/dudenonline/k%C3%B6rpersprache> [05.02.2017].

Duden online (2017 c): Lösungsansatz. In: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Loesungsansatz#Bedeutung2> [31.01.2017].

Faust, V.: Der schwierige Patient. In: [http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Der\\_schwierige\\_Patient-Teil\\_1.pdf](http://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Der_schwierige_Patient-Teil_1.pdf) [28.03.2017].

Firlinger, W. (2007): Das Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Praxis in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege. St. Pölten. In: [http://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/Publikationen/Diplomarbeiten/Firlinger.pdf](http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/Diplomarbeiten/Firlinger.pdf) [19.03.2017].

Fischer, M./Kemmler, G./Meise, U. (2004) «Schön, dass sich auch einmal jemand für mich interessiert» Eine Erhebung der Lebensqualität von Angehörigen langfristig an Schizophrenie Erkrankter. In: Psychiatrische Praxis, H.31,S. 60–67.

Fischer-Kienberger, C. (2013): Problembasiertes Lernen. In: [http://www.biomed-austria.at/fachartikel/Lernen\\_W12.pdf](http://www.biomed-austria.at/fachartikel/Lernen_W12.pdf) [05.02.2017].

Frajo-Apor, B./Hofer, A./Kemmler, G./Pardeller, S. (2015): Emotionale Intelligenz und Resilienz bei Betreuern von Patienten mit schizophrenen und bipolaren affektiven Störungen. In: Schoppmann, S./Stefan, H./Hegedüs, A./Finklenburg, U./Needham, I./Schulz, M./Gurtner, C./Hahn, S. (Hrsg.):

„Sprachen“ Eine Herausforderung für psychiatrische Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Bern: Verlag Berner Fachhochschule, S.41-42.

Franz, S./Zeh, A. (2010): Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten im Gesundheitswesen. In: Nienhaus, A. (Hrsg.): Gefährdungsprofile. Landsberg/Lech: 2010 ecomed MEDIZIN, eine Marke der Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, S. 243-257.

Galgon, St. (2007): Zusammenhänge zwischen Bezugspflege und Mitarbeiterzufriedenheit- eine Korrelationsstudie. In: Schulz, M./Abderhalden, C./Needham, I./Schoppmann, S./Stefan, H. (Hrsg.): Kompetenz - zwischen Qualifikation und Verantwortung. Unterostendorf: IBICURA, S.379-380.

GD Bildung und Kultur (2007): EU in Motion - Qualifying for better health care by using the EQF. Good Practice. Implementierung des EQF. Implementierung des Unterrichtskonzeptes Problem - Based Learning (PBL) und LTT (Lernbereich Training und Transfer). Steiermark. In: [http://www.eu-in-motion.eu/PDF/Good%20Practice/Deutsch/Oesterreich-Good\\_Practice-Implementierung\\_des\\_EQF.pdf](http://www.eu-in-motion.eu/PDF/Good%20Practice/Deutsch/Oesterreich-Good_Practice-Implementierung_des_EQF.pdf) [19.03.2017].

Grywa, D (2004): Pilotprojekt „Schulung in Aggressionsmanagement“. Zürich: Hans Huber Verlag.

Gudjons, Herbert (2007): Frontalunterricht – neu entdeckt: Integration in offene Unterrichtsformen. Heilbronn: Julius Klinkhardt UTB.

Gutiérrez-Lobos, K. /Trappl, E. (2006): Benachteiligung von Menschen mit psychischen Krankheiten im österreichischen Rechtssystem – Ein Beitrag zur Entstigmatisierung und Entdiskriminierung. Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie.

Hadorn, M. (2013): Der «schwierige» Patient. Herausforderung für das therapeutische Team. Luzern. In: [https://www.luks.ch/fileadmin/user\\_upload/Dateien/Beispieldokumente/PDFs/Der\\_schwierige\\_Patient\\_Referat\\_Oktober\\_2013.pdf](https://www.luks.ch/fileadmin/user_upload/Dateien/Beispieldokumente/PDFs/Der_schwierige_Patient_Referat_Oktober_2013.pdf) [19.03.2017].

