

**Effekte von Trainingsprogrammen zum
Aggressionsmanagement
in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe:
Systematische Literaturübersicht**

März 2005

im Auftrag der
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hamburg

vorgelegt von

Priv.-Doz. Dr. phil. Dirk Richter

PD Dr. Dirk Richter
Westfälische Klinik Münster
Postfach 202 252
48103 Münster
Tel. 0251/591-5175
Fax 0251/591-258
E-Mail: dirk.richter@wkp-lwl.org

Inhaltsverzeichnis

0. Zusammenfassung	3
1. Einleitung.....	4
2. Patientenübergriffe und ihre Folgen	4
3. Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement und ihre Inhalte.....	5
4. Systematische Literaturübersicht – Vorgehen und Studienmerkmale	8
4.1 Fragestellung und Methode	8
4.2 Einschlusskriterien und Literaturrecherche der systematischen Übersicht	9
4.3 Studiendesign und Relevanz der Ergebnisse	10
4.4 Übersicht über die Studien.....	12
5. Details und Ergebnisse der einbezogenen Studien	13
5.1 Randomisierte kontrollierte Studie	13
5.2 Kontrollgruppenstudien – Vorfälle	14
5.3 Kontrollgruppenstudien – Befragungen.....	16
5.4 Vorher-/Nachher-Vergleiche aggressiver Vorfälle.....	18
5.5 Vorher-/Nachher-Befragungen.....	21
5.6 Nachher-Befragungen.....	23
5.7 Sonstige Studien	23
5.8 Zusammengefasste Resultate	23
6. Diskussion	24
7. Schlussfolgerungen	26
7.1 Methodologische Überlegungen	26
7.2 Schlussfolgerungen für die Praxis.....	27
7.3 Schlussfolgerungen für die Forschung.....	32
Literatur	33
Anhang	39

0. Zusammenfassung

Psychiatrische Kliniken, Einrichtungen der Behindertenhilfe und andere Bereiche des Gesundheitswesens werden immer wieder mit der Problematik aggressiver bzw. gewalttätiger Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner konfrontiert. Als zentrale Präventionsmaßnahme zum Schutz der Mitarbeiter und der Patienten/Bewohner haben sich seit einigen Jahren Trainingsmaßnahmen zum Aggressionsmanagement für Mitarbeiter herausgestellt. Diese Maßnahmen werden in vielen Einrichtungen praktiziert. Bislang steht allerdings eine sichere Evaluation derartiger Trainingsprogramme aus.

Diese Literaturübersicht über die Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement hat die verfügbaren publizierten und einige nicht-veröffentlichte Studien gesichtet und systematisch zusammengefasst. Es handelt sich dabei um 48 Studien, die überwiegend aus dem angelsächsischen Raum stammen. Die zugrunde gelegten Arbeiten sind zwischen 1976 und 2004 publiziert worden. Die meisten dieser Arbeiten wurden in psychiatrischen Einrichtungen durchgeführt, eine geringere Anzahl in Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in Alten- und Pflegeheimen.

Die methodologische Qualität der Arbeiten kann als eher niedrig eingestuft werden. Bisher ist lediglich eine randomisierte kontrollierte Studie in diesem Bereich durchgeführt worden. Darüber hinaus wurden Kontrollgruppenstudien sowie Vorher-/Nachher-Studien gefunden. Als Ergebniskriterien wurden zum einen das Wissen und die subjektive Zuversicht der trainierten Mitarbeiter identifiziert, zum anderen handelte es sich im Wesentlichen um die Anzahl von Vorfällen bzw. Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter (Verletzungen, Ausfalltage).

Trotz vielfältiger methodischer Schwierigkeiten sind zwei Tendaussagen möglich. Hinsichtlich der direkten subjektiven Auswirkungen auf die trainierten Mitarbeiter kann festgehalten werden, dass Trainingsprogramme zu mehr Wissen führen und zugleich zu einer verbesserten Zuversicht, aggressive Situationen bewältigen zu können. Dieses Ergebnis kann als relativ gesichert gelten, da es über verschiedene Interventionen, Studiendesigns und Einrichtungssettings hinweg repliziert wurde. Als zweite Tendaussage muss festgehalten werden, dass – wiederum über heterogene Studienanlagen und Settings hinweg – eindeutige Feststellungen bezüglich der Effekte auf die Anzahl aggressiver Vorfälle und ihrer Auswirkungen (u.a. Fehlzeiten der Mitarbeiter und Verletzungen) nicht getroffen werden können. Hinsichtlich des Ergebniskriteriums der Anzahl der Vorfälle muss vermutlich ein Sensibilisierungseffekt der trainierten Mitarbeiter in Rechnung gestellt werden, der dazu führt, dass mehr Vorfälle überhaupt registriert werden und die Vorfallszahlen auf diese Weise nicht als vermindert bekannt werden.

Für die Praxis in den Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Behindertenhilfe wird die Schlussfolgerung gezogen, dass Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement aufgrund der als sicher einzustufenden positiven subjektiven Wirkungen und der vermuteten, aber nicht sicher einstuftbaren positiven Effekte bezüglich der Vorfallszahlen durchgeführt werden sollten. Die Trainingsprogramme sollten spezifische Anteile von Deeskalationstechniken sowie von Maßnahmen zur Abwehr körperlicher Angriffe bzw. zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen enthalten.

1. Einleitung

Gewalt am Arbeitsplatz ist ein vergleichbar junges Thema im Bereich Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dies gilt für die Bundesrepublik Deutschland sowohl über alle Industrie- und Dienstleistungsbranchen hinweg als insbesondere für das Gesundheitswesen und die Behindertenhilfe (Schatte 1999). Auch auf der europäischen Ebene begann man erst vor kurzem mit entsprechenden wissenschaftlichen und politischen Initiativen (Eurogip 2001). Ebenfalls erst in jüngerer Zeit haben sich hierzulande kleinere Tagungen und Publikationen mit dieser Problematik beschäftigt (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2002; Richter 2002), allerdings steht eine systematische Befassung und umfassende wissenschaftliche Untersuchung nach wie vor aus.

Einer der wenigen Bereiche, in dem in Deutschland Forschungsansätze zur Gewalt bzw. zur Gewaltprävention bestehen, ist die klinische Psychiatrie. Dies kann kaum überraschen, da sich die Psychiatrie seit ihren Anfängen mit der Problematik der Aggression und Gewalt konfrontiert sieht. Die Einstellung zur Gewalt psychisch kranker Menschen unterlag gleichwohl unterschiedlichen Bewertungen in der Vergangenheit. Noch bis vor ca. 20 Jahren waren Aggression und Gewalt im Zusammenhang mit psychischen Störungen weitestgehend tabuisiert, vermutlich vor dem Hintergrund der Vernichtung tausender psychisch kranker Menschen während der nationalsozialistischen Herrschaft.

Dass dieses Bild sich gewandelt hat, ist zum Teil sicherlich auf neuere wissenschaftliche Untersuchungen zurückzuführen, die auf der Basis epidemiologischer Methoden zeigen konnten, dass bestimmte Gruppen psychisch Kranker ein vergleichsweise erhöhtes Risiko für Gewalttaten haben (Angermeyer et al. 1998; Angermeyer & Schulze 1998; Arboleda-Flórez et al. 1998). Dies gilt etwa für Patientinnen und Patienten mit einer paranoiden schizophrenen Psychose, bei alkohol- und drogenintoxizierten Menschen und bei bestimmten Formen von Persönlichkeitsstörungen (Steadman et al. 1998).

2. Patientenübergriffe und ihre Folgen

Parallel und gewissermaßen unabhängig von diesen wissenschaftlichen Erkenntnissen wurde der Thematik in praktischer Hinsicht Aufmerksamkeit gewidmet, als seit Mitte der 1990er Jahre in vielen psychiatrischen Einrichtungen diese Thematik zunehmend diskutiert und analysiert wird (Richter 1998). Des Weiteren sind Trainingsprogramme zur Sicherheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eingeführt worden, initiiert und organisiert in der Regel durch die Pflegeberufe. Ähnlich wie mehrere Jahrzehnte zuvor in den Vereinigten Staaten (St. Thomas Psychiatric Hospital 1976) handelte es sich um Programme, die zunächst lediglich körperliche Abwehrtechniken vermittelten (Fuchs 1998).

