

Marvin Kaiser (Hrsg.)

FACHPFLEGE

Psychiatrische Pflege

Leseprobe



ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

1	Geschichte der Psychiatrie in Deutschland	1	4	Erweiterte Pflegefachkompetenz in der Psychiatrie	39
1.1	Landeskrankenhäuser und Verwahrspsychiatrie	1	4.1	Verbesserte Krankenbeobachtung	40
	Marvin Kaiser, Ilka Strodthoff		4.2	Krisenbewältigung	41
1.2	Psychiatrie während des Nationalsozialismus	4	4.3	Sicherheit und Struktur herstellen . .	41
	Marvin Kaiser		4.4	Normalität und Routine herstellen .	43
1.3	Psychiatrie als ordnungspolitische Maßnahme	7	4.5	Selbstwert steigern	44
	Marvin Kaiser		4.6	Coping verbessern	45
1.4	Psychiatrie-Enquete	7	4.7	Individuelles Wertesystem wiederherstellen	47
	Marvin Kaiser		4.8	Neue Perspektiven schaffen	51
1.5	Psychiatrie im 21. Jahrhundert	8	4.9	Überwachung des Pflegeprozesses .	52
	Marvin Kaiser		5	Gewalt und Aggression	57
2	Juristische und berufsethische Aspekte	9	5.1	Ursachen und Auswirkungen	58
	Marvin Kaiser			Marvin Kaiser	
2.1	Gesetze, ethische Standards und Richtlinien	9	5.2	Entstehungstheorien	60
				Marvin Kaiser	
2.2	Freiwilligkeit	9	5.3	Aggressions- und Gewaltarten	60
				Marvin Kaiser	
2.3	Psychisch-Kranken-Gesetze	12	5.4	Gewalt in der Pflege	61
				Marvin Kaiser	
2.4	Zivilrechtliche Unterbringung und gesetzliche Betreuung	13	5.5	Gewaltprävention	62
				Marvin Kaiser	
2.5	Behandlungsvereinbarung	14	5.6	Suizid	69
				Linda Maria Braun	
3	Pflege in der Psychiatrie	17	6	Kommunikation und Beziehungsgestaltung	77
3.1	Setting und Rahmenbedingungen . .	17	6.1	Kommunikationsmodelle	79
	Marvin Kaiser, Elena Wunsch, Ilka Strodthoff, Lena Gellern			Marvin Kaiser	
3.2	Pflegekompetenz und Pflegehandeln	18	6.2	Methoden der Gesprächsführung . .	95
	Marvin Kaiser			Marvin Kaiser	
3.3	Pflegerische Vorbehaltstätigkeiten .	21	6.3	Beziehungsgestaltung	123
	Marvin Kaiser			Linda Maria Braun, Marvin Kaiser	
3.4	Verantwortung und Entscheidungsfindung	21	6.4	Supervision und Beratung	142
	Marvin Kaiser			Nicole Schüller, Linda Maria Braun	
3.5	Anwendung des Pflegeprozesses . .	23	7	Persönliche Gesunderhaltung . .	157
	Marvin Kaiser			Marvin Kaiser	
3.6	Pflegerische Versorgung	36	7.1	Berufsbedingte Erkrankungen in der Pflege	157
	Marvin Kaiser				

7.2	Ganzheitliche Gesundheitsstrategien	160			
7.3	Selbstfürsorge	163			
8	Konzepte von Gesundheit und Krankheit	165			
8.1	Biomedizinisches Modell und Risikofaktorenmodell	168			
8.2	Biopsychosozialer Ansatz	169			
8.3	Salutogenese-Konzept	170			
8.4	Diathese-Stress-Modell	171			
8.5	Resilienz	173			
8.6	Trost und Hoffnung	176			
8.7	Copingstrategien	178			
8.8	Kulturelle und religiöse Einflüsse ..	180			
8.9	Philosophische Betrachtungsweisen	182			
8.10	Soziale und gesundheitliche Ungleichheit	184			
8.11	Burden of Disease	186			
8.12	Selbstwahrnehmung einer psychischen Krankheit	187			
8.13	Stigmatisierung	188			
9	Klassifikation, Diagnostik und Behandlung häufiger Krankheitsbilder	197			
9.1	Klassifizierung	198			
	Marvin Kaiser				
9.2	Medizinische Leitlinien	201			
	Marvin Kaiser				
9.3	Krankheitsverläufe	202			
	Marvin Kaiser				
9.4	Medikalisierung	204			
	Marvin Kaiser				
9.5	Psychotherapie	206			
	Marvin Kaiser, Linda Maria Braun, Nicole Schüller				
9.6	Medikamentöse Behandlung	250			
	Marvin Kaiser, Elena Wunsch				
9.7	Psychotraumatisierung	267			
	Marvin Kaiser				
9.8	Häufige Krankheitsbilder	272			
	Marvin Kaiser				
			10	Pflege von erwachsenen Menschen mit einer allgemeipsychiatrischen Erkrankung	335
				Marvin Kaiser	
			10.1	Psychosoziale Phänomene	336
			10.2	Konzepte und Interventionen	340
			10.3	Pflege bei Krisen und in der Notfallpsychiatrie	385
			11	Pflege bei Abhängigkeits-erkrankungen	415
				Marvin Kaiser	
			11.1	Psychosoziale Phänomene	415
			11.2	Konzepte und Interventionen	433
			11.3	Pflege in der Suchtpsychiatrie	440
			12	Pflege psychisch kranker Straftäter	451
			12.1	Psychosoziale Phänomene	452
				Elena Wunsch, Marvin Kaiser	
			12.2	Konzepte und Interventionen im Maßregelvollzug	463
				Elena Wunsch, Marvin Kaiser	
			12.3	Pflege im Maßregelvollzug	478
				Elena Wunsch	
			13	Pflege von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen	485
				Lena Gellern	
			13.1	Psychosoziale Phänomene	487
			13.2	Konzepte und Interventionen	503
			13.3	Pflege in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	515
			14	Pflege von Menschen mit einer altersbedingten psychischen Erkrankung	525
				Marvin Kaiser, Mara Zentis	
			14.1	Psychosoziale Phänomene	527
			14.2	Konzepte und Interventionen	537
			14.3	Pflege in der Gerontopsychiatrie ...	552

15	Pflege unter besonderen Bedingungen	573	16.2	Anleiten und Entwickeln von Personal	635
15.1	Aufsuchende psychiatrische Pflege und gemeindepsychiatrische Hilfen	573		Marvin Kaiser, Meryem Naimi	
	Ilka Strodthoff, Christoph Lenger, Georg Ungern-Sternberg		16.3	Projektmanagement	644
15.2	Infektionskrankheiten	599		Marvin Kaiser	
	Marvin Kaiser		17	Eigenverantwortliches Lernen und wissenschaftliches Arbeiten	657
15.3	Veränderte klimatische Bedingungen	603		Marvin Kaiser	
	Marvin Kaiser		17.1	Eigene Lernwege gestalten	658
15.4	Flucht- und Einwanderungsgeschichte	607	17.2	Wissenschaftliches Arbeiten	663
	Christian Koop		17.3	Präsentieren und Moderieren	668
16	Personal- und Projektmanagement	619		Literaturverzeichnis	681
16.1	Personalführung	619		Register	701
	Marvin Kaiser				

LESEPROBE

3

Pflege in der Psychiatrie

3.1	Setting und Rahmenbedingungen	17
	Marvin Kaiser, Elena Wunsch, Ilka Strodthoff, Lena Gellern	
3.2	Pflegekompetenz und Pflegehandeln	18
	Marvin Kaiser	
3.3	Pflegerische Vorbehaltstätigkeiten	21
	Marvin Kaiser	
3.4	Verantwortung und Entscheidungsfindung	21
	Marvin Kaiser	
3.5	Anwendung des Pflegeprozesses	23
	Marvin Kaiser	
3.5.1	PDCA-Zyklus	25
3.5.2	Schritte des Pflegeprozesses	26
3.6	Pflegerische Versorgung	36
	Marvin Kaiser	

3.1 Setting und Rahmenbedingungen

Marvin Kaiser, Elena Wunsch, Ilka Strodthoff, Lena Gellern

DEFINITION

Behandlungssetting: Spezifischer Rahmen oder Kontext, in dem eine medizinische, therapeutische oder pflegerische Behandlung stattfindet.

Der Begriff Behandlungssetting beschreibt sowohl die Art der Einrichtung als auch den Kontext, in dem die Pflege durchgeführt wird:

- **Stationäres Setting:** Psychiatrische Kliniken oder Krankenhäuser, in denen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stationär aufgenommen und rund um die Uhr betreut werden. Das stationäre Setting bietet eine intensive Versorgung und Überwachung und kann verschiedene Behandlungsmodalitäten wie medikamentöse Therapie, Einzel- und Gruppentherapie sowie andere interventionsbasierte Ansätze umfassen.
- **Teilstationäres Setting:** In teilstationären Einrichtungen oder Tageskliniken erhalten Menschen mit psychischen Erkrankungen tagsüber strukturierte Betreuung und Behandlung, kehren jedoch abends nach Hause zurück. Diese Einrichtungen bieten eine intensive therapeutische

Unterstützung in einem strukturierten Umfeld und geben den Betroffenen die Möglichkeit, weiterhin am familiären und sozialen Leben teilzunehmen.

- **Ambulantes Setting:** Die ambulante psychiatrische Pflege findet außerhalb einer Klinik oder eines Krankenhauses statt, z. B. in Form von regelmäßigen Sprechstunden bei einem Psychiater oder Psychologen oder durch ambulante Pflegedienste. Das ambulante Setting ermöglicht es den Betroffenen, in ihrer gewohnten Umgebung zu bleiben und dennoch professionelle Unterstützung und Behandlung zu erhalten.

Das **psychiatrische Setting** umfasst alle äußeren Rahmenbedingungen, die die therapeutische oder pflegerische Arbeit beeinflussen:

- **Räumliche Aspekte:**
 - Ort: Praxis, Klinik, Station, Tagesklinik etc.
 - Atmosphäre: Gestaltung der Räume, Beleuchtung etc.
 - Ausstattung: Möbel, Geräte etc.
- **Zeitliche Aspekte:**
 - Dauer der Sitzungen
 - Frequenz der Sitzungen
 - Dauer der gesamten Behandlung
- **Personelle Aspekte:**
 - Zahl der Fachkräfte
 - Qualifikation, Erfahrung etc.
 - Beteiligung anderer Berufsgruppen: Psychologen, Sozialarbeiter etc.
- **Organisatorische Aspekte:**
 - Kosten: Finanzierung der Behandlung
 - Terminvergabe: Wartezeiten, -listen
 - Formalitäten: Anmeldung, benötigte Unterlagen
- **Methodische Aspekte:**
 - Art der Therapie oder Behandlung
 - Spezifische Methoden: kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie etc.
 - Zusatzangebote: Ergotherapie, Musiktherapie etc.
- **Rechtliche Aspekte:**
 - Freiwillige Behandlung
 - Behandlung nach Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG)
 - Betreuungsrechtliche Behandlung (BGB)

WICHTIG

- Das optimale Setting verbessert die Therapieadhärenz (> 6.2.2) und motiviert die Patienten.
- Bei medikamentöser Einstellung ist die stationäre Behandlung vorteilhaft: Dort können (Neben-)Wirkungen schneller beurteilt und die Medikation kann schneller angepasst werden.

3.2 Pflegekompetenz und Pflegehandeln

Marvin Kaiser

Das **Pflegekompetenzmodell nach Patricia Benner** (2022) liefert einen wegweisenden Rahmen für das Verständnis der Entwicklung von Pflegekompetenz mit dem Fokus auf den Erwerb von Erfahrung und Fachwissen in der Pflegepraxis. Das Modell betont die evolutionäre Natur des Pflegeberufs und beschreibt den Erwerb von Pflegekompetenz in fünf Stufen:

1. **Novize:** Anfänger ohne Erfahrung in der Pflege. Er folgt Regeln, Richtlinien und Anweisungen genau und kann theoretisches Wissen anwenden, hat jedoch wenig praktische Erfahrung.
2. **Fortgeschrittener Anfänger:** Hat bereits etwas Erfahrung gesammelt und kann einfache Muster erkennen und teilweise Situationen antizipieren, benötigt aber noch Anleitung und Unterstützung.
3. **Kompetenter:** Hat bereits beträchtliche Erfahrung gesammelt und kann Situationen schneller analysieren, Muster erkennen und angemessene Handlungen eigenständig durchführen. Er verlässt sich nicht mehr so stark auf allgemeine Regeln und beginnt, individuelle Fälle zu berücksichtigen.
4. **Erfahrener:** Verfügt über umfangreiche Erfahrung und kann schnell und effektiv handeln. Er ist in der Lage, komplexe Probleme zu bewältigen sowie Prioritäten zu setzen, und hat ein tiefes Verständnis für die Bedürfnisse der Patienten.
5. **Experte:** Hat ein reichhaltiges Erfahrungswissen und eine intuitive Herangehensweise (> Abb. 3.1) an die Pflege entwickelt. Er kann situationsbedingt handeln, innovative Lösungen finden und schwierigste Probleme lösen. Zudem dient er anderen Pflegenden als Mentor und Vorbild.

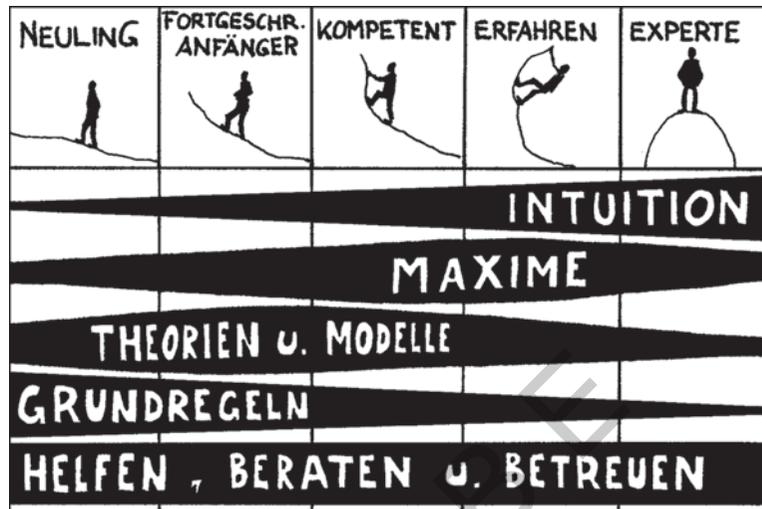


Abb. 3.1 Die Pflegefachperson entwickelt im Laufe ihres Berufslebens eine berufsbezogene Intuition. [L276]

Kritik

Das Modell von Patricia Benner muss sich Kritik hinsichtlich seiner Subjektivität stellen, da es stark auf Erfahrung und persönlichen Einschätzungen basiert, d. h., es liefert keine klaren Kriterien für den Kompetenzerwerb. Es stellt die Erfahrung über die formale Ausbildung und kann den Eindruck erwecken, dass Intuition einen höheren Stellenwert hat als fundiertes Wissen.

Gute Pflege erfordert jedoch nicht nur Erfahrung und Intuition, sondern auch ein solides Fundament an Wissen und Kompetenzen. Pflegefachpersonen müssen nicht nur wissen, was sie tun, sondern auch, warum sie es tun. Reflektiertes Wissen ermöglicht es, Pflegehandlungen zu verstehen, zu bewerten und kontinuierlich zu verbessern.

- **Intuition und implizites Wissen** spielen entscheidende Rollen im pflegerischen Handeln. Intuition beruht oft auf Erfahrung, Wissen und Empathie. Sie ermöglicht es Pflegenden, schnell auf Situationen zu reagieren, auch wenn keine expliziten Regeln oder Anweisungen vorliegen. In der Psychiatrie bedeutet intuitive Pflege, auf **subtile Signale** und **nonverbale Hinweise** zu achten, um die Bedürfnisse der Patienten zu erfassen und angemessen zu reagieren. Sie ermöglicht eine sensible Reaktion auf emotionale Zustände oder Verhaltensänderungen, selbst wenn diese nicht

offensichtlich sind. Implizites Wissen bezieht sich auf Kenntnisse, Fähigkeiten oder Informationen, die eine Person nutzt, aber möglicherweise nicht explizit artikulieren oder erklären kann. Es ist das Wissen, das in der Praxis erworben wird, oft schwer in Worte zu fassen oder zu formalisieren ist und Erfahrungen, intime Einblicke, Fertigkeiten und Mustererkennungen, die durch aktive Beteiligung, Beobachtung und Auseinandersetzung mit einer Tätigkeit erworben werden, umfasst. Implizites Wissen bedeutet, dass erfahrene Pflegefachpersonen subtile Anzeichen für eine Verschlechterung des Zustands eines Patienten bemerken, ohne klar benennen zu können, welche spezifischen Faktoren sie dazu veranlassen. Dieses Wissen spielt eine entscheidende Rolle in der Entscheidungsfindung und im Handeln in der Pflegepraxis.