Hippold, I. (2006): Aggressionsmanagement – Deeskalationsstrategie. In: Gaßmann, M./Marschall, W./Utschakowski, J. (Hrsg.): Psychiatrische Ge-



sundheits- und Krankenpflege - Mental Health Care. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S.183 – 185.

Hug, E./Weber, A. (2004): „Problem-Based-Learning. Eine Chance für die Lehrerinnen- und Lehrerbildung“? In: ph akzente, Ausgabe 4, S.35.

Kaden, A./Keinath, E./Knisch, A./Marquard, S./Müller, A./Schmitte, H. (2012): Pflegeentscheidungen treffen – am Fall lernen. Die pflegerische Fallbesprechung als Pflegeentwicklungsmaßnahme einer Advanced Nursing Practice. In: Padua, 7.Jg., H.3, S.122 – 126.

Kaluza, G. (2012): Gelassen und sicher im Stress. Körperliche Stressreaktionen und die Folgen für die Gesundheit. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Kastner, I. (2011): Aggressives Verhalten in der Psychiatrie – Prädiktoren und Epidemiologie. Regensburg. In: <http://d-nb.info/1023276690/34> [19.03.2017].

Kiss, F. (2013): „Belastung und Bewältigung der Pflege psychisch kranker Menschen“. Wien. In: [http://othes.univie.ac.at/26920/1/2013-03-13\\_0647274.pdf](http://othes.univie.ac.at/26920/1/2013-03-13_0647274.pdf) [19.03.2017].

Klauser, F. (1998): „Problem-based learning. Ein curricularer und didaktisch-methodischer Ansatz zur innovativen Gestaltung der kaufmännischen Ausbildung“. In: Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 1.Jg, H.2, S. 273-293.

Klippert, Heinz (2008): Besser lernen. Kompetenzvermittlung und Schüleraktivierung im Schulalltag. Stuttgart: Klett-Verlag.

Knelange, C/Schieron, M. (2000): Beratung in der Pflege – als Aufgabe erkannt und professionell ausgeübt?. In: PflGe, 5.Jg., H.1, S.10.

Köllner, V./Gahn, G./Kallert, T./Felber, W./Reichmann, H./Dieter, P./Nitsche, I./Joraschky, P. (2003): „Unterricht in Psychosomatik und Psychotherapie im Dresdner DIPOL-Curriculum“. In Psychother Psych Med, S. 47-55.

Kostka, M./Köster, P. (2005): Kompetent unterrichten. Leipzig: Ernst Klett Schulbuchverlag.

Kulbe, A. (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik: Lehrbuch für Pflegeberufe. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Leo Management Aggression Prävention (2017): Leo Management Aggression Prävention. In: <http://www.leo.nl/de/kontakt.html> [31.03.2017].

Linke, S./Rösch, M./Nehring, K. (2006): Kompetenzförderung durch ein-satzbegleitende Seminare – Lernortkooperation zwischen Pflegeschule und Psychiatrie. In: Schoppmann, S./Needham, I./Schulz, M./Stefan, H. (Hrsg.): Wissen schafft Pflege-Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft. Unterostendorf: IBICURA, S. 161-165.

Mattes, W. (2011): Methoden für den Unterricht. Paderborn: Schöningh Verlag.

Mayer M. (2012): Aggression betrifft uns – Psychische Beeinträchtigungen und Ressourcen im Umgang mit Patientenaggression. In: [https://www.researchgate.net/publication/280931245\\_Aggression\\_betrifft\\_uns\\_-\\_psychische\\_Beeintrachtigungen\\_und\\_Ressourcen\\_im\\_Umgang\\_mit\\_Patientenaggression](https://www.researchgate.net/publication/280931245_Aggression_betrifft_uns_-_psychische_Beeintrachtigungen_und_Ressourcen_im_Umgang_mit_Patientenaggression) [15.01.2017].