Die Motivation der Pflegeberufe und ihrer Leitungen hinsichtlich Sicherheit basiert auf dem in vielen Studien gezeigten erhöhten Risiko dieser Profession, von einem gewalttätigen Übergriff betroffen zu sein, dies gilt sowohl international (Whittington 1994) wie auch in Deutschland (Richter 1999; Steinert et al. 1991). Da Pflegekräfte ununterbrochen mit und für chronisch, aber auch akut kranke Patienten arbeiten, haben sie schon aus zeitlichen Gründen eine größere Exposition gegenüber möglichen

aggressiven Akten. Ärztliche und therapeutische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bleiben jedoch nicht von Übergriffen verschont (Schwartz & Park 1999; Steinert et al. 1995). Wie in anderen Branchen auch, ist in psychiatrischen Einrichtungen von einer großen Dunkelziffer der Gewalt auszugehen, die möglicherweise größer als 50 Prozent ist (Stark & Kidd 1995).

Das Unfallrisiko, das Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen tragen, bezieht sich auf Körperschäden und auf die psychische Befindlichkeit. Unfallstatistiken aus diesem Berufskreis weisen typischerweise das folgende Muster für körperliche Folgen auf: überwiegend handelt es sich um ‚kleine‘ Körperschäden, damit sind beispielsweise Prellungen, Schwellungen, Hämatome, Kratz- und Bisswunden oder ausgerissene Haare gemeint. Große Körperschäden wie Bewusstlosigkeit, Knochenbrüche oder große Schnittwunden sind dagegen weniger häufig (Noble & Rodger 1989; Reid et al. 1989; Richter & Berger 2001). Todesfälle sind sehr selten, werden aber vereinzelt berichtet.

Die psychische Befindlichkeit nach einem Übergriff ist bis heute ein nahezu unerforschtes Gebiet. International sind nur eine Handvoll Studien bisher durchgeführt worden, zudem ist die methodologische Qualität nicht besonders hoch (Caldwell 1992; Whittington & Wykes 1992). In der ersten deutschen Studie zu dieser Thematik, die vom Verfasser geleitet wurde, zeigte sich eine deutliche psychische Belastung der Mitarbeiter in einer Höhe von 10-15 Prozent der Betroffenen (Richter & Berger 2000; Richter & Berger 2001). Im Rahmen einer Nachfolgestudie, deren Ergebnisse noch nicht veröffentlicht wurden, ergaben sich bei von schweren Übergriffen betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchaus klinisch relevante posttraumatische Belastungsstörungen.

Ein Teil der Übergriffe führt für die betroffenen Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen zur Arbeitsunfähigkeit. Aus zwei deutschen Studien werden Raten von 5 bis 10 % berichtet. In gleicher Höhe bewegt sich auch der Anteil der Mitarbeiter, der sich in ärztliche Behandlung begeben muss (Richter & Berger 2001; Steinert et al. 1991). Neben dem persönlichen Leid, das mit einem Patientenübergriff verbunden sein kann, wird an dieser Stelle zudem die ökonomische und organisatorische Dimension deutlich, die sicherlich ebenfalls zu Präventionsmaßnahmen motiviert.

Von den Folgeschäden für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgesehen, sind die Konsequenzen für die beteiligten Patientinnen und Patienten zu bedenken. Erfolgreiches Aggressionsmanagement bewahrt auch die Patienten vor dem Erleiden körperlicher Gewalt, wie sie etwa im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen notwendig sind (Haug et al. 1993). Hier ist ebenfalls nicht nur an körperliche Folgen zu denken; Zwangsmaßnahmen können durchaus traumatisierende Auswirkungen annehmen. Schließlich hat ein erfolgreiches Aggressionsmanagement mittel- und langfristig positive Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung zwischen Behandlern und Patienten.

3. Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement und ihre Inhalte

Vor diesem Hintergrund ist der mittlerweile weitverbreitete Einsatz von Trainingsprogrammen in psychiatrischen Einrichtungen und Organisationen der Behindertenhilfe zu verstehen und grundsätzlich als positiver und richtiger Ansatz zu bewerten.

Selbstverständlich haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Einrichtungen ein Recht auf körperliche Sicherheit, Unversehrtheit und psychisches Wohlbefinden. Mit einer gewissen Vorsicht ist jedoch der teilweise unüberlegte Einsatz solcher Trainingsprogramme zu sehen, die gelegentlich ohne weitere konzeptionelle Überlegungen durchgeführt werden. Diese Überlegungen sollten etwa die Frage nach der adäquaten Methode für die entsprechende Zielgruppe von Einrichtungen und Mitarbeitern stellen. Nicht alle Techniken, etwa der verbalen Deeskalation, sind gleichermaßen für gerontopsychiatrische Einrichtungen wie für Kliniken des Maßregelvollzugs geeignet. Die wichtigste Frage ist jedoch, wie sehr das geplante Training auf körperliche Techniken setzt, die möglicherweise Schmerzen oder gar Verletzungen verursachen können. Im Sinne eines therapeutischen Milieus sollten dabei Ansätze zum Einsatz kommen, die primär auf die Prävention von Gewalt ausgerichtet sind, die dann auf Gefahrenabwehr setzen und möglichst schonend für die zu behandelnde oder betreuende Klientel sind.

Zusätzlich ist an Alternativen zu Trainingsprogrammen und begleitende Interventionen zu denken, die für einzelne Bereiche durchaus positive Wirkungen erzielen könnten. Gemeint sind etwa verhaltenstherapeutische Verfahren für Patienten und Bewohner, die chronisch rezidivierende Aggressionen zeigen. Programme wie das ‚Aggression Replacement Training‘ haben sich dabei als relativ erfolgreich erwiesen (Goldstein et al. 2004). Eine solide Prognose von aggressivem bzw. gewalttätigem Verhalten könnte präventive Maßnahmen einleiten. Als relativ vielversprechend hat sich in diesem Zusammenhang die *Bröset Violence Checklist* herausgestellt, die derzeit in mehreren Ländern und therapeutischen Settings getestet wird (Almvik et al. 2000). Generell gilt zudem, dass eine adäquate Pharmakotherapie eine zentrale Voraussetzung zur Prävention von Aggression und Gewalt darstellt.

Die ersten Trainingsprogramme in psychiatrischen Einrichtungen waren, wie schon zuvor beschrieben, Interventionen, die auf die Vermittlung körperlicher Abwehr- und Interventionstechniken zielten. Dabei handelte es sich in der Regel um Adaptionen aus Selbstverteidigungskursen. Erst im Laufe der Zeit wurden diese Programme an die spezifischen Bedürfnisse von psychiatrischen Einrichtungen und Einrichtungen der Behindertenhilfe angepasst. Diese spezifischen Bedürfnisse bestehen im Wesentlichen darin, die körperliche Abwehr mit den in diesen Einrichtungen vorherrschenden therapeutischen Richtlinien kompatibel zu gestalten. In diesem Zusammenhang ist etwa die schon angesprochene Problematik der Schmerzverursachung von besonderer Bedeutung.

Gerade angesichts der therapeutischen Komponente ist die alleinige Anwendung körperlicher Techniken nicht ausreichend. Während körperliche Interventionen auf die Bewältigung von Gewalt zielen, gilt es jedoch in einem ersten Schritt präventiv auf aggressive Patienten oder Klienten einzuwirken und die Eskalation zur körperlichen Gewalt zu verhindern. Die Thematik der Prävention von Aggression und Gewalt durch Maßnahmen zur Deeskalation potenziell gewaltträchtiger Situationen ist leider erst viel später, und zwar seit dem Ende der 1990er Jahre in den psychiatrischen Einrichtungen (zumindest hierzulande) zur Anwendung gekommen. Allerdings kann die Integration von Deeskalation und körperlichen Techniken gegenwärtig als das Standardprogramm bezeichnet werden. Auch viele ehemals rein körperlich orientierte kommerzielle Programme haben zumindest zu einem kleinen Teil Präventionsmaßnahmen in ihre Ausbildung aufgenommen (Morrison & Love 2003).