- Auf der anderen Seite sind klare Absichten und **Intentionen** ebenfalls von großer Bedeutung für die Pflege. Dies bedeutet, dass Pflegehandlungen bewusst geplant und umgesetzt werden, basierend auf den Zielen der Behandlung und den individuellen Bedürfnissen des Patienten. In der Psychiatrie können klare Absichten bedeuten, dass Pflegefachpersonen gezielt spezifische Therapien einsetzen, um die psychische Gesundheit zu verbessern, oder Strategien entwickeln, um den Patienten bei der Bewältigung seiner



Abb. 3.2 Erweiterung der Pflegefachkompetenz durch Weiterbildung und Studium. [L231]

Herausforderungen zu unterstützen. **Explizites Wissen** meint Wissen, das klar artikuliert, ausgedrückt und formalisiert werden kann. Es kann leicht in Worte gefasst, dokumentiert und kommuniziert werden und besteht aus Fakten, Informationen, Theorien und Konzepten, die in Büchern, Datenbanken, Anleitungen oder anderen dokumentierten Quellen niedergelegt sind, z. B. mathematische Formeln, historische Daten, wissenschaftliche Theorien oder Anweisungen für die Bedienung eines Geräts. Im Gegensatz zum impliziten Wissen ist es formeller und leichter zu vermitteln und kann strukturiert, systematisiert und über Lehrmaterialien oder Diskussionen weitergegeben werden.

- Die effektivste Pflege in der Psychiatrie entsteht oft aus einer harmonischen **Balance zwischen Intuition und Intention**. Intuition ermöglicht es Pflegenden, feinfühlig auf die Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen, während klare Intentionen ihnen helfen, gezielte Behandlungspläne zu entwickeln und die besten verfügbaren Praktiken anzuwenden. Wenn Pflegefachpersonen sowohl ihre Intuition als auch klare Absichten einsetzen, können sie eine umfassende und individualisierte Betreuung bieten, die die besten Ergebnisse für die Patienten in der psychiatrischen Pflege hervorbringt.
- Darüber hinaus wird oft kritisiert, dass das Modell von Benner einen linearen Entwicklungsweg von der Novizen- bis zur Expertenstufe beschreibt, was in der Realität nicht immer zutrifft.

Die Entwicklung von Pflegekompetenz ist kein gradliniger, sondern ein eher zirkulärer Prozess, in dem Pflegefachpersonen kontinuierlich neues Wissen erwerben, reflektieren und sich weiterentwickeln.

Trotz dieser Kritikpunkte dient das Modell als wertvolle Diskussionsgrundlage und Leitfaden, um Pflegehandeln zu bewerten und Weiterbildungsziele für Pflegefachpersonen zu formulieren. Es schafft Bewusstsein für die Vielschichtigkeit der Pflegekompetenz und betont die Bedeutung von Erfahrung, Reflexion und kontinuierlicher Weiterentwicklung (➤ Abb. 3.2).

Aus der Praxis

Herausforderungen bei der Übertragung von Wissen in der Pflegepraxis

Gerade ausgebildete Pflegefachpersonen stehen vor einer besonderen Herausforderung, wenn sie in kritische Patientensituationen geraten. Der Mangel an implizitem Wissen wird dann deutlich spürbar. Sie müssen erst eigene Erfahrungen sammeln, um zu verstehen, wie sie ihr formelles, in der Ausbildung erworbenes Wissen effektiv in die Praxis übertragen können, vor allem in Situationen, die Einfühlungsvermögen, Schnelligkeit und situatives Handeln erfordern. Es braucht Zeit und wiederholte Erfahrungen, um sich sicherer und kompetenter zu fühlen und angemessen reagieren zu können.

Bei erfahrenen Pflegefachpersonen kann es hingegen passieren, dass sich ihre Fähigkeit, intuitives Wissen zu hinterfragen, weiterzuentwickeln und weiterzugeben, reduziert. Durch die Fokussierung auf tägliche Abläufe und langjährige Routinen verlieren manche die Fähigkeit, ihr implizites Wissen zu artikulieren oder mit aktuellen Theorien in Einklang zu bringen. Sie frischen Grundlagen und Theorien nicht regelmäßig auf bzw. halten ihr erweitertes berufliches Wissen nicht aktuell, was auch die Weitergabe von wertvollem Erfahrungswissen behindern kann.

Die Pflegepraxis steht somit vor einer dualen Herausforderung: Noch unerfahrene Pflegefachpersonen müssen lernen, ihre theoretischen Kenntnisse in praktische Kompetenz umzusetzen, während erfahrene Pflegefachpersonen daran arbeiten müssen, ihre praktischen Erfahrungen mit aktuellem theoretischem Wissen in Einklang zu bringen.

Pflege kann sowohl durch professionelle Pflegefachpersonen als auch durch Angehörige geleistet werden. Der Unterschied zwischen der Pflege durch Angehörige und der professionellen Pflege besteht darin, dass Angehörige in der Regel unentgeltlich und aus familiärer Verbundenheit pflegen, während Pflegefachpersonen dafür ausgebildet und bezahlt werden. Angehörige können jedoch Unterstützung und Entlastung durch professionell Pflegenden in Anspruch nehmen, um ihre Pflegeaufgaben besser bewältigen zu können.

Pflegehandeln und Pflegekompetenz sind nicht ausschließlich Pflegefachpersonen vorbehalten, sondern können auch von engagierten Angehörigen ausgeführt bzw. erworben werden. Der fundamentale Unterschied liegt in der Art und Weise, wie diese Pflege geleistet wird. Benners Modell berücksichtigt jedoch nicht die Möglichkeit, dass Angehörige ebenfalls über Qualifikationen verfügen oder diese erwerben können, um Pflege auf Expertenniveau zu bieten. Es liegt in der Verantwortung von Pflegefachpersonen, Angehörige anzuleiten, aufzuklären, zu schulen und in die Pflege zu integrieren, damit sie ihre Rolle als pflegende Angehörige bestmöglich ausführen können.

WICHTIG

Es ist falsch, von rein psychiatrischer oder somatischer Pflege zu sprechen, da Pflege stets **alle Facetten von Krankheit und Gesundheit** berücksichtigen muss. Fachlich korrekt muss zwischen Pflege bei einer psychiatrischen oder einer somatischen Grunderkrankung unterschieden werden. Denn je nach zugrunde liegender Erkrankung kann es eine unterschiedliche Gewichtung von somatischen und psychiatrischen Pflegeaspekten geben.

3.3 Pflegerische Vorbehaltstätigkeiten

Marvin Kaiser

Die Einführung von pflegerischen Vorbehaltstätigkeiten mit dem Pflegeberufegesetz (§ 4 PflBG) schafft die rechtliche Grundlage dafür, dass Pflegefachpersonen **eigenständige Entscheidungen** treffen und **Verantwortung übernehmen** in den Bereichen:

- Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs (Pflegeplanung)
- Organisation und Steuerung des Pflegeprozesses
- Qualitätssicherung der Pflege

Dies erlaubt Pflegefachpersonen, eigenständig und flexibel zu arbeiten und schnell auf Bedürfnisse ihrer Patienten zu reagieren. Zudem wird dadurch die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen verbessert, und das ärztliche Personal kann sich stärker auf seine Kernkompetenzen konzentrieren.

3.4 Verantwortung und Entscheidungsfindung

Marvin Kaiser

Die Arbeit in der Pflege psychisch kranker Menschen zeichnet sich oft durch Unsicherheit und Unvorhersehbarkeit aus. Im Gegensatz zu vielen anderen Bereichen des Gesundheitswesens lassen sich psychische Erkrankungen nicht immer eindeutig messen oder quantifizieren. Darüber hinaus sehen sich Pflegefachpersonen nicht selten mit moralischen Dilemmata und ethischen Herausforderungen konfrontiert. Ein besonders herausforderndes Beispiel ist die An-

wendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (> 10.2.3). Hier müssen Entscheidungen getroffen werden, die im besten Interesse des Patienten liegen, jedoch möglicherweise im Widerspruch zu den persönlichen Überzeugungen der Pflegefachperson oder den ethischen Standards der Pflege (> 2.1) stehen. Die **Übernahme von Verantwortung** in solchen Situationen erfordert nicht nur fachliche Kompetenz, sondern auch ein sensibles Abwägen zwischen dem Schutz des Patienten und der Achtung der individuellen Rechte und Würde.

Es gibt viele Theorien zum Thema **Entscheidungsfindung**, die sich auf verschiedene Aspekte der menschlichen Überlegungen und Verhaltens konzentrieren:

- **Klassische Entscheidungstheorie:** Diese Theorie geht davon aus, dass Individuen bei Entscheidungen rationale Überlegungen anstellen, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen. Entscheidungen sind auf der Grundlage von logischen Schlussfolgerungen zu treffen statt auf Intuition und Erfahrung basierend.
Beispiel: Jemand erstellt für die Wahl eines Restaurants eine Pro- und Kontra-Liste, statt aufgrund seiner Erfahrungen und seiner Intuition zu entscheiden, welches Restaurant das schönste oder das geeignetste ist.
- **Bounded Rationality:** Dieses Konzept aus der Entscheidungstheorie geht davon aus, dass beim Treffen von Entscheidungen die individuelle Rationalität begrenzt ist, da kognitive Fähigkeiten und verfügbare Informationen begrenzt sind. Daher treffen rationale Individuen eine Entscheidung, die zufriedenstellend ist statt optimal.
Beispiel: Beim Einkauf in einem Supermarkt kann man aufgrund der begrenzten kognitiven Fähigkeiten und Informationen nicht alle Produkte vergleichen und analysieren, um die optimale Wahl zu treffen. Stattdessen wird man eine Entscheidung treffen, die zufriedenstellend ist, indem man ein Produkt auswählt, das den eigenen Ansprüchen genügt, ohne alle verfügbaren Informationen zu berücksichtigen.
- **Behavioural Economics:** Diese Theorie kombiniert die Prinzipien der Wirtschaftstheorie mit Erkenntnissen aus der Verhaltenspsychologie, um das Verhalten von Individuen bei wirtschaftlichen Entscheidungen zu erklären, und wird von be-

grenzter Rationalität, kognitiven Verzerrungen und Herdenmentalität beeinflusst. Dazu werden unterschiedliche Prinzipien herangezogen:

- **Verlustaversion:** Menschen neigen dazu, Verluste stärker zu gewichten als Gewinne, was dazu führen kann, dass sie risikoscheu werden und irrationale Entscheidungen treffen.
Beispiel: Viele Menschen verkaufen Aktien, wenn der Preis fällt, weil sie den Verlust nicht ertragen können, obwohl es rational sein könnte, die Aktie zu halten oder sogar mehr dieser Aktien zu kaufen.
- **Prospect Theory:** Diese Theorie aus der Börsen- und Sozialpsychologie beschreibt, wie Individuen Entscheidungen treffen, indem sie Nutzen und Risiko verschiedener Optionen bewerten, ohne dass die Ergebnisse sicher vorhergesagt werden können. Dabei nehmen sie Verluste stärker wahr als Gewinne, was dazu führt, dass sie Entscheidungen nicht immer rational fällen.
Beispiel: Menschen lassen häufig Geld auf Spärbüchern, obwohl dies kaum Zinsen bringt, aus Angst, in anderen Geldanlagen Verluste zu machen.
- **Intuitionistische Entscheidungstheorie:** Nach dieser Theorie werden Entscheidungen oft auf der Grundlage von Intuition und Bauchgefühl getroffen statt auf rationalen Überlegungen.
Beispiel: Die Entscheidung für oder gegen ein Restaurant wird allein aufgrund von Erfahrungen und Intuition gefällt, ohne auf eine Pro- und Kontra-Liste zurückzugreifen.

Als **Knightian Unsicherheit** oder **Knight'sche Unsicherheit** (nach dem Ökonomen Frank Knight) wird eine spezifische Form der Ungewissheit bezeichnet. Diese entsteht aus der Unmöglichkeit, die Wahrscheinlichkeiten von Ereignissen, die entweder noch nie zuvor aufgetreten sind oder für die es keine historischen Daten gibt, zu quantifizieren oder vorherzusagen. Unsicherheit ist ein integraler Bestandteil (wirtschaftlicher) Entscheidungen, da es unmöglich ist, alle möglichen Ergebnisse und ihre Wahrscheinlichkeiten zu kennen.

In der Pflege psychisch kranker Menschen spielt die **Entscheidungsfindung unter Unsicherheitsbedingungen** eine bedeutende Rolle. Ein Beispiel dafür ist die Wahl einer Therapieform, die bisher nicht

erprobt wurde und bei der unklar ist, wie effektiv sie sein wird. Die Unsicherheit resultiert aus fehlenden Erfahrungswerten und statistischen Daten. Entscheidungsträger stehen vor der Herausforderung, adäquate Maßnahmen zu ergreifen, obwohl sie nicht über alle relevanten Informationen verfügen.

Es existieren verschiedene Ansätze zum Umgang mit Knightian Unsicherheit. Einige befürworten das Eingehen von Risiken und die Ableitung von Entscheidungen auf Basis begrenzter Informationen und Erfahrungen. Andere plädieren dafür, Entscheidungen auf Wahrscheinlichkeiten zu stützen, die auf ähnlichen Ereignissen oder vorhandenen historischen Daten basieren. Die **präskriptive Entscheidungstheorie** zielt darauf ab, Entscheidungsträgern bei der Herleitung möglichst rationaler Entscheidungen zu helfen, indem sie einfache Schlussfolgerungen empfiehlt. Hierbei muss der Entscheidungsprozess individuell an die Entscheider angepasst werden, um eine konsistente und durchdachte Entscheidung zu gewährleisten.

Für die Pflege psychisch kranker Menschen bedeutet dies, dass Pflegefachpersonen und andere Fachkräfte Entscheidungen häufig unter Unsicherheitsbedingungen treffen und daher in der Entscheidungsfindung flexibel sein müssen. Die individuellen Bedürfnisse und Reaktionen der Patienten erfordern eine Anpassung des Entscheidungsprozesses, da oft keine eindeutige Richtlinie existiert. Die Theorie der Knightian Unsicherheit unterscheidet zwischen **Entscheidungen unter Risiko**, bei denen alle möglichen Ereignisse und deren Wahrscheinlichkeiten bekannt sind, und **Entscheidungen unter Ungewissheit**, bei denen die möglichen Ereignisse unbekannt oder nicht quantifizierbar sind. Pflegefachpersonen können daher nicht nur auf vorhandene Erfahrungen zurückgreifen, sondern müssen auch bereit sein, Risiken einzugehen und innovative Ansätze zu verfolgen. Eine einheitliche Methode für die Entscheidungsfindung unter den Bedingungen der Knightian Unsicherheit existiert zwar nicht, jedoch sind Flexibilität und das Abwägen von Optionen entscheidend, um adäquate Pflegeentscheidungen im Sinne des Patientenwohls zu treffen.

3.5 Anwendung des Pflegeprozesses

Marvin Kaiser

Der Pflegeprozess ist ein **strukturiertes Vorgehen**, das dazu dient, die Pflegebedürfnisse von Patienten zu analysieren, Pflegeziele zu setzen, Pflegeplanungen zu entwickeln, Pflegemaßnahmen durchzuführen und den Erfolg der Pflege zu evaluieren. Er wird bei Bedarf wiederholt, um die Pflege kontinuierlich an die sich ändernden Bedürfnisse des Patienten anzupassen.

Die **Pflegeplanung** als Teil des Pflegeprozesses ist ein Werkzeug, das von professionellen Pflegefachpersonen in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege verwendet wird, um eine systematische, zielgerichtete und strukturierte Behandlung der Patienten zu ermöglichen. Sie unterstützt die Organisation und Bewertung verschiedener Pflegeaufgaben und ermöglicht eine sinnvolle Dokumentation. Effektive und effiziente Maßnahmen sind spezifisch auf die Ressourcen und Probleme der Patienten abzustimmen.

Die Pflegeplanung bildet die strukturierte, zielgerichtete Vorgehensweise der professionellen Pflegefachpersonen bei der Versorgung der Patienten ab und spielt eine zentrale Rolle in der professionellen Pflege. Die Pflegeplanung unterscheidet auch die professionelle Pflege von der Laienpflege, indem sie hilft, verschiedene Pflegetätigkeiten gezielt zu organisieren und durchzuführen.

Pflegediagnosen dienen dem Zweck, den Zustand der Patienten in einer einheitlichen Fachsprache zu beschreiben und somit eine individuelle und bedarfsgerechte Pflegeplanung zu ermöglichen. Pflegetheorien und Pflegemodelle helfen dabei, Pflegeprozesse zu verstehen und zu strukturieren. **Pflegetheorien** sind allgemeiner und abstrakter, da sie die grundlegenden Prinzipien von Pflege, Gesundheit und Krankheit beschreiben. Sie bilden die Basis für **Pflegemodelle**, die konkretere und praxisbezogene Anleitungen bieten. Pflegemodelle setzen die theoretischen Konzepte in die Praxis um, etwa in der Pflegeplanung. Ein Beispiel ist die Selbstpflege-Defizit-Theorie von Orem, die durch das Modell der Lebensaktivitäten von Roper, Logan und Tierney praktisch angewendet wird, um Pflegemaßnahmen zu planen (> Tab. 3.1).