Mayer, K. (2014): Aggression. In: [http://www.neuro24.de/show\\_glossar.php?id=51](http://www.neuro24.de/show_glossar.php?id=51) [05.02.2017].

Menche, N. (Hrsg.) (2014): Pflege Heute. München: Urban&Fischer.

Miller, R. (2011): Beziehungsdidaktik. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Needham, I./Sauter, D. (2011): Aggression und Gewalt. In: Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolff, St. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3. S.619 - 640.

Oud, N./Stefan, H. (2017): TrainerInnen Ausbildung Deeskalations- und Sicherheitsmanagement im Gesundheits- und Sozialbereich. In: <http://www.pflegenetz.at/wp->

content/uploads/2016/09/trainerinnenausbildung\_formular\_160915.pdf  
[31.03.2017].

Puppa, M./Schneider, B. (2006): Umgang mit Gewalt und Aggression in der psychiatrischen Pflege: Erfahrung 5 Jahre CFB- Training. In: Schoppmann, S./Needham, I./Schulz, M./Stefan, H. (Hrsg.): Wissen schafft Pflege- Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft. Unterostendorf: IBICURA, S. 96-98.

Richter, D. (2012): Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen. In: Psych Pflege, H. 18, S. 13-17.

Richter, D./Berger, K. (2001): Gewaltsituationen in der psychiatrischen Pflege. In: Psych Pflege, H. 7, S. 242-247.

Richter, D./Heckemann, B. (2014): Resilienz bei Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Bedarfsermittlung und Schulung im Umgang mit psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz. Bern: Unfallkasse Nordrhein-Westfalen.

RIS (2016 a): Unterbringungsgesetz. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002936> [25.01.2017].

RIS (2016 b): Heimaufenthaltsgesetz. In: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003231> [25.01.2017].

Rosenberg, M. (2010): Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Paderborn: Junfermann Druck & Service.

Rytina, S. (2012): Zwang in der Psychiatrie. In: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/zwang-in-der-psychiatrie-das-letzte-mittel-a-836111.html> [23.11.2015].

Schäfer-Walkmann, S. (2007): Stress in der Pflegearbeit: anregend oder aufregend? Vom Umgang mit der eigenen Gesundheit in einem belastenden Beruf. Augsburg. In: [http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas\\_internet/pflege/dokumentation/ftdw-schaefer.pdf](http://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/pflege/dokumentation/ftdw-schaefer.pdf) [19.03.2017].

Schirlo, C./Gerke, W. (2006): „Problem - basiertes Lernen im Medizinstudium“. In: ph akzente, Ausgabe 2, S.20-24.

Schirmer, U./Mayer, M./Martin, V./Vaclav, J./Gaschler, F./Özköylü, S. (2006): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Schlaffer, P. (2013): Patientenrechte in der Psychiatrie. Wien: VertretungsNetz.

Schmid, C. (2007): LTT Konzept. Lernbereich Training & Transfer. Kanton Solothurn. In: [https://www.bzgs.ch/hf/informationenbildungsgang/arbeitspapiere-vorgaben/LTT\\_Konzept\\_V\\_1\\_0.pdf](https://www.bzgs.ch/hf/informationenbildungsgang/arbeitspapiere-vorgaben/LTT_Konzept_V_1_0.pdf) [19.03.2017].

Schmid, S. (2014): Konfliktsituationen mit Angehörigen im Pflegeheim. Sankt Veit an der Glan. In: [http://www.kabeg.at/fileadmin/user\\_upload/kabegmanagement/Bildungszentrum/Abschlussarbeiten/asa\\_schmid\\_sabine.pdf](http://www.kabeg.at/fileadmin/user_upload/kabegmanagement/Bildungszentrum/Abschlussarbeiten/asa_schmid_sabine.pdf) [19.03.2017].