Die Bedeutung der Kombination von deeskalierenden Maßnahmen und körperlichen Interventionen spiegelt sich auch in den später zu berichtenden Studien wider. Die meisten Untersuchungen evaluieren Programme, die beide Anteile enthalten (siehe unten). Im Übrigen folgt die Kombination auch den zeitlichen und logischen Abläufen einer Gewaltsituation im Gesundheitswesen (Breakwell 1998). In der überwiegenden Zahl der Gewaltsituationen kann von einer Eskalation ausgegangen werden, die etwa anhand von Frühwarnzeichen wie verbaler Aggression, Verringerung der Körperdistanz und ähnlichem identifiziert werden kann. Jedoch kann auch davon ausgegangen werden, dass nicht alle Konflikte deeskaliert werden können. Ein kleiner, aber wegen der Auswirkungen nicht zu vernachlässigender Anteil dieser Situationen ist nur durch die Anwendung von körperlichem Zwang zu bewältigen. Angesichts des hohen Risiko- und Missbrauchspotenzials körperlicher Gewalt sollte dieses intensiv trainiert werden, damit die therapeutischen Intentionen niemals außer Acht geraten können.

Für die vorliegende Fragestellung der Effekte solcher Programme ist es leider höchst unerfreulich, dass in den Publikationen kaum Details über die evaluierten Trainingsprogramme mitgeteilt werden, sondern zumeist auf körperliche Techniken oder Deeskalationstechniken im Allgemeinen verwiesen wird. Dieses Manko gilt insbesondere für den Bereich Deeskalation. Während bei den körperlichen Abwehrtechniken in der Übersichtsliteratur auf die einzelnen Inhalte gelegentlich eingegangen wird, ist dies bei den psychologischen Interventionen nur sehr selten der Fall.

Die Übersichtsliteratur über die üblicherweise in solchen Programmen angewendeten Techniken beschreibt dabei für den Teil der körperliche Abwehr die folgenden Komponenten (Fuchs 1998; Mason & Chandley 1999; Richter et al. 2001; Wesuls et al. 2003; Wright 2003):

- Befreiungstechniken (z.B. aus Umklammerungen)
- Abwehrtechniken (gegen Tritte und Schläge)
- Immobilisationstechniken
- Fixierungstechniken
- Isolierungstechniken
- Haltetechniken (z.B. für Fixierungen oder Injektionen)
- Zwangsmedikation

Hinsichtlich der Deeskalation ist die Charakterisierung der eingesetzten Techniken nicht so leicht vorzunehmen. Bis heute steht eine wissenschaftliche Grundlage für interpersonelle Deeskalationstechniken noch aus. Dies gilt nicht nur für das Aggressionsmanagement im Gesundheitswesen, auch in anderen sozialen Bereichen existieren erst kleine Ansätze hierfür (Eckert & Willems 2002; Linkemer 2000; Omer 2004). Es existieren lediglich kleinere Arbeiten, welche die Techniken relativ grob beschreiben, jedoch keine spezifischen Hinweise auf die Effektivität enthalten (Cowan et al. 2003; Leadbetter & Paterson 1995; Maier 1996; Stevenson 1991). Die meisten Ansätze vermitteln daher eher allgemein gehaltene Schritte wie das aktive Zuhören oder den Verzicht auf Provokationen. Insbesondere bei Kombinationsprogrammen, die aus Trainings für die körperliche Abwehr entwickelt wurden, kann man den Eindruck nicht verhehlen, dass die kommunikativen und deeskalierenden Techniken zur Verhinderung von Gewalt eher randständig behandelt werden und möglicherweise aus Alibi Gründen vermittelt werden (Morrison & Love 2003).

Aus langjähriger Erfahrung im eigenen Haus können Erfahrungen aus dem Stress- und Konfliktmanagement für Polizeibeamte als übertragbar für Einrichtungen im Gesundheitswesen gelten (Hücker 1997). Dieser Ansatz setzt vor allem auf die Sensibilisierung für die eigene Eingebundenheit in aggressive Interaktionen. Darüber hinaus werden verbale Fertigkeiten vermittelt, die im Falle sozialer Konflikte Auswege aus der Eskalationsspirale zur Gewalt bieten sollen. Im angelsächsischen Raum werden diese Techniken als „Talking down“ beschrieben (Leadbetter & Paterson 1995; Maier 1996). Als relativ wichtige, aber nur schwer zu vermittelnde Techniken gelten körper-sprachliche Interventionen, die insbesondere auf Mimik und Gestik abzielen (Richter et al. 2001; Wesuls et al. 2003). Weitere Details sind dem Abschnitt 7.2 (Schlussfolgerungen für die Praxis) unten zu entnehmen.

Leider ist in den nachfolgenden beschriebenen Studien die Charakterisierung der Deeskalationsanteile sehr knapp gehalten, so dass nicht sicher geschlussfolgert werden kann, ob auch nur ansatzweise die gleichen Techniken vermittelt wurden.

4. Systematische Literaturübersicht – Vorgehen und Studienmerkmale

4.1 Fragestellung und Methode

Die mehr oder minder als unsystematisch zu bezeichnende Einführung von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement wirft zweifelsohne die Frage auf, wie effektiv diese Interventionen in Bezug auf die gewünschten Auswirkungen sind. Die im Folgenden durchgeführte systematische Literaturübersicht versucht vor dem Hintergrund bisher veröffentlichter Studien zu dieser Thematik diese Frage zu beantworten. Im Gegensatz zu einzelnen Forschungsprojekten, die sich dieser Problematik widmen, hat die systematische Literaturübersicht den Vorteil, ihre Schlussfolgerungen auf der Basis vielfältiger Projekte, Trainingsprogramme, methodischer Studiendesigns sowie mit den Projekten zusammenhängender Kontexte und Einrichtungstypen (Settings) vorzunehmen. Im Rahmen der evidenzbasierten Medizin gilt daher die systematische Literaturübersicht als eine der präferierten Methoden, um Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Praxis zu beschreiben (Perleth & Antes 1998).

Lediglich die auf statistischer Methodik basierende Meta-Analyse gilt in ihrer Aussagekraft als noch stärker, da sie Effekte von Interventionen über diverse Studien hinweg berechnen kann. So wünschenswert ein solches Vorhaben auch für die vorliegende Fragestellung wäre, so wenig erfüllen die im Nachfolgenden beschriebenen Studien die Anforderungen hierfür. Für eine Meta-Analyse ist es ratsam, dass sowohl die Interventionen als auch die Ergebniskriterien relativ uniform sind. Dies ist aber bei den hier zugrundeliegenden Studien nicht der Fall. Die Trainingsprogramme selbst sind sehr heterogen in ihren Techniken. Gleiches gilt für die Ergebniskriterien, mit denen die Effekte der Programme gemessen werden, diese gleichen sich häufig nicht. Als grobe Kriteriengruppen können die folgenden Stichworte gelten:

- Wissen (über Aggression/Gewalt und Aggressionsmanagement)
- Zuversicht (subjektive Sicherheit im Hinblick auf die Bewältigungsmöglichkeiten)
- Vorfälle (Anzahl)
- Verletzungen (Anzahl der Mitarbeiter-Verletzungen)
- Ausfalltage (Fehlzeiten der Mitarbeiter)

- Zwangsmaßnahmen (angewendete Maßnahmen wie Fixierungen, Isolierungen oder Medikation gegen den Willen des Patienten)
- Fertigkeiten (in der Regel von Fremdbeobachtern eingeschätzte Fähigkeiten der trainierten Personen)
- Anderes (z.B. Zufriedenheit mit Training, Relevanz der Maßnahme für die berufliche Tätigkeit).

Es muss leider festgestellt werden, dass diese Kriteriengruppen höchst unterschiedlich zur Anwendung kommen, was die Vereinheitlichung der Resultate sehr schwierig macht. Darüber hinaus entsprechen die Untersuchungen mit Ausnahme einer Untersuchung nicht dem ‚Gold-Standard‘ der randomisierten kontrollierten Studie und weisen daher möglicherweise unüberprüfbare Verzerrungen hinsichtlich der jeweils einbezogenen Studienpopulation auf.