Tab. 3.1 Pflegetheorien und -modelle

Theorie/Modell	Grundzüge
Pflegeprozess nach Roper, Logan und Tierney	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus auf Lebensaktivitäten (LA) • Fördert die Autonomie und Unabhängigkeit des Patienten
Selbstpflegetheorie nach Taylor und Renpenning (basierend auf Orem)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifiziert Selbstpfledefizite und -bedürfnisse • Betont die Eigenverantwortung des Patienten für die Selbstpflege
Fördernde Prozesspflege nach Krohwinkel	<ul style="list-style-type: none"> • Ganzheitliches Verständnis von Pflege • Fördert die Gesundheit und Ressourcen des Patienten
Theorie der Bedürfnishierarchie nach Maslow	Hierarchische Ordnung der verschiedenen Bedürfnisse; Grundbedürfnisse müssen vor höheren Bedürfnissen befriedigt werden
Pflegemodell nach Henderson	Grundbedürfnisse des Menschen, deren Erfüllung die Pflegefachperson bei Bedarf unterstützt

In der psychiatrischen Pflege häufig genutzte Theorien

Die meisten dieser Theorien/Modelle unterliegen der Kritik, dass sie nicht auf die Alltagsauswirkungen einer psychischen Krankheit übertragbar sind und professionelle Beziehungsgestaltung als Teil des pflegerischen Handelns nicht ausreichend berücksichtigen. Im psychiatrischen Kontext wird deswegen häufig auf die Caring-Theorie und die interpersonelle Pflege von Hildegard Peplau zurückgegriffen.

Caring-Theorie

Die Caring-Theorie, entwickelt von Jean Watson, zielt darauf ab, den **Menschen in seiner Gesamtheit** zu erfassen und zu unterstützen und als gleichberechtigten Partner im Pflegeprozess zu betrachten. Es geht hierbei weniger um die Definition von Pflegeproblemen, sondern um Paradigmen des pflegerischen Handelns: Die Pflegefachperson ...

- schafft eine Atmosphäre der Liebe, des Mitgefühls und der Akzeptanz,
- bleibt sich selbst treu und bringt ihre eigenen Werte und Überzeugungen in die Pflege ein,
- entwickelt ihre eigene spirituelle Praxis, um ihre eigene Ganzheit zu fördern,
- baut eine authentische und fürsorgliche Beziehung zum Patienten auf,
- ist im Hier und Jetzt präsent und schenkt dem Patienten volle Aufmerksamkeit,
- nutzt ihr Wissen auf kreative Weise, um die individuellen Bedürfnisse des Patienten zu erfüllen,

- betrachtet den Patienten als gleichberechtigten Partner und lernt von ihm,
- schafft ein Umfeld, das dem Patienten Komfort, Würde und Frieden ermöglicht,
- hilft mit ihrem Bewusstsein für die Gesamtheit des Menschen dem Patienten bei der Erfüllung seiner grundlegenden Bedürfnisse,
- akzeptiert den Tod als natürlichen Teil des Lebens und unterstützt den Patienten und seine Angehörigen im Sterbeprozess.

Theorie der interpersonellen Pflege

Die Theorie der interpersonellen Pflege nach Hildegard Peplau ist ein patientenzentrierter Ansatz, der die **Bedeutung der zwischenmenschlichen Beziehung** zwischen Pflegefachperson und Patient in den Vordergrund stellt. Während der vier Phasen der Pflegebeziehung und durch die Berücksichtigung der Angst des Patienten kann die Pflegefachperson diesem helfen, seine Gesundheit zu verbessern und seine Lebensqualität zu steigern.

Phasen der Pflegebeziehung:

1. **Orientierung:** Die Pflegefachperson lernt den Patienten kennen und erfasst seine Bedürfnisse. Sie schafft eine Atmosphäre des Vertrauens und der Sicherheit, in der sich der Patient öffnen und seine Sorgen und Ängste äußern kann.
2. **Identifikation:** Der Patient entwickelt ein Gefühl der Zugehörigkeit und des Vertrauens zur Pflegefachperson. Er beginnt, sich mit ihr zu identifizieren und ihre Unterstützung anzunehmen.

3. **Ausnutzung:** Der Patient nutzt die Unterstützung der Pflegefachperson, um seine Probleme zu lösen und seine Gesundheit zu verbessern. Er lernt, mit seinen Ängsten umzugehen und aktiv an seiner Genesung mitzuwirken.
4. **Trennung:** Die Pflegebeziehung endet, wenn der Patient seine Gesundheit wiedererlangt hat und keine weitere Unterstützung benötigt. Die Pflegefachperson hilft ihm dabei, Abschied zu nehmen und seinen Weg zurück in die Selbstständigkeit zu finden.

Angstgrade:

- I. Grad: geringfügige Angst
 - Die Person ist aufmerksamer und nimmt ihre Umgebung stärker wahr.
 - Die Person fokussiert sich auf die unmittelbare Umgebung und Ereignisse.
 - Die Person ist leicht zu irritieren und kann sich unwohl fühlen.
 - Die Person kann Probleme mit dem Einschlafen oder Durchschlafen haben.
 - Die Person ist noch in der Lage, sich mit den vorhandenen Problemen zu befassen.
- II. Grad: mäßige Angst
 - Die Person nimmt ihre Umgebung weniger detailliert wahr.
 - Die Person kann sich nur auf eine Sache konzentrieren, z. B. die Angstquelle.
 - Die Stimme der Person kann zittern oder sich in der Tonlage verändern.
 - Zittern, erhöhter Puls und erhöhte Atemfrequenz können auftreten.
- III. Grad: ausgeprägte Angst
 - Die Person nimmt ihre Umgebung nur noch vage wahr.
 - Die Angst hindert die Person daran, effektiv zu handeln.
 - Die Person fühlt sich unwohl und hat ein Gefühl drohenden Unheils.
 - Die Person kann über Schwindel, Kribbeln, Kopfschmerzen und andere Symptome klagen.
- IV. Grad: panische Angst
 - Die Person kann sich nicht mehr konzentrieren und ist desorientiert.
 - Das Verhalten der Person ist unkontrolliert und unlogisch.
 - Die Person nimmt die Situation falsch wahr und kann sie nicht richtig einordnen.

- Die Person erlebt starken emotionalen Stress und kann nicht klar denken.
- Die Person kann vor Angst gelähmt sein und sich nicht bewegen oder sprechen.

WICHTIG

Die Angst kann sich individuell unterschiedlich manifestieren: Nicht alle Patienten durchlaufen alle vier Grade.

3.5.1 PDCA-Zyklus

Der PDCA-Zyklus, auch bekannt als Deming-Zyklus oder Shewhart-Zyklus, ist eine vierschriftige Methode zur kontinuierlichen Verbesserung von Prozessen und Abläufen (➤ Abb. 3.3). Er wurde von Walter A. Shewhart in den 1920er-Jahren entwickelt und später von W. Edwards Deming weiterentwickelt und popularisiert.

Grundlagen:

- **Planen (Plan):** Ziele werden festgelegt und Maßnahmen geplant, um diese Ziele zu erreichen. Das beinhaltet die Identifizierung von Problemen, die Analyse von Daten und die Entwicklung von Strategien, um die Situation zu verbessern.
- **Umsetzen (Do):** Die geplanten Maßnahmen werden in die Tat umgesetzt. Es ist die Phase, in der die Ideen und Strategien aus dem Planungsschritt in die Praxis umgesetzt werden.
- **Überprüfen (Check):** Nach der Implementierung werden die Ergebnisse und Prozesse überwacht und bewertet. Es werden Messungen durchgeführt, um zu prüfen, ob die Ziele erreicht wurden, und um festzustellen, ob die durchgeführten Maßnahmen die gewünschten Ergebnisse erbracht haben.
- **Handeln (Act):** Basierend auf den Überprüfungsergebnissen werden Anpassungen vorgenommen. Verbesserungen werden eingeführt, um die Effektivität der Prozesse zu steigern. Falls notwendig, wird der Plan überarbeitet und der Zyklus beginnt von Neuem.

Die Planung in der Pflege (*Plan*) bezieht sich auf die Bewertung des Patientenzustands, die Identifizierung von Pflegezielen und die Festlegung von Pflegehandlungen, um diese Ziele zu erreichen. Hier werden individuelle Pflegepläne erstellt, die auf den Bedürfnissen, der Diagnose und den Zielen des Patienten

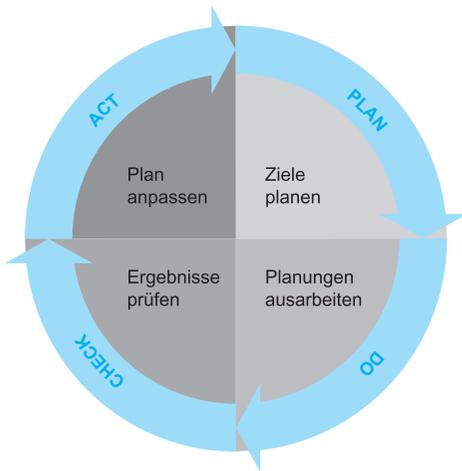


Abb. 3.3 PDCA-Zyklus nach Deming. [V492]

basieren. Die Pflegehandlung (*Do*) ist die Umsetzung dieser geplanten Pflegemaßnahmen, um den Patientenzustand zu verbessern oder aufrechtzuerhalten. Die Herausforderung liegt jedoch nicht nur in der Ausführung der geplanten Pflegehandlungen, sondern auch in der kontinuierlichen Überprüfung (*Check*) und Anpassung (*Act*) dieser Maßnahmen entsprechend dem sich verändernden Zustand des Patienten. Pflegefachpersonen müssen regelmäßig den Fortschritt des Patienten bewerten, die Effektivität der angewandten Pflege überprüfen und den Pflegeplan bei Bedarf anpassen.

3.5.2 Schritte des Pflegeprozesses

Die Pflege in der Psychiatrie erfolgt prozessorientiert, um dem Patienten seine Fähigkeiten zur Problemlösung bewusst zu machen und diese für die Förderung seiner Gesundheit zu nutzen. Häufig wird dazu das sechsstufige Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier herangezogen (> Abb. 3.4).

1. Schritt: Informationssammlung

Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und professionelle Pflege ist eine sorgfältige Informationsbeschaffung. Dabei spielen verschiedene Aspekte eine entscheidende Rolle, um ein umfassendes Bild von

den Bedürfnissen und Ressourcen des Patienten zu erhalten.

- **Erster Eindruck/Erstkontakt:** Der Beginn der Informationsgewinnung erfolgt durch den ersten Eindruck und Erstkontakt. Hierbei werden äußere Merkmale wie das Erscheinungsbild des Patienten beachtet. Offensichtliche Einschränkungen oder Behinderungen werden registriert. Auch die Umgebung, in der sich der Patient vorstellt, ob etwa in einer chirurgischen Ambulanz oder auf einer psychiatrischen Station, liefert bereits wertvolle Hinweise auf mögliche spezifische Problematiken.
- **Pflegeanamnese:** Die Pflegeanamnese (Anamnesegespräch, Aufnahmegespräch) ist ein zentraler Punkt der Informationssammlung. Dabei werden sowohl die Eigenanamnese des Patienten als auch die Fremdanamnese berücksichtigt. Zugleich werden Unterlagen, Arztbriefe und Informationen zu vorherigen Behandlungen gesichtet. Hierbei ist besonders auf den Datenschutz zu achten, und nicht alle Informationen stehen möglicherweise zur Verfügung. Dieser umfassende Blick ermöglicht eine umfangreiche Beurteilung der aktuellen Situation und leitet weitere Schritte der Pflegeplanung ein.
 - **Krankengeschichte:** Die Kenntnis der Krankengeschichte des Patienten ist von zentraler



Abb. 3.4 Der sechsstufige Pflegeprozess nach Fiechter und Meier. [L234]

Bedeutung. Hierbei werden Informationen zu früheren Krankheiten, Operationen oder Verletzungen gesammelt. Dies ermöglicht einen Rückblick auf vergangene Gesundheitszustände und beeinflusst die aktuelle Pflegeplanung.

- **Aktuelle Beschwerden und Symptome:** Eine detaillierte Erfassung der aktuellen Beschwerden und Symptome ist entscheidend, um potenzielle Probleme zu identifizieren und geeignete pflegerische Maßnahmen einzuleiten. Dies schafft eine Grundlage für die gezielte Unterstützung des Patienten.
- **Medikamenteneinnahme:** Die Berücksichtigung der Medikamenteneinnahme ist von hoher Relevanz, da Medikamente Nebenwirkungen oder Wechselwirkungen haben können. Es ist wichtig, die korrekte Dosierung und Häufigkeit der Einnahme zu ermitteln, um eine sichere und effektive Pflege zu gewährleisten.
- **Ernährungsgewohnheiten:** Die Ernährungsweise des Patienten spielt eine bedeutende Rolle für die Gesundheit. Eine ausgewogene und an die individuellen Gewohnheiten angepasste Ernährung kann zur Erhaltung des Wohlbefindens beitragen.
- **Soziale und familiäre Umstände:** Die individuellen sozialen und familiären Bedingungen des Patienten werden berücksichtigt, um potenzielle Unterstützungsmöglichkeiten zu identifizieren. Dies schafft eine Grundlage für eine patientenorientierte und bedarfsgerechte Pflege.
- **Körperliche und geistige Fähigkeiten:** Die Erfassung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten liefert einen tieferen Einblick in den Pflegebedarf. Mögliche Einschränkungen wie Bewegungseinschränkungen oder kognitive Beeinträchtigungen werden erfasst, um gezielte, den individuellen Bedürfnissen Durch eine gründliche Informationsbeschaffung stellt das Pflegepersonal nicht nur sicher, dass die Pflegeplanung den spezifischen Bedürfnissen des Patienten gerecht wird, sondern gleichzeitig auch die Einhaltung ethischer Grundsätze, insbesondere in Bezug auf Datenschutz, gewährleistet ist.

Aus der Praxis

Anamnesegespräche können vor allem in **psychiatrischen Krisenaufnahmen** sehr hektisch und teilweise nicht vollständig möglich sein. Viele Pflegefachpersonen erfragen dann lediglich Allergien, bekannte Krampfanfälle, bekanntes Delir, chronische Krankheiten, Konsum von Drogen oder Alkohol, Essgewohnheiten (z. B. schweinefleischfrei oder vegetarisch) und zu benachrichtigende Angehörige. Sobald der Gesundheitszustand des Patienten es zulässt, werden die fehlenden Informationen nachträglich eingeholt.

Durch eine gründliche Informationsbeschaffung stellt das Pflegepersonal nicht nur sicher, dass die Pflegeplanung den spezifischen Bedürfnissen des Patienten gerecht wird, sondern dass auch qualitative Standards erfüllt werden. Aufgrund des Datenschutzes (und im Besonderen auch der Schweigepflicht) ist es manchmal eine Herausforderung, an alle relevanten Informationen, was z. B. externe Behandler oder involvierte Behörden wie Ordnungsamt bei unfreiwilliger Unterbringung oder Jugendamt bei Inobhutnahme oder Kindeswohlgefährdung angeht, zu gelangen. Selbst in der elektronischen Patientenakte können auf Wunsch des Patienten Daten verdeckt werden, die dem neuen behandelnden Team somit nicht zur Verfügung stehen. Die Informationen müssen in diesem Fall neu erhoben werden, oder der Patient unterschreibt entsprechende Verfügungen und gibt die Daten frei.

WICHTIG

Informationen, die in einem Anamnese- oder Aufnahmegespräch in der Psychiatrie erhoben werden:

- Aufnahmeanlass
- Therapieziel/-wunsch
- Bekannte psychiatrische Erkrankungen
- Bekannte somatische Erkrankungen
- Bekannte Allergien
- Bekannte Krampfanfälle oder Delirien
- Aktuelle Beschwerden, z. B. Schmerzen oder Schlafstörungen
- Suizidalität
- Alkohol- oder sonstiger Drogenkonsum
- Dauerhafte Medikamenteneinnahme
- Wohnform und Einkommensquelle
- Angehörige

5

Gewalt und Aggression

5.1 Ursachen und Auswirkungen	58
Marvin Kaiser	
5.2 Entstehungstheorien	60
Marvin Kaiser	
5.3 Aggressions- und Gewaltarten	60
Marvin Kaiser	
5.4 Gewalt in der Pflege	61
Marvin Kaiser	
5.5 Gewaltprävention	62
Marvin Kaiser	
5.5.1 Strukturelle Maßnahmen	62
5.5.2 Deeskalationsstrategien und Konfliktmanagement	63
5.5.3 Alternativen zur Zwangsmaßnahme und Patientenbeteiligung	68
5.6 Suizid	69
Linda Maria Braun	
5.6.1 Risiko- und Schutzfaktoren	70
5.6.2 Suizidprävention	71
5.6.3 Umgang mit vollendetem Suizid	75

DEFINITION

Aggression (lat. *aggredi* sich nähern, angreifen): Versuch, verbal oder nonverbal Konflikte zu lösen oder Bedürfnisse durchzusetzen. Kann von Streit bis zu Gewalt reichen.

Gewalt: Gezielte Anwendung von Kraft, die Schäden verursacht. Sie ist die Extremform der Aggression und zielt darauf ab, zu dominieren oder zu verletzen.

erwünschtes Verhalten mit aller Macht unterdrückt. Dies führte zu vielen Gewaltereignissen und Zwangsmaßnahmen. Doch die moderne Psychiatrie hat sich grundlegend gewandelt und strebt danach, eine bestmögliche Therapieumgebung zu schaffen, in der das Personal gern und wirksam arbeitet und Patienten genesen können. Die **Prävention von Gewalt und Zwang** in der Psychiatrie ist ein komplexes Unterfangen. Obwohl die moderne Psychiatrie erhebliche Fortschritte bei der Reduzierung gewalttätiger Vorfälle

In der Vergangenheit wurden Patienten hinter verschlossenen Türen regelrecht verwahrt und un-

gemacht hat, wird es in der Akutversorgung weiterhin Herausforderungen geben.