Schrenk, W. (2010): Aggression und Gewalt gegen Pflegende Objektive Gegebenheiten und subjektives Bedrohungsgefühl. Wien. In: [http://othes.univie.ac.at/17257/1/2011-11-16\\_8904267.pdf](http://othes.univie.ac.at/17257/1/2011-11-16_8904267.pdf) [19.03.2017].

Schwarz-Govaers, R. (2002): „Problemorientiertes Lernen in der Pflegeausbildung“. In: Pflegepädagogik PR-Internet, Ausgabe 2, S. 30-45.

Smith, M./Hart, G. (1994): Nurses' responses to patient anger: from disconnecting to connecting. In: Journal of Advanced Nursing, 20.Jg., H.4, S. 583–785.

Stangl, W. (2017): Die Verbesserung der Kommunikation im Unterricht. In: Werner Stangls Arbeitsblätter. In: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/> [28.03.2017].

Statistik Austria (2014): Krankenstandsfälle auf 1.000 Erwerbstätige nach Krankheitsgruppen seit 2000. In: [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/022395.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/022395.html) [23.11.2015].

Steinert, T. (2006): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Steinert, T. (2008). Basiswissen: Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Thomet, C./Richter, D. (2012): Resilienzförderung in der psychiatrischen Pflege. In: Psych Pflege, H.18, S. 24-29.

Utz, H. (1993): Die Angst des Pflegepersonals in der Psychiatrie und Interventionsmöglichkeiten der Pflegedienstleitung. München: Campus für Alten- und Krankenpflege.

Watzlawick, P. (2016): Man kann nicht kommunizieren. Bern: Hogrefe Verlag.

Watzlawick, P./Beavin, J. (1967): Some formal aspects of communication. The American Behavioral Scientist. Bern.

Weckert, A. (2011): Empathie in der Pflege: Lässt sich eine einfühlsame Grundhaltung erlernen? In: Die Schwester/Der Pfleger, H.6/2011, S. 540-543.

Weltgesundheitsorganisation (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Dänemark. In: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/summary\\_ge.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf) [19.03.2017].

Wesuls, R./Heinzmann, T./Brinker, L. (2005): Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. 4.Aufl., Karlsruhe: Maxmedia.

Wolf, D. (2017): Vermeidungsverhalten - Vorteile und Nachteile In: <http://www.lebenshilfe-abc.de/vermeidungsverhalten.html> [05.02.2017].

Wolff, St. (2011): Zusammenarbeit mit Angehörigen. In: Sauter, D./Abderhalden, C./Needham, I./Wolff, St. (Hrsg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. 3. S. 553 - 570.

Wolff, St./Walter, G./Schillen, T. (2006): Einführung eines systematischen Aggressionsmanagements in einer psychiatrischen Abteilung. In:

Schoppmann, S./Needham, I./Schulz, M./Stefan, H. (Hrsg.): Wissen schafft Pflege-Pflege schafft Wissen: Psychiatrische Pflege als Praxis und Wissenschaft. Unterostendorf: IBICURA, S. 346-347.

Zeh, A./Schablon, A./Wohlert, C./Richter, D./Nienhaus, A. (2009): Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen. In: Gesundheitswesen, 71Jg., S. 449 – 459.

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013): Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. In: Deutsches Ärzteblatt, 110Jg., H.26, S.1334.

Zumbach, J./Reimann, P. (2003): Computerunterstütztes fallbasiertes Lernen: Goal-Based Scenarios und Problem-Based Learning. In: [https://www.sbg.ac.at/mediaresearch/zumbach/download/1999\\_2006/book\\_chapters/zumbach\\_bookc\\_13.pdf](https://www.sbg.ac.at/mediaresearch/zumbach/download/1999_2006/book_chapters/zumbach_bookc_13.pdf) [05.02.2017].