4.2 Einschlusskriterien und Literaturrecherche der systematischen Übersicht

In diese Literaturübersicht wurden sämtliche verfügbaren Studien aufgenommen, die quantitative Daten über die Evaluation von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement berichten. Dieses Kriterium erscheint banal, ist aber angesichts der Literaturlage zu begründen. Zum einen existieren qualitative Studien, die teilnehmende Beobachtungen oder narrative Interviews liefern, diese wurden jedoch wegen der hohen Interpretationsbedürftigkeit der Daten nicht berücksichtigt. Zum anderen ist zur Zeit in Großbritannien eine ähnliche Literaturübersicht in Arbeit, die allerdings keine Pilotstudien berücksichtigt (NICE 2004). Da es an Studien mit zufriedenstellendem methodischen Design in diesem Bereich ohnehin mangelt, reduziert sich die Datenbasis durch eine solche Entscheidung weiter. Der Publikationszeitraum der eingeschlossenen Studien erstreckte sich von 1976 bis 2004. Vor 1976 wurden keine relevanten Untersuchungen gefunden.

Um eine möglichst breite Datenbasis zu erreichen, sind in diese Übersicht auch Studien aus nicht-psychiatrischen Bereichen aufgenommen worden. Dabei handelt es sich überwiegend um Untersuchungen aus der Arbeit mit geistig und mehrfach behinderten Menschen und aus Pflegeheimen. Die grundsätzlichen Bedingungen dieses Arbeitsbereiches gleichen denen der Psychiatrie. Hinzu kommt, dass die Trennung zwischen Psychiatrie, Behindertenhilfe und zum Teil auch Pflegeheimen mit demenziell erkrankten Bewohnern zumindest in Deutschland erst vor wenigen Jahren geschah. Auch befinden sich diese Einrichtungstypen noch häufig in gemeinsamer Trägerschaft, beispielsweise der Landschaftsverbände in Nordrhein-Westfalen.

Des Weiteren sind drei Studien in der nachfolgenden Analyse enthalten, bei denen die Trainingsprogramme im Rahmen der Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger durchgeführt wurden. Darüber hinaus ist eine Untersuchung mit einbezogen worden, die ein Aggressionsmanagementtraining in der Notaufnahme einer somatischen Klinik untersuchte (Fernandes et al. 2002). Hier haben es die Mitarbeiter oftmals ebenfalls mit Menschen zu tun, die schwierige Verhaltensweisen zeigen oder mit der Behandlung nicht einverstanden sind, was zu häufigen aggressiven Vorfällen führen kann. Nicht selten gehen solche Verhaltensweisen mit Intoxikationen durch Alkohol und anderen Drogen einher.

Üblicherweise werden die Studien für systematische Literaturübersichten in einschlägigen Literaturdatenbanken recherchiert. Dies ist auch in diesem Falle geschehen, und zwar in den Datenbanken PubMed (früher Medline) der US-amerikanischen Nationalbibliothek für Medizin (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Entrez/index.html>), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Sciences Literature*), einer Quelle für vorwiegend pflegerische und pflegewissenschaftliche Literatur (<http://www.cinahl.com>) sowie in der eher psychologisch orientierten Datenbank PsychInfo (<http://www.apa.org/psycinfo>), die von der Amerikanischen Psychologischen Vereinigung betrieben wird.

Wie bei früheren Versuchen systematischer Literaturübersichten in diesem Bereich (Allen 2001), musste hier ebenfalls die Erfahrung gemacht werden, dass die Datenbanken relativ unergiebig sind. Der größte Teil der hier zugrundegelegten Studien ist über die sog. Handsuche in Literaturverzeichnissen veröffentlichter Artikel identifiziert worden. Zusätzlich wurde auf Literaturverzeichnisse ähnlicher Berichte wie der hier vorliegende zurückgegriffen. Diese stammen sämtlich aus Großbritannien. Es handelt sich dabei um einen Report für das UKCC (*United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting*) (UKCC 2001), einer Art Aufsichtsbehörde für den Pflegedienst, dann um einen Bericht des Britischen Instituts für Intelligenzmindering (*British Institute for Learning Disabilities*, BILD) (Allen 2001), sowie einer Leitlinie des britischen Nationalinstituts für klinische Qualität (*National Institute for Clinical Excellence*, NICE), die zum Abfassungszeitpunkt in Vorbereitung ist (NICE 2004). Darüber hinaus sind diverse kollegiale Kontakte innerhalb der *European Violence in Psychiatry Research Group* genutzt worden, einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die sich mit der Thematik der Gewalt im psychiatrischen Kontext befasst.

Für den deutschsprachigen Raum ist bisher keine systematische Literaturübersicht vorgenommen worden, die dem Verfasser bekannt wurde (für eine erste, allerdings nicht umfassende Übersicht siehe Richter 2004). Dies ist umso bedauerlicher, als der Bedarf nach einer Einschätzung der Effektivität von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement relativ groß ist, da zunehmend mehr Einrichtungen in diese Programme finanziell investieren.

4.3 Studiendesign und Relevanz der Ergebnisse

Die Relevanz der Ergebnisse der Studien für die praktischen Empfehlungen hängt entscheidend vom Aufbau der jeweiligen Untersuchung ab. Im Rahmen der evidenzbasierten Forschung hat sich in den vergangenen Jahren ein teils impliziter, teils expliziter Konsens unter empirisch arbeitenden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern herausgebildet (Perleth & Antes 1998), der allerdings auch nicht unumstritten ist. Je rigoroser die methodischen Richtlinien für derartige Studien eingehalten werden, desto relevanter sind die Resultate für die Praxis. Als ‚Goldstandard‘ für die biomedizinische Forschung gilt dabei die randomisierte kontrollierte Studie (RCT; *randomised controlled trial*). Innerhalb eines RCTs werden Probanden nach einem Zufallsprinzip zwei oder mehr experimentellen Bedingungen unterworfen. Das Zufallsprinzip soll verhindern, dass bestimmte Personen aus bestimmten Gründen in den einen oder anderen Arm der Untersuchung aufgenommen werden. Ziel ist die Vermeidung von systematischen Verzerrungen (*Bias*).

In der Forschungspraxis werden RCTs in der Regel in der pharmakologischen Forschung sowie in finanziell sehr gut ausgestatteten Studien angewendet. Der Forschungsgegenstand dieser Übersicht kann beide Eigenschaften nicht aufweisen. Es handelt sich um eine soziale Intervention sowie um zumeist geringe Forschungsmittel, die für die Evaluation aufgewendet werden. Gleichwohl stehen die Ergebnisse einer ersten RCT-Studie über Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement kurz vor der Veröffentlichung und wurden dem Verfasser dankenswerterweise von den Autoren zur Verfügung gestellt (Needham et al. 2004a). Darüber hinaus müssen bei den nachfolgend vorgestellten Studien methodische Merkmale insofern berücksichtigt werden, als auch unterhalb des RCT nochmals von einer Hierarchie der Studiendesigns ausgegangen werden kann. So werden in der Evaluation von Programmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen Kontrollgruppenbedingungen höher bewertet als Vorher-/Nachher-Untersuchungen ohne Kontrollgruppe (Robson et al. 2001). Bei Vorher-/Nachher-Untersuchungen ohne Kontrollgruppe kann nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, dass die gemessenen Veränderungen durch andere Faktoren als das zu untersuchende Trainingsprogramm veranlasst wurden.

Neben unterschiedlichen Studiendesigns zeichnen sich die Untersuchungen in dieser Arbeit durch zwei Ergebnisbereiche aus, wie oben schon beschrieben wurde. Zum einen handelt es sich um den Versuch, aggressive Vorfälle zu registrieren und zu vergleichen und zum anderen werden Befragungen bei trainierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt. Für die alltägliche Arbeit in der Psychiatrie und in der Behindertenhilfe haben Aussagen zu Vorfällen naturgemäß einen höheren Stellenwert als Aussagen zu subjektiven Einschätzungen der Befragten, daher rangieren Vorfalls-Studien höher als Befragungen.

In dieser Arbeit werden daher folgende methodologisch unterschiedlich zu behandelnde Gruppen von Studien festgelegt:

- randomisierte kontrollierte Studie (RCT)
- Kontrollgruppen-Vergleich Vorfälle,
- Kontrollgruppen-Vergleich Befragungen,
- Vorher/Nachher-Vergleich Vorfälle,
- Vorher/Nachher-Vergleich Befragungen,
- einmalige Befragung nach dem Training,
- sonstige Studien.