Aus der Praxis

Datenauswertung

Die Anzahl der Zwangseinweisungen und angewendeten freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei psychisch Kranken ist aufgrund der föderalen Struktur in Deutschland und der fehlenden einheitlichen Erfassung durch die Bundesländer schwer zu quantifizieren. Laut Statistischem Bundesamt (Destatis 2024a) wurden im Jahr 2022 insgesamt 810.978 Patienten vollstationär in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern behandelt. Gesichert ist, dass bei 42 % der Patienten der Krankenhausaufenthalt aufgrund einer ärztlichen Einweisung erfolgte, bei 49 % aufgrund eines Notfalls. Weitere 9 % wurden aus einem anderen Krankenhaus in die behandelnde Einrichtung verlegt. In wie vielen Fällen es zu einer Behandlung gegen den Willen des Patienten gekommen ist, ist unklar.

Ein zentrales Problem liegt in der mangelnden Transparenz dieses Bereichs. Anders als in der Strafrechtspflege gibt es in der Akutversorgung trotz schwerwiegender Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte durch Zwangseinweisungen keinerlei öffentlich zugängliche Statistiken. Dieses Fehlen von Informationen verhindert eine kritische Auseinandersetzung mit den Praktiken in der Psychiatrie und lässt Raum für unbeantwortete Fragen.

5.1 Ursachen und Auswirkungen

Marvin Kaiser

Ursachen

Die Ursachen für Gewalt und Aggression können struktureller, gesellschaftlicher und persönlicher Art sein.

• Strukturelle Einflüsse:

- Personalmangel führt zu überlastetem Personal, das möglicherweise nicht angemessen auf die Bedürfnisse der Patienten reagieren kann.
- Die hohe Anzahl an Patienten und Aufgaben kann zu Zeitdruck, Stress und hoher Arbeitsbelastung führen, was die Wahrscheinlichkeit von Fehlreaktionen erhöht.
- Unklare Richtlinien und Verfahrensanweisungen können zu Verwirrung und Unsicherheit führen, was die Effizienz der Behandlung beeinträchtigt.
- Inkonsistente Anweisungen können zu Verwirrung und Uneinigkeit unter dem Personal führen und die Patientenbetreuung erschweren.
- Eine fehlende Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen verschiedenen Bereichen kann dazu führen, dass wichtige Informationen nicht ausgetauscht werden und mögliche Probleme unentdeckt bleiben.
- Eine unangemessene Gestaltung der psychiatrischen Einrichtung wie beengte Räume oder unzureichende Privatsphäre kann das Spannungsniveau erhöhen und zu Konflikten führen.

• Personaleinflüsse:

- Eine negative Einstellung gegenüber Patienten mit psychischen Erkrankungen kann zu mangelndem Einfühlungsvermögen und Vorurteilen führen, was die Beziehung zwischen Personal und Patient beeinträchtigen kann.
- Eine übermäßige Fokussierung auf Sicherheit kann zu einem Mangel an therapeutischer Intervention und Behandlung führen, der das Wohlbefinden der Patienten beeinträchtigt.
- Ein Mangel an angemessener Schulung kann dazu führen, dass das Personal nicht in der Lage ist, gewalttätige Situationen effektiv zu deeskalieren und zu bewältigen.
- Überlastung und Stress können zu Burnout führen, was die Fähigkeit des Personals beeinträchtigen kann, angemessen auf gewalttätige Situationen zu reagieren.
- Ein Mangel an interkultureller Kompetenz kann zu Missverständnissen zwischen Personal und Patienten mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen führen.

- **Patientenaspekte:**
 - Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen können in akuten Krisenphasen anfälliger für gewalttätiges Verhalten sein, da ihre Fähigkeit zur rationalen Entscheidungsfindung beeinträchtigt sein kann.
 - Der Konsum von Drogen kann die Hemmschwellen für aggressives Verhalten senken und somit zu gewalttätigen Auseinandersetzungen führen.
 - Patienten mit suizidalen Gedanken können in Krisensituationen auch gewalttätiges Verhalten gegen sich selbst oder andere zeigen.
 - Patienten, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, könnten in belastenden Situationen traumabedingte Reaktionen zeigen, die aggressives Verhalten begünstigen.
- **Gesellschaftliche Einflüsse:**
 - Eine generell zunehmende gesellschaftliche Tendenz zu Gewalt kann sich auch in psychiatrischen Einrichtungen widerspiegeln und das Risiko von Gewaltvorfällen erhöhen.
 - Gesellschaftliche Unruhen und Bedrohungsgefühle aufgrund geopolitischer Ereignisse können sich auf das Verhalten und die Stimmung der Patienten auswirken und zu Konflikten führen.
 - Gewaltverherrlichende Darstellungen in Medien und Popkultur könnten das Verhalten von Patienten und Personal beeinflussen.
 - Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft kann zu Vorurteilen und Diskriminierung führen, was das Vertrauen der Patienten zum Personal beeinträchtigen könnte.
 - Wenn die Gesellschaft nicht ausreichend in die Behandlung und Unterstützung von psychisch Kranken investiert, könnten Ressourcenmangel und fehlende Unterstützung zu einer erhöhten Belastung für die psychiatrischen Einrichtungen führen.
- **Auswirkungen auf die Organisation:**
 - Gewaltvorfälle können das **Ansehen** und den Ruf der psychiatrischen Einrichtung schädigen und das Vertrauen der Öffentlichkeit in die Qualität der Patientenversorgung mindern.
 - Bei schweren Gewaltvorfällen können rechtliche Konsequenzen und Schadensersatzansprüche gegen die Organisation entstehen.
 - Die Bewältigung von Gewaltvorfällen erfordert zusätzliche Ressourcen in Form von Zeit und Geld, die für die eigentliche Patientenbetreuung fehlen könnten.
- **Auswirkungen auf das Personal:**
 - Personal, das Gewaltvorfällen ausgesetzt ist, kann physisch verletzt oder psychisch traumatisiert werden, was zu Burnout und Mitarbeiterfluktuation führen kann.
 - Gewalterfahrungen können bei Mitarbeitern zu Angst und Unsicherheit im Umgang mit den Patienten führen, was sich auf die Qualität der Patientenversorgung auswirken kann.
 - Mitarbeitende könnten moralisch belastet sein, wenn sie in gewaltsamen Situationen gezwungen sind, Zwangsmaßnahmen einzusetzen, die sie als ethisch problematisch empfinden.
- **Auswirkungen auf die Patienten:**
 - Gewalt und Zwangsmaßnahmen können bei den betroffenen Patienten Traumata (> 9.7) verursachen und ihre psychische Gesundheit weiter beeinträchtigen.
 - Gewaltvorfälle können das Vertrauen der Patienten zum Personal und die Behandlungseinrichtung erschüttern, was die therapeutische Beziehung beeinträchtigen kann.
 - Gewalterfahrungen können dazu führen, dass Patienten ihre Behandlung ablehnen oder sich gegenüber therapeutischen Interventionen verschließen.
- **Auswirkungen auf die Gesellschaft:**
 - Gewaltvorfälle in der Psychiatrie können zur Stigmatisierung psychisch Erkrankter in der Gesellschaft beitragen und Vorurteile verstärken.
 - Wiederholte Gewaltvorfälle können Sicherheitsbedenken in der Gesellschaft hervorrufen und Forderungen nach strengeren Sicherheitsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen auslösen.

Auswirkungen

Die Auswirkungen von Gewalt in der Psychiatrie können weitreichend sein und betreffen die Organisation, das Personal, die Patienten und die Gesellschaft auf unterschiedliche Weise.

- Gewaltvorfälle können dazu führen, dass mehr Ressourcen für Sicherheitsmaßnahmen aufgewendet werden müssen, während andere Aspekte der psychischen Gesundheitsversorgung möglicherweise vernachlässigt werden.

5.2 Entstehungstheorien

Marvin Kaiser

Die Entstehung von Gewalt und Aggression ist ein komplexes Phänomen, das von verschiedenen Faktoren beeinflusst wird. Es gibt mehrere theoretische Ansätze, die versuchen, die Ursachen und Mechanismen von Gewalt und Aggression zu erklären:

- **Sozialkognitive Theorie:** Sie legt nahe, dass Menschen Aggressionsverhalten durch Beobachtung, Nachahmung und Verstärkung erlernen. Wenn sie sehen, dass aggressives Verhalten belohnt oder verstärkt wird, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sie selbst aggressives Verhalten zeigen. Studien haben gezeigt, dass Kinder und Jugendliche, die häufig gewalttätige Filme oder Videospiele konsumieren, eher zu aggressivem Verhalten neigen. Indem sie aggressive Handlungen in den Medien sehen, lernen sie, dass Gewalt als Lösung für Konflikte akzeptabel ist und möglicherweise Belohnungen oder Aufmerksamkeit bringt.
- **Frustrations-Aggressions-Hypothese:** Aggression ist eine Reaktion auf Frustration. Wenn Menschen das Gefühl haben, dass ihre Ziele blockiert oder unerreichbar sind, kann dies zu Aggression führen. Frustration kann verschiedene Formen annehmen, wie beispielsweise das Scheitern bei der Erreichung persönlicher Ziele, Diskriminierung, unfaire Behandlung oder Hindernisse in den sozialen Interaktionen. Es kann sein, dass eine Person aufgrund finanzieller Schwierigkeiten oder Arbeitslosigkeit frustriert ist. Wenn diese Person das Gefühl hat, dass sie keine Kontrolle über ihre Situation hat und ihre Ziele unerreichbar sind, könnte sie aus Frustration aggressives Verhalten zeigen, sei es gegenüber sich selbst oder anderen.
- **Biosoziale Theorie:** Es besteht eine Wechselwirkung zwischen biologischen und sozialen Faktoren. Genetische Veranlagung und neurobiologi-

sche Faktoren können das Aggressionspotenzial eines Individuums beeinflussen, während soziale Umstände und Umweltbedingungen die Auslöser für aggressives Verhalten sein können. Studien haben gezeigt, dass bestimmte genetische Varianten mit einem erhöhten Aggressionspotenzial in Verbindung gebracht werden können. Diese genetische Prädisposition allein führt jedoch nicht zwangsläufig zu aggressivem Verhalten. Umweltfaktoren wie mangelnde elterliche Fürsorge, Gewalterfahrungen oder ungünstige soziale Bedingungen können sie jedoch verstärken und zu aggressivem Verhalten führen.

5.3 Aggressions- und Gewaltarten

Marvin Kaiser

Gewalttätiges Verhalten zeigt bestimmte charakteristische **Merkmale:**

- Gewalttätiges Verhalten hat in der Regel ein bestimmtes Ziel, sei es, Schaden zuzufügen, zu dominieren oder Ressourcen zu kontrollieren.
- Gewalt kann eine progressive Eskalation durchlaufen, bei der Intensität und Grad der Aggression zunehmen können.
- Gewalttätiges Verhalten kann oft impulsiv und unkontrolliert sein, ohne dass eine angemessene Bewertung der Konsequenzen erfolgt.
- Gewalt zielt darauf ab, Schaden, Verletzungen oder Leid zu verursachen, sei es körperlich, psychisch oder emotional.
- Gewalttätiges Verhalten verstößt in der Regel gegen soziale Normen und rechtliche Bestimmungen.

Vom Patienten ausgehende Aggression und Gewalt

Es gibt verschiedene Arten von Gewalt und Aggression, die vom Patienten ausgehen können:

- **Verbale Aggression:** Der Patient richtet gewalttätige oder bedrohliche Worte, Schimpfwörter, Beleidigungen oder Drohungen an das Personal

oder andere Patienten. Dies kann zu psychischem Stress und Unwohlsein bei den Betroffenen führen.

- **Körperliche Aggression:** Direkte gewalttätige Handlungen des Patienten gegenüber dem Personal oder anderen Patienten wie Schläge, Tritte, Stoßen oder Beißen. Diese Form der Aggression kann zu Verletzungen und körperlichen Schäden führen.
- **Autoaggression/Suizidalität:** Einige Patienten können ihre Aggression gegen sich selbst richten, indem sie sich selbst verletzen oder suizidale Handlungen ausführen. Diese Form der Gewalt kann eine Herausforderung für das Personal darstellen, da es schwierig sein kann, die Patienten zu schützen.
- **Sexuelle Aggression:** Unerwünschtes sexuelles Verhalten oder Belästigung gegenüber dem Personal oder anderen Patienten. Dies kann zu traumatischen Erfahrungen und einem unsicheren Arbeits- und Therapieumfeld führen.
- **Destruktive Handlungen** wie das Zerstören von Einrichtungsgegenständen oder dem Eigentum anderer. Dies kann die Sicherheit in der Einrichtung gefährden und zusätzlichen Stress verursachen.
- **Soziale Aggression** manifestiert sich durch Ausgrenzung, Mobbing oder das Verbreiten von Gerüchten gegenüber anderen Patienten. Dies kann zu Konflikten und sozialen Spannungen in der Therapiegruppe führen.
- **Manipulative Aggression:** Der Patient versucht, andere zu kontrollieren oder zu beeinflussen, was zu Konflikten und Vertrauensproblemen führen kann.
- **Krisenbedingte Aggression:** Aufgrund von psychischen Belastungen, Wahnvorstellungen oder Panikreaktionen können Patienten aggressive Handlungen zeigen. Hier ist eine schnelle und angemessene Intervention des Personals erforderlich.

Von der Einrichtung ausgehende Aggression und Gewalt

In der Psychiatrie besteht nicht nur die Möglichkeit, dass Gewalt und Aggression von den Patienten aus-

gehen, sondern auch von der Einrichtung oder dem Personal selbst. Die Anwendung von verschlossenen Türen oder anderen Stationsregeln, die die persönliche Freiheit der Patienten einschränken, kann als eine Form von **institutioneller Gewalt** betrachtet werden. Solche Maßnahmen können das Vertrauen der Patienten in die Behandlungseinrichtung erschüttern und ein Gefühl von Kontrollverlust und Unwohlsein hervorrufen.

Darüber hinaus sind auch Mitarbeitende gegenüber aggressivem Verhalten nicht immun. Wie jeder andere Mensch können sie in bestimmten Situationen frustriert, gestresst oder überfordert sein, was sich auf ihre Interaktionen mit den Patienten auswirken kann. Das Pflegefachpersonal steht in der Verantwortung, respektvoll und professionell zu handeln, unabhängig von den Herausforderungen, denen sie möglicherweise ausgesetzt sind.

5.4 Gewalt in der Pflege

Marvin Kaiser

DEFINITION

Gewalt in der Pflege: Pflegefachpersonen werden im Rahmen ihrer Berufsausübung entweder körperlich oder psychisch angegriffen oder wenden selbst Gewalt gegenüber Patienten an.

Gewalt in der Pflege kann durch eine Reihe von Faktoren entstehen, z. B. Überforderung, mangelnde Ausbildung oder Unterstützung, Frustration oder Burnout. Die Auswirkungen von Gewalt in der Pflege auf Pflegefachpersonen können erheblich sein und zu körperlichen und psychischen Gesundheitsproblemen, erhöhter Abwesenheit von der Arbeit und Berufsaufgabe führen.

Faktoren aufseiten der Patienten, die die Entstehung von Gewalt beeinflussen:

- **Psychopathologische Merkmale:**
 - Psychische Diagnosen mit erhöhtem Aggressionspotenzial (z. B. intermittierende Explosionsstörung, antisoziale Persönlichkeitsstörung, Schizophrenie, Borderline-Persönlichkeitsstörung, bipolare Störung, Substanzmissbrauch)

- Impulsivität
- Affektlabilität
- Mangelnde Frustrationstoleranz
- Dissoziale Züge
- Wahnvorstellungen und Halluzinationen
- Mangelnde Krankheitseinsicht
- **Psychosomatische Einflüsse:**
 - Akute Intoxikation
 - Dehydratation
 - Schlafstörungen
 - Körperliche Schmerzen und Erkrankungen
 - Delir
 - Hypoglykämie
- **Psychosoziale Einflüsse:**
 - Negative Lebensereignisse, z. B. Traumata, Missbrauch, Vernachlässigung
 - Ungünstige soziale Bedingungen, z. B. Armut, fehlende soziale Unterstützung
 - Mangelnde Bewältigungsstrategien
 - Diskriminierung und Stigmatisierung
 - Gewalteinwirkung im sozialen Umfeld
- **Situative Faktoren:**
 - Lange Wartezeiten
 - Überfüllung

Es gibt eine Reihe von **Gegenstrategien**, die helfen können, Gewalt in der Pflege zu verhindern oder zu minimieren. Dazu gehören eine verbesserte Ausbildung und Unterstützung der Pflegefachpersonen, die Implementierung von Schutzmaßnahmen und Richtlinien zur Vermeidung von Gewalt in der Pflege, eine Kultur der Offenheit und Transparenz in Bezug auf Gewaltvorfälle sowie die Förderung eines respektvollen Arbeitsumfelds. Ein wichtiger Aspekt ist auch die Förderung von Selbstfürsorge und Stressmanagementtechniken für Pflegefachpersonen, damit diese ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden bestmöglich erhalten können.

5.5 Gewaltprävention

Marvin Kaiser

In der Psychiatrie besitzt der Aspekt der Gewaltprävention eine besondere Bedeutung, da psychische Krisen und der Einfluss von Drogen zu **häufigeren angespannten Situationen und Konflikten** führen,

die potenziell in Gewalt münden können. Gleichzeitig ist die Psychiatrie als traditionell mächtige Institution selbst mit dem Einsatz von Gewalt beauftragt, um Sicherheit und Ordnung herzustellen. Daher wird die Gewaltprävention in diesem Kontext noch wichtiger, da sie nicht nur auf die Verhinderung von Gewalt zwischen Patienten abzielt, sondern auch darauf, den Einsatz von Zwangsmaßnahmen durch die Institution selbst zu minimieren und **alternative, deeskalierende Strategien zu fördern**. Dies trägt dazu bei, eine therapeutische Umgebung zu schaffen, die auf Respekt, Verständnis und gewaltfreier Konfliktlösung basiert.

Gewaltprävention umfasst alle Maßnahmen und Strategien, die darauf abzielen, **Gewalt in verschiedenen Formen zu verhindern, zu reduzieren oder einzudämmen**. Es handelt sich um einen ganzheitlichen Ansatz, der auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Kontexten implementiert werden kann, darunter individuelle, soziale, schulische, berufliche, gesellschaftliche und politische Bereiche.

5.5.1 Strukturelle Maßnahmen

Die Gewaltprävention in der Psychiatrie erfordert ein ganzheitliches Konzept, das nicht nur auf individuellen Verhaltensstrategien basiert, sondern auch strukturelle Maßnahmen einschließt, die ein gewaltfreies und sicheres Umfeld für Patienten und Personal gewährleisten.

- Die **angemessene Personalausstattung** spielt eine zentrale Rolle bei der Gewaltprävention in der Psychiatrie. Eine ausreichende Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern ist entscheidend, um eine umfassende Betreuung der Patienten zu gewährleisten und mögliche Krisensituationen frühzeitig zu erkennen. Die Überlastung des Personals kann zu Stress und Frustration führen, was die Wahrscheinlichkeit von Konflikten erhöht. Eine sorgfältige Planung der Personalressourcen, die den Bedürfnissen der Patienten angemessen gerecht wird, ist daher unerlässlich. Pflegefachpersonen, die aufgrund von Personalmangel und Überlastung übermäßig vielen herausfordernden Situationen ausgesetzt sind, neigen aufgrund von Stress und Frustration eher zu aggressiven Reaktionen.

- Die **Schulung des Personals** in Deeskalationsstrategien und Gewaltprävention ist ein essenzieller Bestandteil der strukturellen Gewaltprävention. Mitarbeitende sollten über angemessene Techniken und Kommunikationsfähigkeiten verfügen, um konfliktreiche Situationen zu entschärfen und gewalttätiges Verhalten zu verhindern. Diese Schulungen können auch den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen von Patienten verbessern und das Selbstbewusstsein und die Sicherheit des Personals stärken. Eine Pflegefachperson, die sich unsicher fühlt und nicht über angemessene Deeskalationstechniken verfügt, könnte in einer konfrontativen Situation dazu neigen, aggressiv zu reagieren oder die Situation unnötig eskalieren zu lassen.
- Die Etablierung **klarer und transparenter Verfahrensweisungen** im Umgang mit Konflikten und Gewaltsituationen ist von entscheidender Bedeutung. Diese Richtlinien müssen für alle Mitarbeitenden zugänglich sein und klare Schritte für den Umgang mit gewalttätigem Verhalten aufzeigen. Einheitliche Vorgehensweisen können dazu beitragen, dass Mitarbeitende in Krisensituationen besser koordiniert und vorbereitet agieren.
- Eine **respektvolle und patientenzentrierte Umgebung**, die die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten berücksichtigt, kann das Aggressionspotenzial reduzieren. Offene Kommunikation und eine wertschätzende Haltung seitens des Personals können das Vertrauen der Patienten stärken und Konflikte vermeiden.
- Regelmäßige **Überprüfung der Sicherheitsmaßnahmen** und -vorkehrungen ist von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass sie effektiv sind und den aktuellen Bedürfnissen entsprechen. Technologische Lösungen wie Videoüberwachung oder Alarmpknöpfe können als zusätzliche Sicherheitsmaßnahmen dienen, sollten jedoch in angemessener Weise eingesetzt werden, um die Privatsphäre der Patienten zu respektieren.
- Eine gute **interdisziplinäre Zusammenarbeit** zwischen den verschiedenen Abteilungen und Fachdisziplinen ist unerlässlich, um eine effektive Gewaltprävention zu gewährleisten. Der Austausch von Informationen und die gemeinsame

Entwicklung von Behandlungsplänen tragen dazu bei, dass alle Beteiligten ein gemeinsames Verständnis für die Bedürfnisse der Patienten haben und potenzielle Konfliktsituationen frühzeitig erkennen und bewältigen können.

5.5.2 Deeskalationsstrategien und Konfliktmanagement

Früherkennung und Krisenintervention

Die Früherkennung von eskalierenden Situationen ist ein essenzieller Schritt zur Gewaltprävention in der Psychiatrie. Durch die Identifikation bestimmter Eskalationsphasen (> Abb. 5.1) können Mitarbeitende potenzielle Konfliktsituationen frühzeitig erkennen und angemessen darauf reagieren. Hierfür ist es wichtig, dass sie für die charakteristischen Merkmale einer sich anbahnenden Eskalation sensibilisiert sind:

- Aggressionszeichen beachten:
 - Hektischer Blick bis hin zu zuckenden Pupillen
 - Lärmendes Verhalten, z. B. Türen knallen oder aufstoßen
 - Geschirr auf den Tisch scheppern
 - Lautes Fluchen und wütendes Sprechen
 - Angespannte Körperhaltung, z. B. leicht nach vorne gebeugt mit angespannter Arm- und Nackenmuskulatur
 - Angespannte Kiefermuskulatur
 - Aufgepumpte Halsvenen
 - Plötzliches fluchtartiges Verlassen des Raums oder Zurückziehen
 - Passives Verhalten und wenig glaubhafte Äußerungen, dass alles in bester Ordnung ist
- Externe Faktoren berücksichtigen:
 - Wissen über anstehende schwierige Gespräche mit Angehörigen oder dem Arbeitgeber
 - Informationen darüber, dass Kinder oder die Ehefrau das erste Mal zu Besuch kommen
 - Kenntnis über Geldsorgen und das Warten auf einen Anruf des Geldinstituts
 - Unsicherheit bezüglich der Wohnform und das Warten auf den Rückruf des Vermieters



Abb. 5.1 Ein Konflikt eskaliert stufenweise (Eskalationsstufen nach Friedrich Glasl). [L231]

Deeskalation von akuten Konfliktsituationen

Die Fähigkeit zur Deeskalation von akuten Konfliktsituationen ist eine **Schlüsselkompetenz** für Beschäftigte in der Psychiatrie. Hierbei geht es darum, situativ angemessen zu handeln, um die Spannung und Aggressivität zu reduzieren und eine Eskalation zu verhindern:

- Aufmerksamkeit des Patienten erlangen:
 - Lautes Auftreten und Präsenz: Präsenz zeigen und laut auftreten, um die Aufmerksamkeit des Patienten zu gewinnen
 - Paradoxe Herangehensweise: Durch Mitgefühl und Zustimmung, beispielsweise durch gemeinsames Fluchen, die Aufmerksamkeit des Patienten erlangen, ohne ihm das Gefühl zu vermitteln, den Konflikt zu suchen
 - „Auf den Tisch hauen“: Mit einem lauten, aber nicht bedrohlichen Geräusch die Aufmerksamkeit auf sich ziehen und sofort eine weitere Interaktion folgen lassen, z. B. die Person bitten

mitzukommen oder zuzuhören, ihr etwas erklären oder beschwichtigend an die Schulter fassen, ggf. Bedarfsmedikation verabreichen

- Situation klären und Dampf ablassen lassen:
 - Rückfragen und aktives Zuhören: Viele Rückfragen stellen, um den Patienten am Reden zu halten und ihm die Möglichkeit zu geben, Dampf abzulassen
 - Ortswechsel: Bei erneuter Anspannung Patienten zu einem Ortswechsel animieren, um die Eskalationssituation zu unterbrechen und die körperliche Beruhigung zu fördern
- Unterstützung hinzuziehen und Lösungen anbieten:
 - Ermittlung der Ursache: Identifizieren, was die Eskalation ausgelöst hat, und entsprechende Unterstützung anbieten
 - Wurde der Patient beklaut, ihn beim Rufen der Polizei unterstützen
 - Wurde der Patient in seiner Ruhe gestört, ihm einen Ort zur Entspannung anbieten oder

ihn beim Aufsuchen eines solchen Orts unterstützen

- Musste der Patient lange warten, die Situation erklären, sich entschuldigen und das Anliegen gemeinsam bearbeiten oder auf später verschieben
- Entscheidungsträger involvieren: Bei Bedarf Entscheidungsträger wie Vorgesetzte oder Stationsärzte hinzuziehen, um Lösungen zu unterbreiten
- Maßnahmen zur Beruhigung anbieten:
 - Bedarfsmedikation: Für den Bedarfsfall ärztlich angeordnete beruhigende Medikation anbieten
 - Alternative Methoden: Aromatherapie, Akupunktur oder Snoezelen sind alternative Methoden zur Entspannung, die abgestimmt auf das Krankheitsbild angeboten werden können
- Nachbetreuung und Beobachtung:
 - Beurteilung der Wirksamkeit: Überprüfen, wie gut die angewendeten Maßnahmen zur Beruhigung wirken, um daraus Nutzen für zukünftige Eskalationen zu ziehen
 - Nachbesprechung im Team: Die Situation im Team besprechen, um Erfahrungen zu teilen und zu reflektieren
 - Gespräch mit dem Patienten: Die Situation auch mit dem Patienten besprechen, um eine gemeinsame Reflexion zu ermöglichen und die Früherkennung zu verbessern

Aus der Praxis

Fallbeispiel

In einer psychiatrischen Einrichtung treffen zwei Patienten unterschiedlicher Ethnien aufeinander, die sich aus einem vorherigen Aufenthalt in einer Unterkunft für Geflüchtete kennen. Aufgrund kultureller und religiöser Differenzen eskaliert die Situation schnell, und es besteht die Gefahr einer schweren körperlichen Auseinandersetzung zwischen den beiden.

Die Pflegefachperson, die die aufkeimende Aggression frühzeitig bemerkt, handelt entschlossen und stellt sich körperlich zwischen die beiden Kontrahenten. Als der aggressivere Patient mit einem Angriff droht, stellt sich die Pflegefachperson Schulter an Schulter mit ihm,

um eine physische Barriere zu schaffen. Anstatt distanzierter Fachsprache nutzt die Pflegefachperson eine direkte, dem Sprachniveau der Patienten angepasste Ansprache: „Bruder, komm runter, chill! Chill!“

Diese unkonventionelle Herangehensweise bewirkt, dass der Patient die Pflegefachperson als unterstützende Figur wahrnimmt. Sie signalisiert Bereitschaft, die Konfliktsituation zu deeskalieren. Der Patient ist darauf hin bereit, mit der Pflegefachperson den Raum zu verlassen, und die Situation klärt sich.

Aus dem Fallbeispiel wird deutlich:

- Körperliche Fähigkeiten sind entscheidend: In heiklen und brisanten Situationen ist es oft notwendig, körperlich in der Lage zu sein, eine physische Barriere zu schaffen und die Kontrolle zu behalten. Die Pflegefachperson muss standhaft sein und stabil stehen können, um eine Eskalation zu verhindern.
- Kontaktaufnahme ist entscheidend: Unabhängig von der verwendeten Sprache ist der direkte Kontakt zum aggressiven Patienten von größter Bedeutung. Der Pflegefachperson muss es gelingen, eine Verbindung herstellen. Damit zeigt sie, dass sie auf der Seite des Patienten steht und ihn verstehen will.
- Professionelle Mittel können unkonventionell sein: In kritischen Momenten können unkonventionelle Methoden wie das Nutzen von Jugendsprache effektiv sein. Professionelle Kommunikation muss nicht immer distanziert sein, sondern passt sich den Bedürfnissen und dem Verständnis des Patienten an.
- Eigenschutz hat höchste Priorität: Die Pflegefachperson darf sich in keiner Weise in Gefahr begeben. Im Zweifelsfall wäre die Einbeziehung einer Alarmgruppe oder die Hinzuziehung der Polizei notwendig, um den Eigenschutz zu gewährleisten.

In anspruchsvollen Situationen ist es nicht nur entscheidend, über Deeskalationsstrategien informiert zu sein, sondern auch über die richtige **Ausrüstung** zu verfügen und gewisse **Regeln** zu berücksichtigen:

- Festes, eingelaufenes Schuhwerk mit fester Schnürung

- Locker sitzende Alltagskleidung
- Verzicht auf Schmuck und Armbanduhr
- Notfalltelefon oder -melder bei sich tragen, um Unterstützung zu rufen, falls die Deeskalation scheitert
- Eigene Position so wählen, dass ein Fluchtweg offen steht, um unterbewusst Sicherheit zu gewinnen und souverän in der Situation aufzutreten
- Unbeteiligte Personen wegschicken, um sich nicht um deren Sicherheit kümmern zu müssen und Provokationen zu vermeiden
- Vorherige Kontaktaufnahme mit den Patienten, um ihn etwas kennengelernt zu haben und so die Bereitschaft für körperliche Übergriffe zu reduzieren und Veränderungen des Verhaltens früh zu erkennen
- Keine unrealistischen Versprechungen machen, um Vertrauen aufrechtzuerhalten und Enttäuschungen zu vermeiden
- Bereitschaft zu unkonventionellen Lösungen, selbst wenn sie von Kollegen nicht nachvollzogen werden können, z. B. sich zu einem Deeskalationsgespräch auf den Boden legen etc.
- Auf Zwangsmaßnahmen vorbereitet sein, um im Bedarfsfall darauf zurückgreifen zu können
 - Ankündigung als letztes Mittel: Niemals mit Zwangsmaßnahmen drohen, sondern sie erst als letztes Mittel ankündigen, um Sicherheit wiederherzustellen
 - Schnell und souverän handeln mit dem Wissen, im Bedarfsfall auf Zwangsmaßnahmen zurückgreifen zu können
 - Sensible Anwendung: Missbrauchspotenzial gering halten durch Schulung des Personals und Bereitschaft der Vorgesetzten, bei Fehlverhalten zum Wohle des Patienten korrigierend einzugreifen
- Frühzeitige Identifikation von Anzeichen für eskalierendes Verhalten: Durch die Verwendung von Instrumenten wie der Brøset Violence Checklist (BVC, > 3.5.2) können tägliche strukturierte Einschätzungen des Gewaltpotenzials vorgenommen werden.
- Entwicklung eines Bezugspflegekonzepts: Regelmäßige persönliche Kontakte, aufgeschlossene Gespräche und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patienten stärken das Vertrauen und tragen dazu bei, Eskalationen zu verhindern.
- Regelmäßiges Aufsuchen des Patienten: Durch offene Kommunikation können potenzielle Auslöser erkannt und rechtzeitig besprochen werden.
- Planung begleiteter Ausgänge und Aktivitäten: Diese fördern positive Interaktionen und lenken den Patienten von potenziellen Konfliktsituationen ab.
- Schichtbezogenes Absprechen mit dem ärztlichen Dienst: Eine enge Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst ist unerlässlich, um die Wirkung der Medikation zu evaluieren und ggf. anzupassen.
- Einzelzimmer oder Krisen-/Überwachungszimmer: Unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse kann die passende Unterbringung dazu beitragen, die Umgebung zu kontrollieren und Krisensituationen zu minimieren.
- Absprachen im Team für direktes Eingreifen: Im Team klar absprechen, bei welchen Anzeichen direkt eingegriffen wird, z. B. bei Äußerungen sexueller Gewaltfantasien, übermäßig langen Blicken auf Pflegefachpersonen oder angespanntem Verhalten.

WICHTIG

Das Eingreifen des Pflegefachpersonals ist nicht gleichzusetzen mit der Anwendung einer Zwangsmaßnahme.

Entwickeln von individuellen Deeskalationsplänen

Für Patienten, bei denen ein erhöhtes Gewaltrisiko besteht, ist es essenziell, individuelle Deeskalationspläne zu entwickeln, um auf mögliche Krisensituationen vorbereitet zu sein. Diese Pläne umfassen verschiedene Aspekte und werden regelmäßig überprüft.

- Differenzierte Handlungsoptionen: Das Team erarbeitet verschiedene Handlungsoptionen für unterschiedliche Eskalationsstufen – von verbalen Interventionen über gezielte Umgebungsanpassungen bis hin zur Anwendung von Notfallmaßnahmen. Zwangsmaßnahmen sind nur als letztes Mittel in Erwägung zu ziehen.