Innerhalb dieser Gruppen wird dann jeweils nach Deeskalationstrainings, Trainings von Abwehrtechniken und Kombinationstrainings unterschieden, um die Übersichtlichkeit wahren zu können und um Effekte möglicher Teilinterventionen beurteilen zu können. Die Ziele von Deeskalationstrainings und Abwehrtechniktrainings sind, wie oben beschrieben, nicht gleich. Allerdings schließen sich ‚positive‘ Nebenfolgen nicht aus, so gibt es etwa empirische Hinweise darauf, dass die Beherrschung physischer Techniken die Selbstsicherheit in einer Weise fördert, die insgesamt zur Vermeidung gefährlicher Situationen beitragen kann (Philips & Rudestam 1995; Poster 1996).

Trotz der bei einzelnen Studien vergleichbaren Studienmethodik und des Trainingstyps (Deeskalation, Abwehrtechniken, Kombinationen) ist eine Vergleichbarkeit im strengen Sinne vielfach nicht möglich. Die Studien stammen aus verschiedenen Settings mit unterschiedlichen Patientengruppen (z.B. Akutpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, forensische Psychiatrie, Behindertenhilfe), die Trainingsprogramme haben ihre

inhaltlichen Schwerpunkte teilweise sehr unterschiedlich angelegt, die Dauer der Trainings ist nicht standardisiert und auch die Beobachtungszeiträume für die Messung der Veränderungen sind nicht gleich, sondern reichen etwa von einer Woche bis hin zu mehreren Jahren.

Erschwerend kommt hinzu, dass in vielen Artikeln auf Details der Trainings und der Evaluation verzichtet wird, dies gilt insbesondere für Inhalt, Umfang und Dauer der Maßnahmen. Aber selbst die eigentlich notwendige Angabe zur Größe der trainierten oder befragten Gruppe der Mitarbeiter ist mitunter nicht erhältlich. Ein weiterer Schwachpunkt dieser Literatur ist die Tatsache, dass die Evaluation zumeist nicht von unabhängiger Stelle durchgeführt wurde, sondern von den Personen, welche die Trainings angeboten bzw. durchgeführt haben. In diesem Zusammenhang ist zu erwarten, dass Evaluationen mit einem nicht-positiven Ergebnis dann auch nicht veröffentlicht werden. Innerhalb der evidenzbasierten Medizin wird dieser Umstand als Publikations-Bias beschrieben.

4.4 Übersicht über die Studien

Die überwiegende Zahl der Studien ist in englischer Sprache erschienen, gleichwohl sind auch eine Studie in niederländischer Sprache und mehrere deutschsprachige Studien einbezogen worden, von letzteren stammen die meisten aus der Schweiz, nur eine aus Deutschland selbst. Wie in der internationalen Forschung üblich, führen die Vereinigten Staaten und Großbritannien die Häufigkeitsliste der Herkunftsländer der Untersuchungen an. Die nachfolgende Tabelle 1 enthält die Anzahl der Studien nach dem Herkunftsland

Land	Anzahl
Australien	3
Deutschland	1
Großbritannien	13
Kanada	4
Niederlande	2
Schweden	1
Schweiz	4
Vereinigte Staaten	20
Gesamt	48

Tabelle 1: Anzahl der Studien nach Herkunftsland

Eine Übersicht über die unterschiedlichen Studienkonzeptionen und die untersuchten Ergebniskriterien liefert die nachfolgende Tabelle 2. Hierbei zeigt sich eindeutig, dass von den Trainingsprogrammen die Kombination von Abwehrtechniken und Deeskalation überwiegt. Hinsichtlich der Ergebniskriterien ist die Auswirkung auf die Anzahl von Gewaltvorfällen am häufigsten analysiert worden. Es folgen die Befragungen zu Wissen über Aggressionsmanagement sowie zur subjektiven Zuversicht, aggressive Situationen bewältigen zu können.

Intervention/ Outcome	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmaßnahmen	Fertigkeiten
Abwehrtechniken	-	2	3	2	1	1	1
Deeskalation	3	1	7	1	-	1	-
Kombinationsprogramm	10	13	16	4	3	3	2
Sonstiges	-	1	3	-	-	-	-
Gesamt	13	17	29	7	4	5	3

Tabelle 2: Ergebniskriterien der Studien nach Typ des Trainingsprogramms

Die überwiegende Anzahl der Untersuchungen fand in psychiatrischen Kliniken statt. Weitere, allerdings deutlich weniger vorhandene Settings der Studien waren Einrichtungen für Menschen mit Intelligenzminderungen (geistig behinderte Menschen) und Pflegeheime. Allerdings ging aus der Literatur nicht in jedem Fall hervor, ob es sich ausschließlich um Pflegeheime für ältere Menschen handelte. Einige Studien wurden auch im Rahmen der Ausbildung zur Krankenschwester/-pfleger durchgeführt. Unter den sonstigen Settings finden sich Untersuchungen von ambulanten Case Managern, in einer Notaufnahme einer somatischen Klinik oder in einer Schule für intelligenzgeminderte Kinder. Tabelle 3 führt die Settings übersichtsartig auf.

Setting	Anzahl
psychiatrische Kliniken	30
Einrichtungen für Menschen mit Intelligenzminderungen	6
Pflegeheime	4
Pflegeausbildung	3
Sonstiges	5
Gesamt	48

Tabelle 3: Anzahl der Studien nach Setting

5. Details und Ergebnisse der einbezogenen Studien

Nachfolgend werden die Charakteristika sowie die Ergebnisse der in die Literaturübersicht einbezogenen Studien kurz beschrieben. Die Unterteilung der Studien folgt den oben beschriebenen Kriterien nach Studiendesign und Art des Trainingsprogramms. Für eine leichtere Übersicht über die Untersuchungen wird auf den tabellarischen Anhang verwiesen.

5.1 Randomisierte kontrollierte Studie

5.1.1 Kombinationsprogramm

Die weltweit erste durchgeführte randomisierte kontrollierte Studie (RCT) über die Effekte eines Aggressionsmanagementtrainings haben Needham und Mitarbeiter in der Schweiz durchgeführt (Needham et al. 2004a). Der Zufallsauswahl der Interven-

tion unterlagen hier – anders als in üblichen RCT-Designs – jedoch nicht Personen, sondern Stationen. Eine individuelle Randomisierung wäre bei einem Trainingsprogramm wenig sinnvoll, da eine derartige Intervention nur dann wirken kann, wenn möglichst alle Mitarbeiter einer Station gemeinsam geschult werden. Nachteil einer Stationsrandomisierung ist die relativ kleine Anzahl der zufällig ausgewählten Einheiten, wodurch mögliche Unterschiede in den Stationscharakteristika nicht ausgeglichen werden können, wie dies bei einer großen Zahl zu erwarten ist. In der Untersuchung von Needham und Kollegen wurden drei Stationen gegen drei andere getestet, die Intervention war ein mehrtägiges Kombinationstraining aus Deeskalation und Abwehrtechniken. Der zeitliche Ablauf der Studie sah vor, dass drei Monate vor der Intervention die Vorfälle mittels einer Gewaltskala (SOAS-R) gemessen wurden, nach dem Training eine vierwöchige Pause erfolgte, um dann anschließend wieder drei Monate lang zu messen. Da die Anzahl der aggressiven Vorfälle auch zufallsbedingt sehr schwankte, musste eine umfangreiche statistische Adjustierung vorgenommen werden. Im Ergebnis zeigte sich, dass in der Interventionsgruppe die schweren Vorfälle signifikant abnahmen, nicht jedoch die Gesamtzahl aller aggressiven Handlungen, worunter auch verbale Aggressionen gezählt wurden. Ebenfalls signifikant war der Effekt der Intervention auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, die bekanntlich Hochrisikosituationen für die Mitarbeiter darstellen.