- **Kommunikation und Dokumentation:** Eine klare und effektive Kommunikation innerhalb des Teams ist essenziell, um Informationen über mögliche Auslöser, individuelle Bedürfnisse und erfolgreiche Deeskalationsstrategien auszutauschen. Die kontinuierliche Dokumentation dieser Informationen ermöglicht eine fundierte Analyse und Anpassung der Deeskalationspläne.
- **Einbeziehung des Patienten:** Der Patient wird, sofern möglich, aktiv in die Erstellung seines individuellen Deeskalationsplans einbezogen. Ein offener Dialog über persönliche Trigger, Bewältigungsstrategien und präventive Maßnahmen stärkt die Patientenautonomie und fördert die Zusammenarbeit bei der Vermeidung von Konfliktsituationen.
- **Individuelle, unkonventionelle Strategien im Team besprechen und planen:** Strategien, die sich in bestimmten Situationen als besonders effektiv erwiesen haben, sind mit anderen Teammitgliedern zu teilen. Durch offenen Austausch können alternative Ansätze entwickelt und implementiert werden. Zudem tragen die Planung und Diskussion unkonventioneller Strategien zur Vielfalt und Anpassungsfähigkeit des Teams im Umgang mit herausfordernden Situationen bei.

Aus der Praxis

Fallbeispiel

Das Pflegefachpersonal betreut einen Patienten mit bekannter Schizophrenie, der wegen Status-epilepticus-Episoden und daraus resultierenden neurologischen Folgeschäden intensive Betreuung erfordert. Der Patient zeigt ein herausforderndes Verhalten, das sich in spontanen Entkleidungsaktionen, Zerstörung von Gegenständen und impulsiven, aggressiven Ausbrüchen äußert. Um dieser Situation adäquat zu begegnen, hat das Team eine unkonventionelle, jedoch effektive Deeskalationsstrategie entwickelt:

- **Begleitung zu zweit:** Der Patient hat Gelegenheit, täglich vor dem Frühstück in Begleitung von zwei Pflegenden 30 Minuten auf der Station umherzugehen. Diese Maßnahme gewährleistet nicht nur die Sicherheit des

Patienten und anderer, sondern bewahrt auch seine Bewegungsfreiheit.

- **Aufmerksamkeitslenkung:** Während der Begleitung werden Gegenstände oder Aktivitäten identifiziert, die die Aufmerksamkeit des Patienten erregen. Das Pflegefachpersonal verweilt bei diesen Dingen oder Situationen, erklärt diese leicht verständlich und fördert so die Kommunikation.
- **Verwendung einer einfachen Sprache:** Da der Patient aufgrund seiner neurologischen Defizite komplexe Sätze möglicherweise nicht versteht, wird im Rahmen der Deeskalationsstrategie eine Sprache verwendet, die der Ammensprache ähnelt. Diese Sprachform erinnert an die Art, wie Eltern mit einem Neugeborenen sprechen. Durch eine stark vereinfachte, liebevolle und gleichzeitig stark affizierte (berührende) Sprache werden positive Emotionen beim Patienten ausgelöst und die Kommunikation erleichtert. Diese einfache Sprachanwendung fördert nicht nur das Verständnis des Patienten, sondern unterstützt auch eine positive Beziehung zwischen Pflegefachpersonal und Patient.
- **Belohnungssystem:** Als positive Verstärkung wird dem Patienten nach erfolgreicher Begleitung ein gekochtes Frühstücksei auf seinem Zimmer angeboten. Dieses Ritual gibt dem Patienten Struktur und die Möglichkeit, sich auf etwas zu freuen.
- **Beschäftigung mit kreativen Aktivitäten:** Nach dem Frühstück erhält der Patient Buntstifte und Papier, um kreative Zeichnungen anzufertigen. Diese werden in seinem Zimmer aufgehängt, was einen positiven Beitrag zur Raumgestaltung und persönlichen Entfaltung darstellt.

Durch diese unkonventionelle Herangehensweise reduziert sich die Häufigkeit von Eskalationen von mehreren Vorfällen pro Tag auf ein paar leichte Vorfälle im Monat. Die Strukturierung des Tages und die gezielte Ansprache tragen nicht nur zur Sicherheit des Patienten bei, sondern verbessern auch seine Lebensqualität.

10 Pflege von erwachsenen Menschen mit einer allgemeinpsychiatrischen Erkrankung

10.1	Psychosoziale Phänomene	336
10.1.1	Wohnungs- und Obdachlosigkeit	336
10.1.2	Einsamkeit und Isolation	336
10.1.3	Trauer	337
10.2	Konzepte und Interventionen	340
10.2.1	Intensivbetreuung	340
10.2.2	Milieu-therapie und therapeutische Gemeinschaft	341
10.2.3	Freiheitsentziehende Maßnahmen	340
10.2.4	Safewards-Modell	364
10.2.5	Recovery	365
10.2.6	Adherence-Therapie	367
10.2.7	Psychoseseminar und Trialog	370
10.2.8	Peer Support	372
10.2.9	Psychoedukation	373
10.2.10	Soteria-Häuser	376
10.2.11	Einzel- und Gruppenaktivitäten	376
10.2.12	Traumaisensibles Arbeiten	382
10.3	Pflege bei Krisen und in der Notfallpsychiatrie	385
10.3.1	Bewusstseinsstörungen	387
10.3.2	Verwirrheitszustände	388
10.3.3	Delir	388
10.3.4	Angstsyndrome	391
10.3.5	Suizidalität	394
10.3.6	Erregungszustände	400
10.3.7	Paranoid-halluzinatorisches Syndrom	401
10.3.8	Maniformes Syndrom	402
10.3.9	Stupor und Katatonie	404
10.3.10	Anorexia nervosa	404
10.3.11	Psychosoziale Krise und Traumatisierungen	407
10.3.12	Schlafstörungen	408
10.3.13	Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	409
10.3.14	Hören von Stimmen	413

10.1 Psychosoziale Phänomene

10.1.1 Wohnungs- und Obdachlosigkeit

DEFINITION

Wohnungslosigkeit: Vorübergehende oder dauerhafte Situation, in der eine Person oder eine Familie keine angemessene Unterkunft hat und nicht in der Lage ist, eine solche selbst zu beschaffen oder zu erhalten, sondern z. B. in einem Auto, Wohnwagen lebt oder bei Freunden oder Verwandten auf der Couch übernachtet.

Obdachlosigkeit: Spezifische Form der Wohnungslosigkeit, bei der eine Person oder eine Familie keinen festen Wohnsitz hat und gezwungen ist, auf der Straße, in Notunterkünften, öffentlichen Gebäuden oder anderen prekären Unterkünften zu leben, was mit einem erheblichen Verlust an Privatsphäre, Sicherheit und Würde verbunden ist.

- Verlust der Wohnung
- Unzureichende finanzielle Mittel
- Fehlende Kreditwürdigkeit (Überschuldung)
- Bewusste Entscheidung für dieses Leben
- Migrationshintergrund ohne gültige Papiere
- Fehlende Unterstützungssysteme:
 - Mangel an bezahlbarem Wohnraum
 - Unzureichende psychiatrische Versorgung
 - Fehlende sozialpädagogische Begleitung
- Folgen:
 - Psychische Probleme:
 - Verschlimmerung der psychischen Erkrankung
 - Verlust von Selbstwertgefühl
 - Soziale Isolation
 - Kriminalität:
 - Erhöhtes Risiko für Opferwerdung
 - Straffälligkeit

Aus der Praxis

Datenauswertung und Forschungsbericht

Gemäß der Statistik des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zur Wohnungslosenhilfe (2023) waren im Jahr 2022 in Deutschland schätzungsweise 274.000 Männer, 185.000 Frauen und 147.000 Kinder von Obdachlosigkeit betroffen. Die Daten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) (2022) zeigen, dass die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen im Jahr 2022 die höchste Anzahl von obdachlosen Menschen ohne Unterkunft in Deutschland aufwies.

Die Untersuchung von Krausz, Strehlau und Schuetz (2016) legt nahe, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen etwa zehnmal häufiger von Wohnungslosigkeit betroffen sind als die allgemeine Bevölkerung.

- Ursachen:
 - Psychische Erkrankungen:
 - Beeinträchtigte soziale Kompetenzen
 - Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche
 - Verminderte Motivation
 - Stigmatisierung und Diskriminierung
 - Leiden unter einer Abhängigkeit
 - Lebenssituationsbedingte Faktoren:
 - Verlust des Arbeitsplatzes
 - Gewalteinwirkung

10.1.2 Einsamkeit und Isolation

DEFINITION

Einsamkeit: Subjektives Gefühl der sozialen Isolation und des Mangels an sozialen Beziehungen.

Isolation: Objektiver Zustand der sozialen Trennung von anderen Menschen.

Einsamkeit und Isolation sind schwerwiegende Probleme, die sowohl die psychische als auch die körperliche Gesundheit von Menschen beeinträchtigen können. Für psychiatrische Patientinnen stellen sie besondere Herausforderungen dar, da sie sowohl Ursache als auch Folge von psychischen Erkrankungen sein können. Schulkinder aus ärmlichen Verhältnissen sind häufiger einsam als Kinder aus wohlhabenden Familien. Dies kann mit sozialer Ausgrenzung zusammenhängen oder damit, dass Kindern aus ärmeren Familien weniger monetäre Mittel für Freizeitaktivitäten zur Verfügung stehen.

- Symptome:
 - Emotionale Symptome:
 - Traurigkeit
 - Leeregefühl
 - Hoffnungslosigkeit
 - Angst
 - Depression
 - Sich ungeliebt und unerwünscht fühlen
 - Geringes Selbstwertgefühl

- Scham
- Verzweiflung
- Kognitive Symptome:
 - Sich isoliert und ausgeschlossen fühlen
 - Negative Gedanken über sich selbst und andere
 - Grübeln und Sorgen
 - Konzentrationsschwierigkeiten
 - Pessimismus
 - Suizidgedanken
- Verhaltensbedingte Symptome:
 - Rückzug aus sozialen Aktivitäten
 - Vermeidung von Kontakten
 - Vernachlässigung von Hobbys und Interessen
 - Apathie
 - Schlafstörungen
 - Ungesunde Ernährung
 - Missbrauch von Alkohol oder Drogen
- Ursachen:
 - Psychische Erkrankungen: Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen
 - Lebenssituationsbedingte Faktoren: Tod des Partners, Umzug, Austritt aus dem Erwerbsleben, Trennung, zu viel Arbeit, Erkrankung
 - Niedriger sozioökonomischer Status: Geringes Haushaltseinkommen, was die Teilnahme an Freizeitaktivitäten und die Mobilität einschränkt
 - Körperliche Beeinträchtigungen: Mobilitätseinschränkungen, chronische Schmerzen
 - Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund psychischer Erkrankungen
 - Wechselwirkung mit psychiatrischen Erkrankungen:
 - Depressive Symptome: Hoffnungslosigkeit, Rückzug, Suizidalität
 - Angstsymptome: Vermeidungsverhalten, Panikattacken
 - Psychotische Symptome: Wahnvorstellungen, Verfolgungserleben
- Folgen/Erhöhtes Risiko für:
 - Demenz (> 9.8.3)
 - Depressionen (> 9.8.2)
 - Suizid (> 5.6)

- Verringerte Lebensqualität
- Beeinträchtigte Genesung von psychischen Erkrankungen

10.1.3 Trauer

DEFINITION

Trauer: Emotionale Reaktion verursacht durch Tod oder Verlust.

Trauer ist ein **Prozess**, der verschiedene Phasen durchläuft, bis der trauernde Mensch den Verlust akzeptiert hat und wieder nach vorn blicken kann (**unkomplizierte Trauer**). Doch dabei kann es zu Problemen kommen:

- **Komplizierte Trauer:** Ungewöhnlich starke und lang andauernde Trauer. Betroffene leiden häufig unter intrusiven Gedanken und Gefühlen, extremer Reizbarkeit und dem Vermeiden von Trauerauslösern. Sie sprechen zudem weniger gut auf Antidepressiva und interpersonelle Psychotherapie an (> Abb. 10.1).
- **Trauer nach einem Suizid:** Angehörige, die einen geliebten Menschen durch Suizid verloren haben, trauern häufig anders als wenn Letzterer eines natürlichen Todes gestorben wäre. Sie erleben neben dem Verlustschmerz oft ein erhöhtes Stress- und Stigmaerleben. Scham- und Schuldgefühle sowie die Schwierigkeit, über den Suizid zu sprechen, erschweren den Trauerprozess zusätzlich.

Sowohl bei unkomplizierter als auch bei komplizierter Trauer ist eine adäquate **Trauerbewältigung** von großer Bedeutung. Bei unkomplizierter Trauer kann dies durch soziale Unterstützung und die Nutzung von Selbsthilfeangeboten erfolgen. Bei komplizierter Trauer ist in der Regel eine psychotherapeutische Behandlung notwendig.

Aus der Praxis

Umfragewerte

Bei einer Appinio-Umfrage (2021) gaben 31,8 % der Befragten an, dass ein Trauerfall und damit verbundene soziale Isolation und Einsamkeit bei ihnen persönlichen Stress und Angst auslösen.

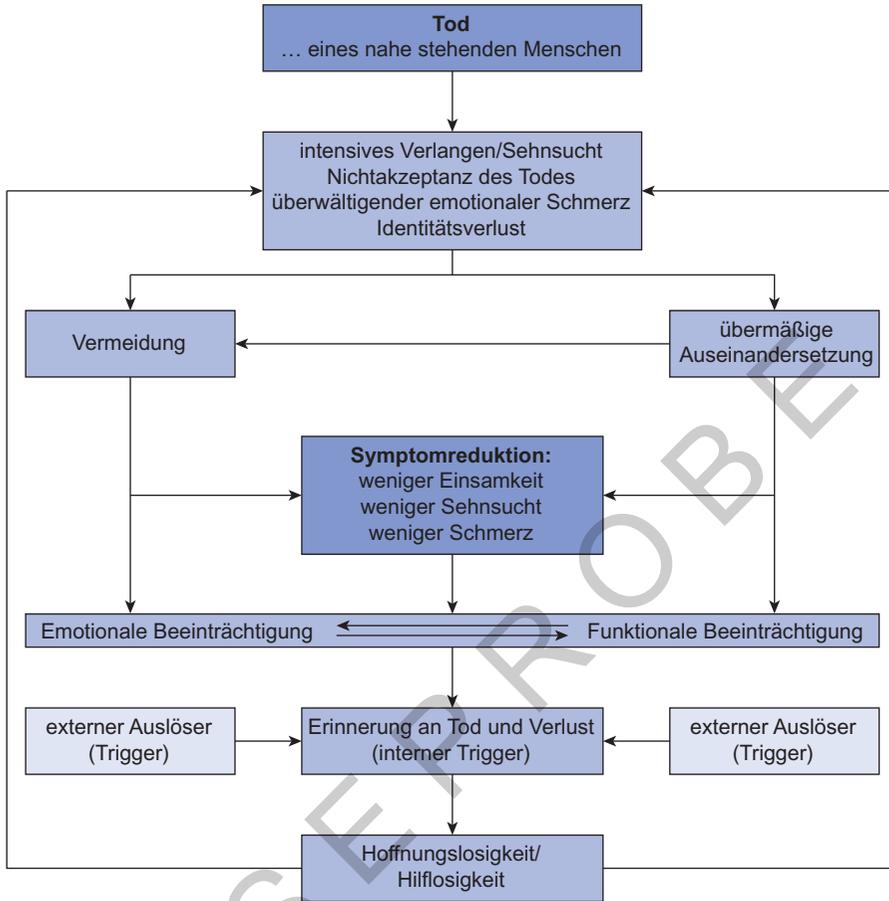


Abb. 10.1 Modell einer Trauerreaktion, die nicht in einer angemessenen Zeit kompensiert wird und zu Beeinträchtigungen führt. [G404/L231]

Zu berücksichtigende Aspekte:

- **Kulturelle Aspekte:** Trauer kann in verschiedenen Kulturen sehr unterschiedlich geäußert und verarbeitet werden. Therapeutinnen berücksichtigen die kulturellen Hintergründe der Betroffenen, um die Trauer angemessen verstehen und unterstützen zu können.
- **Geschlechtsspezifische Unterschiede:** Männer und Frauen trauern häufig unterschiedlich. Männer neigen dazu, ihre Trauer zu verdrängen, während Frauen eher ihre Gefühle ausdrücken.
- **Trauer bei Kindern und Jugendlichen:** Kinder und Jugendliche trauern anders als Erwachsene:
 - **Sprunghaftigkeit:** Kinder können in einem Moment fröhlich spielen und im nächsten Moment in Tränen ausbrechen.
 - **Konzentrationschwierigkeiten:** Trauernde Kinder können sich oft nicht gut konzentrieren und sind in der Schule oder im Kindergarten unruhig.
 - **Ängste und Schlafstörungen:** Alpträume, Trennungsängste und Schlafstörungen sind bei trauernden Kindern häufig.
 - **Aggressivität:** Manche Kinder reagieren auf ihre Trauer mit Wut und Aggression.
 - **Regression:** Trauernde Kinder können sich in ihrem Verhalten zurückentwickeln, z. B. wieder ins Bett machen oder nach dem Schnuller verlangen.

- Verleugnung: Manche Kinder verleugnen den Tod des geliebten Menschen und weigern sich, darüber zu sprechen.
- Körperliche Gesundheit: Trauer kann sich negativ auf die körperliche Gesundheit auswirken vor allem in Form von Schlafstörungen und Erschöpfung.
- Spiritualität: Spiritualität kann Trauernden Trost und Unterstützung bieten. Therapeutinnen respektieren die spirituelle Dimension der Trauer und verweisen bei Bedarf auf spirituelle Ressourcen.
- Suizidrisiko: Trauer kann zu Suizidgedanken und -handlungen führen. Therapeutinnen behalten bei Trauernden stets die Suizidalität im Auge und ziehen im Zweifelsfall professionelle Hilfe hinzu.

WICHTIG

Trauer ist ein individueller Prozess

Es gibt keinen „richtigen“ oder „falschen“ Weg zu trauern. Jeder Mensch trauert auf seine Weise und in seinem Tempo.

Trauermodelle

Verschiedene Modelle versuchen, die Trauerphasen darzustellen und zu erklären, z. B.:

- Modell von Elisabeth Kübler-Ross (➤ Abb. 10.2):
 - Leugnen: „Das kann nicht sein!“
 - Zorn: „Warum ich? Wer ist schuld?“
 - Verhandeln: „Ich würde alles tun, um ...“
 - Depression: „Es ist alles sinnlos.“
 - Akzeptanz: „Ich kann es akzeptieren.“
- Modell von Verena Kast:
 - Nicht-wahrhaben-Wollen: Schock, Verleugnung, Betäubung
 - Aufbrechende Emotionen: Wut, Trauer, Angst, Verzweiflung
 - Suchen und Sich-Trennen: Erinnerungen, Schuldgefühle, Neuorientierung
 - Neuer Selbst- und Weltbezug: Akzeptanz, Versöhnung, Lebensinn

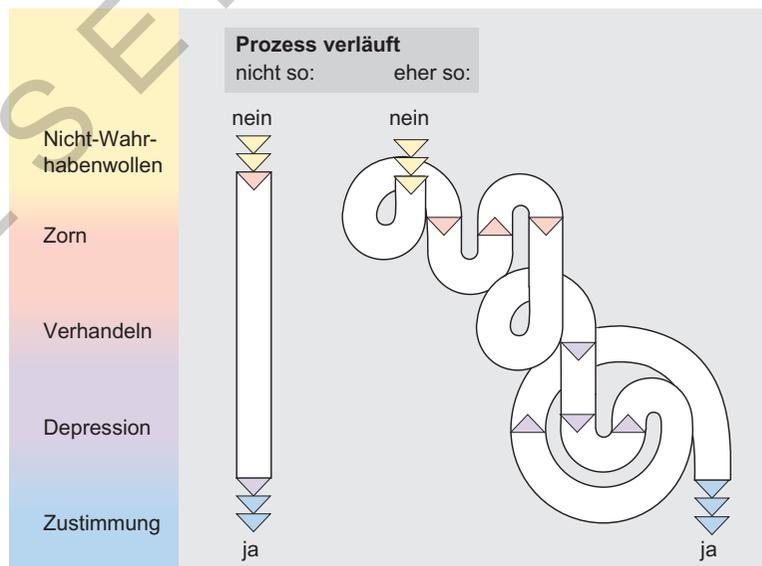


Abb. 10.2 Die Trauerphasen ähneln den Sterbephasen nach Kübler-Ross. [V492]

10.2 Konzepte und Interventionen

10.2.1 Intensivbetreuung

DEFINITION

Psychiatrische Intensivbetreuung: Spezialisierte Form der Versorgung für Patientinnen mit akuten psychischen Krisen. Zielt darauf ab, eine hochgradige und umfassende Unterstützung für Personen bereitzustellen, die sich in einer akuten Phase ihrer psychischen Erkrankung befinden und eine engmaschige Überwachung und Behandlung benötigen.

Von der Intensivbetreuung in der somatischen Medizin unterscheidet sich die Intensivbetreuung in der Psychiatrie in Bezug auf ihre Schwerpunkte und Behandlungsansätze. Während auf somatischen Intensivstationen lebensbedrohliche körperliche Erkrankungen im Vordergrund stehen, konzentriert sich die psychiatrische Intensivbetreuung auf akute psychische Krisen und die damit verbundenen Herausforderungen. Sie umfasst mehrere Komponenten, unter denen die **intensive Überwachung** eine zentrale Rolle spielt. Dies beinhaltet die regelmäßige Kontrolle von Vitalparametern wie Blutdruck, Puls und Atmung, um Veränderungen des Gesundheitszustands frühzeitig zu erkennen. Darüber hinaus erfolgt eine engmaschige Beobachtung des Verhaltens, der Stimmungslage und möglicher suizidaler Tendenzen, um auf akute Krisensituationen angemessen reagieren zu können.

Therapeutische Interventionen sind ein weiterer wichtiger Bestandteil intensiver psychiatrischer Betreuung. Hierbei werden verschiedene therapeutische Ansätze eingesetzt, z. B. kognitive Verhaltenstherapie, Einzel- oder Gruppentherapie, Ergotherapie oder Entspannungstechniken (> 9.5). Das Ziel dieser Interventionen besteht darin, die Patientin bei der Bewältigung ihrer akuten Krise zu unterstützen, Symptome zu lindern, Stress zu reduzieren und ihr dabei zu helfen, langfristig stabiler zu werden.

Die **pflegerischen Maßnahmen** in der intensiven Betreuung beinhalten die Unterstützung bei der persönlichen Hygiene, der Einnahme von Medikamenten, der Nahrungsaufnahme und der Bewältigung des Alltags. Das Pflegepersonal bietet auch emotionale Unterstützung und Beratung an, strukturiert

den Tagesablauf der Patientinnen und fördert ihre Selbstpflegefähigkeiten. Zudem werden Betreuungsmöglichkeiten bereitgestellt, um den Patientinnen in ihrer akuten Krise Sicherheit zu geben und ihnen die notwendige Unterstützung zukommen zu lassen.

WICHTIG

Der Grad der Intensivbetreuung wird in psychiatrischen Einrichtungen in den INEK-(Institut zur Bewertung und Abrechnung von Krankenhausleistungen)-Punkten berücksichtigt. Wenn eine dauerhafte pflegerische Überwachung nötig ist, gilt die Versorgung als intensiv, und der „psychiatrisch begründete Aufwand“ steigt. Dieser wird durch eine hohe INEK-Punktezahl gekennzeichnet, sodass die Maßnahme entsprechend finanziell vergütet werden kann.

Die Intensivbetreuung in der Psychiatrie kann auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen, um den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen gerecht zu werden:

- **Eins-zu-eins-Betreuung:** Lückenlose Überwachung, die auch den Toilettengang und Ruhezeiten umfasst. Die Pflegefachperson ist stets präsent und bietet bei Bedarf Unterstützung an. Aufgrund der intensiven Betreuung ist es nicht möglich, die Patientin für längere Zeit von der Station zu entfernen.

WICHTIG

Der Begriff „Sitzwache“ ist negativ konnotiert und wird in vielen Einrichtungen vermieden, um Stigmatisierung und negative Assoziationen zu vermeiden. Neben Eins-zu-eins-Betreuung werden daher für die lückenlose Überwachung auch die Begriffe „besondere Betreuung“ oder „persönliche Betreuung“ verwendet.

- **Beobachtung in 15-Minuten-Intervallen:** Die Pflegefachperson sucht alle 15 Minuten die Patientin auf, um deren Zustand und Verhalten zu beurteilen. Dabei achtet sie insbesondere auf Aufenthaltsort und Stimmungslage. Die Patientin hat die Möglichkeit, unbegleitet die Toiletten aufzusuchen, jedoch ist eine längere Abwesenheit nicht möglich. Diese Form der Beobachtung ermöglicht gewisse Freiheiten, während die Pflegefachperson regelmäßig den aktuellen Zustand überprüft.
- **Besondere Beobachtung:** Aufenthaltsort und Stimmungslage der Patientin sind der Pflegefach-

person bekannt, ohne dass die Patientin dauerhaft überwacht wird. Dazu erfolgen regelmäßige Kontrollen, in der Regel stündlich, um die aktuelle Situation zu überprüfen und bei Bedarf unterstützende Maßnahmen anzubieten.

Die Wahl der Intensivbetreuungsmethode hängt von verschiedenen Faktoren ab wie dem individuellen Zustand der Patientin, der Schwere der Erkrankung und den therapeutischen Zielen. Übergeordnetes Ziel ist immer die umfassende Versorgung und Unterstützung in akuten Krisensituationen, um Sicherheit und Wohlbefinden der Patientinnen zu gewährleisten. Die Art der Intensivbetreuung wird vom Behandlungsteam entsprechend den individuellen Bedürfnissen und der klinischen Einschätzung festgelegt. Die genauen Vorgaben zur Durchführung der unterschiedlichen Formen der Intensivbetreuung können von Einrichtung zu Einrichtung variieren, in der Regel macht diese die behandelnde Ärztin. Es ist wichtig, dass das Pflegefachpersonal über die spezifischen Richtlinien und Protokolle der jeweiligen Einrichtung informiert ist und diese konsequent umsetzt.

WICHTIG

Bei jedem pflegerischen Verlaufseintrag wird deutlich dargestellt, wie schwer die Symptome sind und warum sie eine Intensivbetreuung rechtfertigen, auch wenn jede Interaktion abgelehnt und pflegerische Maßnahmen verweigert werden. Auch schlafende Patientinnen sind zu überwachen und es ist für ihre Sicherheit zu sorgen, da nicht absehbar ist, wie sie beim Erwachen reagieren werden.

10.2.2 Milieutherapie und therapeutische Gemeinschaft

Milieutherapie

DEFINITION

Milieutherapie: Gezielte therapeutische Veränderungen von Umweltfaktoren wie bauliche Gegebenheiten, Organisationsstrukturen und zwischenmenschliche Umgangsformen.

Die Behandlung und Begleitung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erfordert eine ganzheitliche Herangehensweise, bei der auch die **Umweltfaktoren** eine bedeutende Rolle spielen. Das

Konzept der Milieutherapie beruht auf der Annahme, dass Umweltfaktoren wie bauliche Gegebenheiten, Organisationsstrukturen und zwischenmenschliche Umgangsformen Einfluss auf den Behandlungsverlauf haben. Eine günstige Umgebung kann den Heilungsprozess positiv beeinflussen und die Patientin bei der Wiedererlangung von Selbstständigkeit und Kompetenzen unterstützen.

Die Wurzeln der Milieutherapie gehen auf die Auseinandersetzung mit Erfahrungen aus den früheren, großen und gemeindefernen Krankenhaus- und Anstaltsmilieus (> 1.1) zurück. In der Vergangenheit wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen oft isoliert und unter unwürdigen Bedingungen behandelt, was zu negativen Auswirkungen auf ihre Symptomatik führte. Die Milieutherapie entwickelte sich als Gegenentwurf zu diesen entwürdigenden Zuständen und legte den Fokus auf eine therapeutisch gestaltete Umgebung. Besonders in den 1960er-Jahren erlangte die Milieutherapie große Bedeutung. Untersuchungen zeigten, dass ungünstige Milieueinflüsse z. B. die Negativsymptomatik bei Patientinnen mit Schizophrenie vergrößern und den Behandlungsverlauf negativ beeinflussen können.

Die soziale und die Behandlungsumgebung einer Patientin sind eng mit den Umweltfaktoren verknüpft. Diese Einflüsse können sowohl positiv als auch negativ wirken. Eine gelungene Milieugestaltung kann dazu beitragen, dass sich Patientinnen besser auf ihre Therapie einlassen und sich wohl fühlen. Dagegen können ungünstige Umweltfaktoren den Behandlungsverlauf behindern und zu einer Verschlechterung der Symptomatik führen. **Positive Umgebungsfaktoren**, die die Heilung einer psychischen Krankheit beeinflussen können:

- Eine unterstützende Familie, Freunde oder soziale Gruppen können einen positiven Einfluss auf die Genesung haben, indem sie emotionale Unterstützung und Hilfe im Alltag bieten.
- Ein strukturiertes und förderliches therapeutisches Milieu mit klaren Regeln und positiver Atmosphäre kann die Behandlung unterstützen und die Motivation der Patientinnen steigern.
- Ein positives Arbeitsklima in klinischen Einrichtungen kann dazu beitragen, dass das Personal besser für die Bedürfnisse der Patientinnen sorgt und eine vertrauensvolle Beziehung aufbaut.

- Die Förderung von Selbstverantwortung und Selbstbestimmung ermöglicht den Patientinnen, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen und aktiv an ihrer Genesung mitzuwirken.
- Ein leichter Zugang zu verschiedenen Therapie- und Behandlungsangeboten kann sicherstellen, dass die Patientinnen die Unterstützung erhalten, die sie benötigen.
- Gemeinschaftliche Aktivitäten und Gruppenangebote bieten die Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen, soziale Fertigkeiten zu verbessern und Isolation zu überwinden.

Negative Umgebungsfaktoren, die die Heilung einer psychischen Krankheit beeinflussen können:

- Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen können zu sozialer Isolation und negativen Selbstwahrnehmungen führen, was den Genesungsprozess behindern kann.
- Eine fehlende soziale Unterstützung oder ein negatives soziales Umfeld können die Motivation beeinträchtigen und zu einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit führen.
- Eine Überlastung des Personals in klinischen Einrichtungen kann dazu führen, dass die Bedürfnisse der Patientinnen nicht ausreichend berücksichtigt werden und die Qualität der Behandlung leidet.
- Ein Mangel an finanziellen, personellen und räumlichen Ressourcen kann die Qualität der Behandlung und Betreuung beeinträchtigen.
- Eine unangenehme und unzureichend gestaltete Umgebung in klinischen Einrichtungen kann das Wohlbefinden der Patientinnen negativ beeinflussen und den Heilungsprozess behindern.
- Ein begrenztes Angebot an Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten kann dazu führen, dass die Patientinnen nicht die Unterstützung erhalten, die für ihre individuellen Bedürfnisse erforderlich ist.

geschehen beeinflussen. Eine professionelle und empathische Haltung ist dabei von großer Bedeutung, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patientinnen aufzubauen und sie in ihrer individuellen Situation zu unterstützen.

Pflegefachpersonen ...

- praktizieren eine herzliche und respektvolle Begrüßung, um der Patientin ein Gefühl von Wertschätzung zu vermitteln. Alltagsgespräche über gemeinsame Interessen oder aktuelle Ereignisse stärken die Beziehung und schaffen eine positive Atmosphäre,
- helfen den Patientinnen dabei, eine strukturierte Tagesroutine zu entwickeln und einzuhalten. Dies geschieht durch klare Absprachen und Anleitung, um Sicherheit und Orientierung zu geben,
- sorgen dafür, dass die Tages- und Speiseräume eine wohnliche Atmosphäre haben. Das Eindecken der Tische mit Servietten, das Aufhängen von Bildern an den Wänden und das Aufstellen von Blumen auf den Tischen schaffen eine angenehme Umgebung,
- achten darauf, dass Mittags- und Nachtruhezeiten eingehalten werden, um den Patientinnen eine Möglichkeit zur Erholung zu bieten und einen strukturierten Tagesablauf zu gewährleisten,
- überlegen, ob sie Alltagskleidung tragen, wenn keine besonderen Körperpflegetätigkeiten anstehen, um das Gefühl von Normalität zu vermitteln,
- begleiten und unterstützen die Patientinnen bei Ausgängen außerhalb der Einrichtung. Dies fördert die soziale Integration und gibt den Patientinnen die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten außerhalb des geschützten Rahmens zu erproben,
- bieten kreative Aktivitäten wie Malen, Handarbeiten oder Musizieren an, um den Patientinnen Möglichkeiten zur Entfaltung ihrer Talente und Interessen zu bieten,
- organisieren gemeinschaftliche Aktivitäten wie Gruppenspiele, Ausflüge oder gemeinsames Kochen, um den Gemeinschaftssinn zu stärken und das Wir-Gefühl zu fördern,
- kennen die Leistungen der Patientinnen an und loben sie, um ihre Motivation und ihr Selbstwertgefühl zu stärken,
- gestalten gemeinsame Mahlzeiten, um die Tagesstruktur zu stärken und therapeutisches Zusammenleben zu fördern.

Rolle der Pflegefachpersonen bei der Milieugestaltung

Pflegefachpersonen haben eine Schlüsselrolle bei der Gestaltung eines therapeutischen Milieus. Sie sind oft diejenigen, die den direkten Kontakt zu den Patientinnen haben und die Umweltfaktoren im Alltags-

Bedeutung von baulichen und architektonischen Aspekten

Die baulichen und architektonischen Aspekte (**ökologisches Milieu**) einer therapeutischen Einrichtung spielen eine entscheidende Rolle für den Behandlungserfolg, da die räumliche Gestaltung eine direkte Auswirkung auf das Wohlbefinden hat. Farben, Lichtverhältnisse, Möbel und Dekoration können eine positive Atmosphäre schaffen und das therapeutische Klima unterstützen. Auch die Möglichkeit der Selbstgestaltung des Umfelds durch die Patientin kann einen positiven Effekt haben, da dies ein Gefühl von Autonomie und Selbstbestimmung vermittelt.

Räumliche bzw. Ausstattungsmerkmale, die sich auf die Heilung psychischer Krankheiten **positiv** auswirken können:

- Eine grüne und natürliche Umgebung in und um die Einrichtung kann sich beruhigend auf die Patientinnen auswirken und zu einem positiven Gefühl von Entspannung und Wohlbefinden beitragen.
- Gut beleuchtete und gut belüftete Räume schaffen eine angenehme Atmosphäre und können die Stimmung verbessern.
- Die Möglichkeit, sich in einen privaten Raum zurückzuziehen, kann das Bedürfnis nach Ruhe und Entspannung erfüllen und das Selbstwertgefühl stärken.
- Gemeinschaftsräume sollten einladend und gemütlich gestaltet sein, um den Austausch und die Interaktion zwischen den Patientinnen zu fördern.
- Eine sichere und geborgene Umgebung vermittelt das Gefühl von Schutz und Unterstützung, was sich positiv auf die Genesung auswirken kann.