5.2 Kontrollgruppenstudien – Vorfälle

5.2.1 Deeskalationsprogramme

In einer niederländischen psychiatrischen Einrichtung verglichen Nijman et al. eine Station, die ein Deeskalationsprogramm erhalten hatte mit zwei untrainierten Stationen (Nijman et al. 1997). Basis der Erhebung waren Daten, die mit der Staff Observation Aggression Scale (SOAS) erhoben wurde. In den drei Monaten nach der Intervention gingen die SOAS-Scores auf allen drei Stationen gleichermaßen zurück, es gab keinen Unterschied zwischen der Experimentalstation und den Kontrollstationen. Die Autoren führen als einen möglichen Grund für die beschriebene Entwicklung die Einführung der SOAS-Skala an, die eventuell entscheidender war als das Trainingsprogramm.

Ein reines eintägiges Deeskalationstraining wurde von Whittington und Wykes (Whittington & Wykes 1996) evaluiert. 47 Mitarbeiter einer britischen psychiatrischen Klinik wurden trainiert und als Kontrollgruppe fungierten 105 untrainierte Kollegen. Problematisch an der Evaluation war die Tatsache, dass nicht komplette Stationen trainiert wurden, sondern jeweils einzelne Mitarbeiter verschiedener Stationen. Auf der Personen-Basis zeigte sich, dass sowohl bei den trainierten Kollegen als auch in der Kontrollgruppe die Vorfälle zurückgingen. Allerdings ergab sich ein Unterschied zwischen den Stationen, auf denen überwiegend trainierte Mitarbeiter arbeiteten und den Stationen mit einer geringeren Anzahl. Hier erwiesen sich die mehr trainierten Stationen als deutlich überlegen hinsichtlich der Anzahl der Vorfälle. Whittington und Wykes setzten bei dieser Studie eine veränderte Strategie zur Erfassung der Vorfälle ein. Anstatt des üblichen Berichtswesens, das bekanntlich unter einem Underreporting leidet, riefen sie die beteiligten Stationen wöchentlich an, um sich die neuesten Entwicklungen durchgeben zu lassen.

Ein Programm, das im Wesentlichen auf die kommunikativen Fertigkeiten der Mitarbeiter abzielte, untersuchten Smoot und Gonzales in einer amerikanischen psychiatrischen Klinik (Smooth & Gonzales 1995). Nach einem viertägigen Training beteiligten sich 35 Mitarbeiter an der Studie, die auf einer Station arbeiteten, die als Experimentalgruppe fungierte. Gegenüber einer Kontrollstation mit 37 Mitarbeitern zeigte sich, dass die Zwangsmaßnahmen gegen Patienten rückläufig waren, die Vorfälle (bei allerdings niedrigem Ausgangsniveau) jedoch auf beiden Stationen zurückgingen.

5.2.2 Abwehrtechniken

Grube benutzt ein etwas ungewöhnliches Verfahren, in dem er in einer deutschen Klinik retrospektiv die Angriffe auf Mitarbeiter über drei Jahre daraufhin geprüft hat, ob die Betroffenen an einem Selbstschutztraining teilgenommen haben und wie die Bewältigung des Übergriffs geschehen ist (Grube 2001). Trotz einer nur kleinen Zahl von Übergriffen zeigte sich, dass die trainierten Mitarbeiter sich signifikant häufiger schützen konnten als die nicht-trainierten Kollegen.

5.2.3. Kombinationsprogramme

Mit einem Kontrollgruppenvergleich analysierte Ore die Effekte eines standardisierten Trainingsprogramms zum Aggressionsmanagement (PART), das sowohl Deeskalations- als auch Abwehrtechniken vermittelt (Ore 2002). Zielgruppe waren Mitarbeiter aus verschiedenen australischen Behinderteneinrichtungen. Mittels eines Matching-Verfahrens wurden 358 trainierte Mitarbeiter mit einer gleichen Anzahl untrainierter Kollegen verglichen, die den Angehörigen der Trainingsgruppe hinsichtlich Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Berufsausübung gleich. Im Routineberichtswesen der Einrichtungen wiesen die Trainierten innerhalb von 12 Monaten nach dem Training erheblich mehr Vorfälle auf als die Nicht-Trainierten. Ebenfalls wiesen die trainierten Mitarbeiter deutlich mehr Fehltage und doppelt hohe Beträge für Kompensationszahlungen auf. Ein möglicher Grund für den erheblichen Unterschied zwischen den Gruppen ist nach Ansicht des Autors das Meldeverhalten.

In einer niederländischen Kontrollgruppenstudie untersuchten van Rixtel et al. ein kombiniertes Aggressionsmanagementtraining in einem psychiatrischen Krankenhaus (van Rixtel et al. 1997). Hier wurde ein Plus an Selbstvertrauen für die trainierte Gruppe festgestellt, die ebenfalls wieder benutzte SOAS-Skala allerdings zeigte für beide Gruppen wiederum einen gleich starken Rückgang.

Eine frühe Evaluation eines kombinierten Trainings aus körperlicher Abwehr und Deeskalation berichten Infantino und Musingo aus den Vereinigten Staaten (Infantino & Musingo 1985). 31 trainierte Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik wurden bis zu zwei Jahre nach dem Training mit 65 untrainierten Mitarbeitern hinsichtlich der Übergriffsanzahl verglichen. Während von den trainierten Mitarbeiter nur einer einen entsprechenden Vorfall berichtete, war dies bei den untrainierten Kollegen 24 mal der Fall.

Eine etwas andere Studienfrage untersuchten Carmel und Hunter in einer psychiatrischen US-Klinik (Carmel & Hunter 1990). Nach einem standardisierten Kombinationstraining zum Aggressionsmanagement wurden zwei Gruppen von Stationen identifiziert, eine Gruppe mit 60 und mehr Prozent trainierter Mitarbeiter und eine zweite

mit weniger als 60 Prozent. Im Folgejahr nach dem Programm hatten die besser trainierten Stationen deutlich geringere Vorfälle und Verletzungen der Mitarbeiter.

Rice und Mitarbeiter untersuchten mit einem Kontrollgruppendesign die Effekte eines kombinierten Deeskalations- und Abwehrtechniktrainings in einer kanadischen forensischen Klinik (Rice et al. 1985). In den 30 Tagen nach der Intervention gingen die Vorfälle auf den Experimentalstationen kurzfristig zurück, um anschließend und parallel zu den Kontrollstationen wieder anzusteigen. Die Mitarbeiter-Verletzungen veränderten sich nach der Intervention kaum. Allerdings waren nicht alle Mitarbeiter auf den Experimentalstationen trainiert worden, und auch der Patientenmix hat sich möglicherweise nach der Intervention verändert. Zusätzlich zu diesen Berichtsdaten wurden die Mitarbeiter hinsichtlich der Effekte befragt (s.u.).

In zwei amerikanischen Pflegeheimen mit überwiegend demenziell erkrankten Bewohnern überprüften Fitzwater und Gates die Auswirkungen einer vierstündigen Intervention eines kombinierten Aggressionsmanagementtrainings (Fitzwater & Gates 2002). Während in dem Interventionsheim die Übergriffsrate in den 10 Tagen anschließend deutlich zurückging, war dies beim Vergleichsheim nicht der Fall. Allerdings hatte das Vergleichsheim auch schon vor der Intervention sehr niedrige Übergriffsraten, so dass es nicht unbedingt als Kontrolle für die Intervention taugte.

5.3 Kontrollgruppenstudien – Befragungen

5.3.1 Deeskalationstraining vs. kombiniertes Aggressionsmanagement

Zwei unterschiedliche Interventionsgruppen und eine Kontrollgruppe mit jeweils 8 Teilnehmern untersuchten Phillips und Rudestam in einer amerikanischen Klinik (Phillips & Rudestam 1995). Die beiden Experimentalgruppen unterschieden sich dadurch, dass eine Gruppe nur ein Rollenspiel zum Umgang mit aggressivem Verhalten einübte, während die zweite Gruppe ein zusätzliches gewaltarmes Selbstverteidigungsprogramm absolvierte. Die Kontrollgruppe erhielt keinerlei Intervention. Nach den Interventionen wurden von den Befragten Selbstbewertungen auf standardisierten Instrumenten abgegeben und sie wurden zusätzlich in einem Test-Rollenspiel gefilmt, mit dessen Hilfe unabhängige und für die Bedingungen blinde Rater ihre Kompetenzen und ihr Verhalten bewerten sollten. Im Ergebnis zeigte sich, dass die Gruppe mit Rollenspiel und Selbstverteidigung den beiden anderen Gruppen in den meisten Skalen überlegen war. Die physische Kompetenz wurde im Fremdrating besser bewertet, aber auch bei Angst und Aggressivität der Mitarbeiter fühlten sie sich selbst besser als die Kollegen in den beiden anderen Gruppen. Dieses Resultat ist insofern bemerkenswert, als es zeigt, dass Selbstverteidigungskompetenzen nicht zu vermehrter Aggressivität führen, sondern wahrscheinlich im Gegenteil zu mehr subjektiver Sicherheit. Diese Sicherheit kann dann auch besser im souveränerem Verhalten vor der Eskalation zur Gewalt eingesetzt werden.

5.3.2 Abwehrtechniken

Aus Australien berichten McGowan et al. von einem Vergleich zweier psychiatrischer Kliniken bezüglich des Effekts eines eintägigen Trainingsprogramms zur sicheren Handhabung von Zwangsmaßnahmen, die in der Regel auch Abwehrtechniken beinhalten (McGowan et al. 1999). Von den 70 befragten Mitarbeitern wiesen diejenigen

mit erfahrenerem Training bei allen Fragen signifikant positivere Werte bezüglich der Zuversicht auf, aggressive Situationen zu bewältigen. Bei den vormals untrainierten Mitarbeitern konnten die gleichen Tendenzen nach dem Training ebenfalls festgestellt werden.

5.3.3 Kombinationsprogramme

Mit einem Kontrollgruppenvergleich untersuchten Hurlebaus und Link (Hurlebaus & Link 1997) die Auswirkungen eines kombinierten Deeskalations- und Abwehrtechniktrainings auf 23 amerikanische Pflegekräfte. Das spezifisch notwendige Wissen konnte in der Interventionsgruppe erhöht werden. Allerdings unterschieden sich die Interventions- und Kontrollgruppe nach dem Training nicht hinsichtlich des Sicherheitsgefühls und der Zuversicht, schwierige Situationen zu bewältigen.

Allen und Tynen verglichen zufällig ausgewählte Mitarbeiter britischer Behinderteneinrichtungen hinsichtlich des Erfolgs eines kombinierten Aggressionsmanagementprogramms (Allen & Tynan 2000). Hierbei zeigten sich die trainierten Mitarbeiter den untrainierten signifikant überlegen bezüglich der Wissensanteile zum Aggressionsmanagement als auch bezüglich der Zuversicht, Aggressionen bewältigen zu können.

In Ergänzung zu den oben berichteten Ergebnissen zu den aggressiven Vorfällen in der Studie von Rice et al. (Rice et al. 1985) wurden dort auch Befragungen der Mitarbeiter durchgeführt. Die trainierten Mitarbeiter waren den untrainierten deutlich überlegen hinsichtlich des Wissens über die Bewältigung aggressiver Vorfälle. Die Zuversicht, diese Situationen adäquat in den Griff zu bekommen, war allerdings nicht bei allen Mitarbeitern gleichermaßen gestiegen. Lediglich in den Hochsicherheitstationen der untersuchten forensischen Klinik zeigte sich dies im erwünschten Maße.

Thackrey entwickelte ein Befragungsinstrument, das auch in anderen Kliniken eingesetzt wurde, um die Zuversicht der Konfliktbewältigung nach einem Training messen zu können (Thackrey 1987). Dieses Instrument wurde erstmalig in mehreren amerikanischen psychiatrischen Einrichtungen Mitte der 1980er Jahre nach einem eintägigen Kombinationstraining eingesetzt. Im Vergleich mit einer untrainierten Kontrollgruppe zeigten die trainierten Mitarbeiter noch 18 Monate später deutlich mehr Selbstvertrauen und Sicherheit für die Bewältigung dieser Vorfälle.

In einer schweizerischen Untersuchung befragte Zeller 117 Pflegeschülerinnen und –schüler in einem Kontrollgruppenvergleich (Zeller 2003). Die trainierte Gruppe zeigte dabei einen signifikanten Zuwachs hinsichtlich der Selbsteinschätzung, schwierige Situationen bewältigen zu können. Dieser Zuwachs konnte auch bei der Nachbefragung drei Monate nach dem Training noch gehalten werden.

In einer weiteren schweizerischen Untersuchung analysierte Hahn die Auswirkungen eines Kombinationstrainings auf die Einstellung gegenüber Ursachen von Aggressionen psychiatrischer Patientinnen und Patienten (Hahn 2003). Insbesondere wurde die Frage untersucht, ob die Patienten als Hauptverursacher angesehen wurden oder ob dies der sozialen Umwelt der Patienten zugeschrieben wird. Als Ursachenbündel wurden Internale Faktoren (patientenbezogene Eigenschaften), Externale Faktoren (Einwirkungen der Umwelt) und situative bzw. interaktive Faktoren als ent-

scheidend beschrieben. Für das Situativ/Interaktive Modell wird unterstellt, es sei das adäquate Modell eines zeitgemäßen Aggressionsmanagement in psychiatrischen Einrichtungen. Mit einem Vorher/Nachher-Kontrollgruppenvergleich von 63 berufserfahrenen Pflegekräften zeigte sich jedoch keine signifikante Veränderung hinsichtlich der Einstellung gegenüber den Aggressionsursachen.

5.4 Vorher-/Nachher-Vergleiche aggressiver Vorfälle

5.4.1 Deeskalationstraining

In einer amerikanischen Studie evaluierte Wilkinson ein Deeskalationstraining für 32 gerontopsychiatrische Pflegekräfte (Wilkinson 1999). Obwohl das Berichtswesen insgesamt einen Rückgang leichter Verletzungen der Pflegenden aufwies, stieg die Anzahl der überhaupt gemeldeten Vorfälle nach dem Training erheblich an, um knapp 100 Prozent. Die Autorin führt dies auf ein verändertes Meldeverhalten der trainierten Mitarbeiter zurück.

Colenda und Hamer (Colenda & Hamer 1991) evaluierten ein Trainingsprogramm in einer amerikanischen gerontopsychiatrischen Klinik. Das Programm bestand aus zwei Teilen: Verhaltensmodifikation durch Deeskalation und der ‚Anbindung‘ sich allein fühlender Demenzpatienten sowie im zweiten Teil durch eine systematisch verbesserte Pharmakotherapie für die betreuenden Ärzte. Es zeigte sich, dass die Gesamtanzahl aggressiver Vorfälle zurückging, während aber gleichzeitig die verbalen Aggressionen der Patienten häufiger registriert wurden. Die Ursachen für diese Entwicklungen können den Autoren zufolge nicht eindeutig benannt werden, Zufall und verändertes Reporting können genauso wenig ausgeschlossen werden wie tatsächlich positive Effekte.

In einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim in den USA evaluierten Hoeffler et al. (Hoeffler et al. 1997) ein Aggressionsreduktionsprogramm bei älteren Menschen während der Körperpflege, insbesondere während des Vollbades. Die Intervention bestand im wesentlichen in einer Konsultation einer Expertin während der Körperpflege und der Aufstellung eines individualisierten Pflegeplans. Im Effekt kam diese Intervention einer Deeskalation gleich, obwohl keine entsprechenden expliziten Techniken trainiert wurden. Das Hauptaugenmerk wurde auf die psychosoziale Betreuung und auf verbale Interventionen gelegt. Im Vorher-/Nachher-Vergleich zeigte sich ein signifikanter Rückgang aggressiver Verhaltensweisen der Bewohner auf zwei Aggressionsskalen.

Ein ebenfalls speziell auf die Körperpflege und damit verbundener Aggressionen in einer US-amerikanischen gerontopsychiatrischen Klinik durchgeführtes Deeskalationsprogramm haben Maxfield et al. evaluiert (Maxfield et al. 1996). Im Vergleich der Monate vor und nach der Intervention zeigte sich ein Rückgang aggressiver Vorfälle um 50 Prozent.