Räumliche bzw. Ausstattungsmerkmale, die sich auf die Heilung psychischer Krankheiten **negativ** auswirken können:

- Enge und beengte Räume können Gefühle von Unwohlsein und Beklemmung hervorrufen und den Heilungsprozess beeinträchtigen.
- Eine unangenehme Farbgestaltung oder ein unharmonisches Design der Räume kann eine negative Stimmung hervorrufen und die psychische Belastung der Patientinnen verstärken.

- Eine laute und unruhige Umgebung kann zu Stress und Überforderung führen und den Heilungsprozess erschweren.
- Ein Mangel an privaten Rückzugsmöglichkeiten kann das Gefühl der Autonomie und Selbstbestimmung beeinträchtigen und die Patientinnen frustrieren.
- Mangelnde Sicherheit in den Räumlichkeiten kann das Vertrauen der Patientinnen in die Einrichtung und das Personal beeinträchtigen und ihre Genesung negativ beeinflussen.

Aspekte, die bei der Gestaltung eines therapeutischen Milieus berücksichtigt werden sollten:

- Lage der Einrichtung möglichst nahe am gewohnten sozialen Umfeld
- Funktionale und bedürfnisorientierte räumliche Gestaltung, um den Komfort und die Sicherheit der Patientinnen zu gewährleisten
- Wohnliche Gestaltung, um eine angenehme Atmosphäre, die zur Entspannung und Erholung beiträgt, zu schaffen
- Durchmischung der Geschlechter, da dies die soziale Interaktion fördern und die Bildung von unterstützenden Beziehungen begünstigen kann
- Individuelle Gestaltungsmöglichkeit des eigenen Umfelds, um das Gefühl von Selbstbestimmung und Autonomie zu stärken
- Respektvoller und wertschätzender Umgang mit den Patientinnen, da dieser essenziell für ein positives therapeutisches Klima ist

Therapeutische Gemeinschaft

Ein besonderer Ansatz der Milieuthherapie sind therapeutische Gemeinschaften, die eine Sonderform darstellen und zugleich ein Prinzip der **angewandten sozialen Psychiatrie** sind. Die Idee dahinter ist, dass eine Patientengemeinschaft und die gegenseitige Unterstützung während der Therapieprozesse therapeutisch wirksam sein können. Diese Gemeinschaften wurden in verschiedenen Modellen entwickelt, darunter im demokratischen Modell in Großbritannien und dem hierarchischen Modell in Amerika. Moderne Konzepte legen den Schwerpunkt auf Empowerment und Offenheit.

- Kernelemente des **demokratischen Modells**:

- Die Patientinnen werden aktiv in die Entscheidungsfindung und Gestaltung des Therapieprozesses einbezogen. Es herrscht eine demokratische Organisationsstruktur, in der alle Mitglieder der Gemeinschaft eine Stimme haben.
- Ein respektvoller Umgang miteinander und die Anerkennung der Individualität jeder Einzelnen sind zentrale Werte. Die Akzeptanz von Verschiedenheit und das Zulassen unterschiedlicher Meinungen und Ansichten werden gefördert.
- Die therapeutische Gemeinschaft bietet den Raum für die Auseinandersetzung mit realen Herausforderungen und Problemen. Durch die Konfrontation mit der Realität werden die Patientinnen dazu ermutigt, ihre eigenen Verhaltensweisen und Handlungsmuster zu reflektieren und zu verändern.
- Die Idee des Gemeinschaftsgefühls steht im Vordergrund. Die Patientinnen werden ermutigt, sich gegenseitig zu unterstützen und füreinander da zu sein. Gemeinschaftliche Aktivitäten und Zusammenarbeit werden gefördert.
- Kernelemente des **hierarchischen Modells**:
 - Das Modell richtet sich an spezifische Zielgruppen, z. B. Menschen mit Substanzmissbrauch.
 - Es gibt eine klare und strukturierte Tagesplanung, die den Patientinnen Orientierung und Sicherheit bietet. Die Aktivitäten und Therapieangebote sind gezielt auf die Zielgruppe ausgerichtet.
 - Folgt der Idee der Selbsthilfebewegung, d. h., die Patientinnen wirken aktiv an ihrer Genesung mit und übernehmen Verantwortung für ihren Heilungsprozess.
 - Ein besonderer Fokus wird auf den Umgang mit Substanzmissbrauch gelegt und die Suche nach effektiven Strategien zur Überwindung von Suchtverhalten.

In der modernen Psychiatrie haben sich therapeutische Gemeinschaften weiterentwickelt und rücken vermehrt das **Empowerment der Patientinnen** und die **Offenheit gegenüber individuellen Bedürfnissen** in den Vordergrund. Klar definierte Konzepte und Abläufe sollen dabei unterstützen, ein förderliches therapeutisches Milieu zu schaffen.

Wirkfaktoren:

- Die Milieugestaltung und therapeutische Gemeinschaften ermöglichen es den Patientinnen, ihre Selbstständigkeit und Kompetenzen zu stärken. Indem sie an der Gestaltung ihres Umfelds beteiligt werden und in einer unterstützenden Gemeinschaft agieren, erfahren sie ihre Selbstverantwortung und Selbstwirksamkeit.
- Therapeutische Gemeinschaften bieten den Patientinnen die Möglichkeit, soziale Fertigkeiten zu erlernen und in der Gemeinschaft zu üben. Die gegenseitige Unterstützung und der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen tragen dazu bei, soziale Isolation zu überwinden und unterstützende Beziehungen aufzubauen.
- Therapeutische Gemeinschaften können positive Effekte auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Patientinnen haben. Eine stärkere Selbstachtung, Reduktion von aggressivem Verhalten und verbesserte soziale Funktionen sind mögliche Ergebnisse.
- Eine gelungene Milieugestaltung kann den Übergang der Patientinnen von der Klinik zurück in die Gesellschaft erleichtern. Die Integration in eine unterstützende Gemeinschaft trägt dazu bei, dass die Patientinnen eine bessere Lebensqualität erfahren.
- Therapeutische Gemeinschaften haben das Potenzial, sich langfristig positiv auf die Patientinnen auszuwirken. Durch die Stärkung der Selbstverantwortung, sozialer Kompetenzen und der Selbstständigkeit können diese besser mit den Herausforderungen ihres Alltags umgehen.

Milieugestaltung bei akuten Krankheitsbildern

Das Milieu auf einer Akutaufnahmestation einer psychiatrischen Einrichtung sollte eine ausgewogene Kombination aus Sicherheitsaspekten und hoffnungs- und genesungsförderlichen Elementen sein. Pflegefachpersonen spielen dabei eine wesentliche Rolle, indem sie eine vertrauensvolle und unterstützende Beziehung zu den Patientinnen aufbauen und eine therapeutische Umgebung schaffen. Durch klare Strukturen, Sicherheitsmaßnahmen, Empathie, therapeutische Aktivitäten und die Förderung von

Gemeinschaft und sozialer Interaktion können Pflegefachpersonen dazu beitragen, dass die Patientinnen sich sicher fühlen und Hoffnung für ihre Genesung schöpfen können. Die Gestaltung des Milieus muss immer das Ziel haben, die Patientinnen auf ihrem Weg zur Besserung zu unterstützen und ihnen eine positive Perspektive für ihre Zukunft zu geben.

Es geht darum, eine therapeutische Umgebung zu schaffen, die sowohl **Schutz** als auch **Hoffnung** bietet. Pflegefachpersonen spielen dabei eine zentrale Rolle, da sie engen Kontakt zu den Patientinnen haben und maßgeblich zur Gestaltung des Milieus beitragen können.

Die Milieugestaltung umfasst verschiedene Aspekte, darunter:

- Die Sicherheit der Patientinnen und des Personals steht im Vordergrund. Die Umgebung minimiert potenzielle Gefahrenquellen und bietet gleichzeitig Schutz und Sicherheit.
- Die Gestaltung der Umgebung fördert den Komfort und das Wohlbefinden. Dies wird durch die Verwendung von beruhigenden Farben, angemessener Beleuchtung und gemütlichen Räumen erreicht.
- Die Einrichtung bietet Möglichkeiten zur sozialen Interaktion und zum Eingehen von unterstützenden Beziehungen, da soziale Unterstützung ein wichtiger Faktor für die Genesung ist.
- Die Umgebung bietet Raum für therapeutische Aktivitäten und Interventionen, die zur Genesung beitragen, z. B. für kreative Therapien, Bewegungsaktivitäten, Gruppentherapie und andere unterstützende Programme.
- Die Gestaltung der Umgebung respektiert die Selbstbestimmung und Autonomie der Patientinnen und gibt ihnen die Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen und ihre Genesung aktiv mitzugestalten.
- Die Integration von Elementen der Natur wie Therapiegärten oder Grünflächen wirkt beruhigend und heilsam.
- Sicherheitsaspekte:
 - Ein strukturierter Tagesablauf gibt den Patientinnen Sicherheit und Orientierung. Pflegefachpersonen kommunizieren den Tagesplan transparent und stellen sicher, dass er eingehalten wird.
 - Pflegefachpersonen führen regelmäßig Risikoeinschätzungen durch, um potenzielle Gefahrenquellen zu identifizieren, und entwickeln einen Krisenmanagementplan, um angemessen auf kritische Situationen zu reagieren.
 - Pflegefachpersonen arbeiten eng mit dem gesamten Behandlungsteam zusammen, um Informationen auszutauschen und Maßnahmen zur Sicherheit der Patientinnen zu koordinieren.
- Hoffnungs- und genesungsförderliche Elemente:
 - Pflegefachpersonen bringen den Patientinnen Mitgefühl und Unterstützung entgegen. Ein offenes Ohr und die Bereitschaft zuzuhören, geben den Patientinnen das Gefühl, dass sie verstanden werden und nicht allein sind.
 - Pflegefachpersonen helfen den Patientinnen, ihre Ressourcen und Stärken zu erkennen und zu nutzen, um mit den individuellen Herausforderungen umzugehen.
 - Kreative Therapien, Kunst- und Musiktherapie sowie Bewegungsaktivitäten fördern die Genesung und vermitteln ein Gefühl der Hoffnung und Sinnhaftigkeit.
 - Pflegefachpersonen fördern den Aufbau einer unterstützenden Gemeinschaft auf der Station, in der die Patientinnen sich austauschen und voneinander lernen können.
 - Pflegefachpersonen bieten den Patientinnen die Möglichkeit, sich in der Natur aufzuhalten oder einen vorhandenen Therapiegarten zu nutzen, um die heilende Wirkung der Natur zu erfahren.
 - Informationen über psychische Gesundheit, Erklärungen zu Symptomen und Behandlungsoptionen erleichtern den Patientinnen das Verständnis für ihre Situation und stärken die Hoffnung auf Besserung.
 - Eine gut durchdachte Entlassungsplanung, die den Übergang von der Akutaufnahmestation in die weitere Behandlung und Unterstützung sicherstellt, gibt Patientinnen eine Perspektive und Hoffnung für die Zukunft.

Herausforderungen der Milieugestaltung und therapeutischen Gemeinschaften

Obwohl therapeutische Gemeinschaften positive Wirkungen zeigen, spielen sie in der modernen klinischen Psychiatrie eine eher untergeordnete Rolle. Die verkürzte Verweildauer in stationären Einrichtungen und andere Therapieansätze haben dazu geführt, dass therapeutische Gemeinschaften vor allem in Tageskliniken, Rehabilitations- oder Psychose-Therapiestationen als eigenständiges Konzept Anwendung finden. Andere Behandlungskonzepte enthalten für gewöhnlich Aspekte aus der Milieugestaltung oder der therapeutischen Gemeinschaft, wurden aber stark verändert und haben nun einen anderen Fokus.

Die Gestaltung eines therapeutischen Milieus und die Implementierung von therapeutischen Gemeinschaften stellen Pflegefachpersonen vor verschiedene Herausforderungen. Gleichzeitig bieten sie jedoch auch vielfältige Potenziale, um die Behandlung und Betreuung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu verbessern.

- Schaffung und Aufrechterhaltung eines therapeutischen Milieus erfordern einen hohen organisatorischen Aufwand. Klare Strukturen, regelmäßige Teammeetings und die Koordination verschiedener Aktivitäten sind unerlässlich, um eine positive Atmosphäre zu gewährleisten.
- Die Bildung von therapeutischen Gemeinschaften setzt gut geschultes und motiviertes Personal voraus. Pflegefachpersonen müssen in der Lage sein, eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patientinnen aufzubauen und sie in ihren individuellen Bedürfnissen zu unterstützen.
- Ein therapeutisches Milieu muss einerseits ausreichend Struktur bieten, um den Patientinnen Orientierung und Halt zu geben. Andererseits ist es wichtig, genügend Raum für individuelle Bedürfnisse und Entfaltungsmöglichkeiten zu lassen.
- Die Implementierung von therapeutischen Gemeinschaften erfordert finanzielle und räumliche Ressourcen, um eine ansprechende und funktionsfähige Umgebung zu schaffen. Doch nicht alle Einrichtungen verfügen über ausreichende Mittel, um diese Anforderungen zu erfüllen.

10.2.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

DEFINITION

Freiheitsentziehende Maßnahmen: Interventionelle Maßnahmen, die in der psychiatrischen Versorgung angewendet werden, um die Bewegungsfreiheit oder Autonomie einer Patientin einzuschränken, wenn eine unmittelbare Gefahr für sie selbst oder andere besteht.

Zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen zählen verschiedene Techniken wie Fixierungen, Isolierungen, Zwangsmedikation und andere Methoden, die darauf abzielen, das Risiko von Gewalt und Verletzungen zu verringern. Sie werden als **letztes Mittel** eingesetzt, wenn weniger einschränkende Alternativen nicht ausreichend sind und die Sicherheit der Patientin oder anderer gefährdet ist.

- Der primäre Zweck freiheitsentziehender Maßnahmen besteht darin, die **Sicherheit** der Patientin, anderer Personen und des Behandlungsumfelds zu **gewährleisten**. Durch die Begrenzung der Bewegungsfreiheit oder die Kontrolle des Verhaltens sollen unmittelbare Gefahrensituationen wie Selbstverletzung oder gewalttätiges Verhalten verhindert werden.
- Freiheitsentziehende Maßnahmen können eingesetzt werden, um eine **Eskalation** von aggressivem oder gewalttätigem Verhalten zu **verhindern**. Durch die Einschränkung der Handlungsfreiheit und die Beruhigung der Patientin kann eine Gefährdung ihrer selbst oder anderer Personen minimiert werden.
- In einigen Fällen kann die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen dazu beitragen, den psychischen Zustand der Patientin zu stabilisieren. Dies kann durch die Verabreichung von notwendigen Medikamenten oder die Schaffung eines sicheren Umfelds erreicht werden, um eine intensive Behandlung oder Beruhigung zu ermöglichen.
- Weist eine Patientin ein hohes Risiko für Selbstverletzung oder Suizid auf, können freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixierungen oder Isolierungen angewendet werden, um die Möglichkeit von Selbstschädigung oder Selbstmordversuchen zu reduzieren.

Fachpflege Psychiatrische Pflege

Marvin Kaiser (Hrsg.)



1. Auflage 2025.

730 Seiten, 126 farb. Abb., Kartonierte

(D) 59,00, € (A) 60,70

ISBN 9783437251375

Psychiatrische Pflege – So lernen Sie das Wichtigste für ein fundierte Versorgung

Dieses umfassende Fachbuch bietet einen detaillierten Überblick über die wesentlichen Aspekte der psychiatrischen Pflege. Es richtet sich an Pflegende in der Fachweiterbildung sowie an Pflegefachpersonen in der täglichen Praxis aller Versorgungsbereiche der Psychiatrie. Auch für Studiengänge mit psychiatrischem Schwerpunkt ist es bestens geeignet.

In sorgfältig strukturierten Kapiteln werden folgende zentrale Themen behandelt:

- Aufgaben und Konzepte der psychiatrischen Pflege
- Pflege von Erwachsenen mit einer allgemeinpsychiatrischen Erkrankung
- Pflege bei einer Abhängigkeitserkrankung
- Pflege psychisch kranker Straftäter
- Pflege von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen
- Pflege von Menschen mit altersbedingten psychiatrischen Erkrankungen
- Aufsuchende psychiatrische Pflege und gemeindepsychiatrische Hilfe
- Berufliches Lernen und wissenschaftliches Arbeiten

Das Buch liefert die essenziellen Grundlagen für die psychiatrische Pflege und bereitet auf den respektvollen Umgang sowie die kompetente Begleitung von Patientinnen und Patienten vor. Es orientiert sich an den Weiterbildungsverordnungen verschiedener Bundesländer und berücksichtigt bereits die neuen Vorgaben der Pflegekammer in Nordrhein-Westfalen.

Erweitern Sie Ihr Fachwissen und verbessern Sie die Lebensqualität Ihrer Patientinnen und Patienten mit diesem praxisrelevanten Begleiter zur psychiatrischen Pflege!

Stand: März-25. Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
€-Preise gültig in Deutschland inkl. MwSt., ggf. zzgl. Versandkosten.



ELSEVIER