In einer kanadischen Klinik untersuchten Fernandes et al. die Effekte eines Deeskalationstrainings für 242 Mitarbeiter einer großen Notaufnahme-Abteilung eines somatischen Krankenhauses (Fernandes et al. 2002). Nachdem drei Monate nach dem Training die körperlichen Gewaltvorfälle um mehr als 50 Prozent zurückgingen, stie-

gen sie anschließend wiederum drei Monate später auf das frühere Niveau an. Allerdings fühlten sich die Mitarbeiter insgesamt sicherer in ihrer Arbeitsstätte.

In einer gerontopsychiatrischen Station einer Klinik in London evaluierten Shah und De (Shah & De 1998) die Auswirkungen eines eher theoretisch ausgerichteten Programms zur Wissensvermittlung über Aggressivität bei gerontopsychiatrischen Patienten. Auf einer Skala zur Aggressivität der Patienten (RAGE) und mit der schon verschiedentlich erwähnten SOAS-Skala wurden 18 Wochen hinweg deutliche Verbesserungen registriert.

5.4.2 Abwehrtechniken

Das erste in der Literatur beschriebene und evaluierte Trainingsprogramm stammt aus dem St. Thomas Psychiatric Hospital, St. Thomas, Ontario, Kanada aus dem Jahr 1976 (St. Thomas Psychiatric Hospital 1976). Die dort trainierten Abwehrtechniken führten zu einem Rückgang der aggressiven Vorfälle, der Arbeitsunfälle der Mitarbeiter und der patientenbedingten Ausfalltage der Mitarbeiter, letztere reduzierten sich um mehr als 30 Prozent innerhalb eines Jahres.

Ein primär auf körperliche Abwehrtechniken und sichere Techniken zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen fokussiertes Training wurde von Forster et al. in den Vereinigten Staaten in einer psychiatrischen Klinik untersucht (Forster et al. 1999). Ziel dieses Programms war die Reduktion von Zwangsmaßnahmen (Fixierungen/Isolierungen) gegen Patienten. Da mit Zwangsmaßnahmen immer zugleich Gefährdungssituationen für Mitarbeiter entstehen, kann die Erreichung dieses Ziels sich positiv auf die Sicherheit der Mitarbeiter auswirken. Der Ein-Tages-Kurs führte im Jahr nach der Einführung zu einer 14prozentigen Reduktion der Zwangsmaßnahmen und zu einem Rückgang der arbeitsbedingten Verletzungen der Mitarbeiter um 19 Prozent.

Auf einer geschlossenen Station einer britischen psychiatrischen Klinik verfolgte Mortimer die Effekte eines auf alle Mitarbeiter ausgedehnten Aggressionsmanagementtrainings, das insbesondere auf Kontrolle und Sicherung der Patienten ausgerichtet war („Control and Restraint“) (Mortimer 1995). Sie konnte zeigen, dass mit zunehmendem Anteil ausgebildeter Mitarbeiter über zweieinhalb Jahre hinweg die Häufigkeit von Gewaltvorfällen deutlich abnahm.

Ein ähnliches, auf Kontrolle und Sicherung ausgerichtetes Programm, das über vier Tage andauerte, wurde von Parkes ebenfalls in Großbritannien untersucht (Parkes 1996). Zielparameter war dabei weniger eine Reduktion der Vorfälle als vielmehr die Sicherheit der Mitarbeiter, gemessen an der Anzahl von Verletzungen. Obwohl nach dem Training im Mittel mehr Mitarbeiter an einer Zwangsmaßnahme beteiligt waren, stieg die Anzahl der Verletzungen leicht, aber nicht signifikant.

5.4.3 Kombinationsprogramme

Martin untersuchte die Auswirkungen eines kombinierten Aggressionsmanagementtrainings in einer amerikanischen psychiatrischen Klinik (Martin 1995). Während die aggressiven Vorfälle in einem zweijährigen Beobachtungszeitraum nach dem eintägigen Training zunahmen, verbesserte sich die Sicherheit der Mitarbeiter erheblich.

Die unfallbedingten Ausfalltage reduzierten sich auf weniger als 10 Prozent des Ausgangswertes und auch die Kompensationskosten reduzierten sich entsprechend.

In einer schwedischen Universitätsklinik evaluierten Sjöström et al. (Sjöström et al. 2001) die Folgen eines kombinierten fünftägigen Trainingsprogramms. Ihre Ergebnisindikatoren waren die Skalen SOAS (Gewaltvorfälle) und SDAS (Aggressivität) sowie die unfallbedingten Ausfälle von Mitarbeitern. Während für den SDAS (über 6 Wochen prä/post) und die Ausfälle (über 9 Monate) keine Veränderungen registriert wurden, kam es zu einer deutlichen Absenkung der berichteten Vorfälle mit der SOAS. Die Autoren begründen dies mit der unterschiedlichen Abfragemethodik der beiden Skalen. Während für die SOAS nach einem Vorfall der Berichterstatter aktiv werden muss, werden bei der SDAS regelmäßige Einschätzungen abgegeben.

Hagan und Sayers berichten von der Evaluation eines kombinierten Aggressionsmanagementprogramms in einem kanadischen Pflegeheim, bei dem alle Mitarbeiter kontinuierlich in drei Modulen zu verschiedenen Zeitpunkten trainiert wurden (Hagan & Sayers 1995). Mittels einer adaptierten Skala zur Erfassung aggressiver Vorfälle wurden die entsprechenden Ereignisse acht Tage vor und acht Tage nach dem Ende des Trainings erfasst. Die berichteten Vorfälle gingen um 50 Prozent gegenüber dem Vorzeitraum zurück.

Eines der frühen evaluierten Programme zur Reduktion aggressiver Vorfälle in einer amerikanischen psychiatrischen Klinik aus den 1970er Jahren berichtet Gertz (Gertz 1980). 317 Mitarbeiter wurden in zweitägigen Workshops sowohl über Deeskalationstechniken als auch über körperliche Abwehrtechniken geschult. Die berichteten Vorfälle in dieser Einrichtung gingen im Jahr nach der Einführung von 174 auf 117 zurück.

Ebenfalls aus der Zeit vor 1980 stammt die Erhebung von Lehmann et al., die ein eintägiges Trainingsprogramm in einer amerikanischen psychiatrischen Klinik untersucht haben (Lehmann et al. 1983). Während die subjektiven Einschätzungen der Mitarbeiter sich deutlich gebessert hatten, zeigte sich gleichwohl, dass die Anzahl der berichteten Vorfälle erheblich anstieg, nämlich um ein Drittel höher lag als im Jahr zuvor.

Eine längerfristige Evaluation über mehrere Jahre berichten Allen et al. über ein Kombinationsprogramm in einer britischen Behinderteneinrichtung (Allen et al. 1997). Das Programm zielte auf eine Veränderung der Einstellung der Mitarbeiter gegenüber aggressiven Bewohnern dieser Einrichtung. Über einen Sechs-Jahreszeitraum wurden die Berichte nachgehalten und es zeigte sich ein Trend zur Abnahme der entsprechenden Ereignisse. Da allerdings von einer Bewohnerin sehr viele Übergriffe ausgingen, wurde dieser Trend statistisch nicht signifikant. Dagegen zeigte die Anzahl der Unfälle von Mitarbeitern, die mit aggressiven Verhalten zusammenhingen, eine eindeutige rückläufige Tendenz.

Calabro et al. berichten über die Evaluation zweier gemeinsam eingeführter kommerzieller Programme in einer amerikanischen psychiatrischen Klinik für 180 Mitarbeiter (Calabro et al. 2002). Das erste Programm mit dem Titel „Nonviolent Crisis Intervention, CPI“ beinhaltete im wesentlichen deeskalative Elemente, während das zweite mit dem Namen „Handle with Care“ Abwehrtechniken lehrte. Sowohl die Befragungsergebnisse (s.u.) als auch die Anzahl der berichteten Vorfälle entwickelten sich in die

erwünschte positive Richtung, die Vorfälle erreichten den niedrigsten Stand der Meldungen die jemals in dieser Klinik gesammelt wurden.

In einer britischen Behinderteneinrichtung untersuchten Baker und Bissmire (Baker & Bissmire 2000) die Auswirkungen eines Kombinationsprogramms bei 13 trainierten Mitarbeitern. Gegenüber dem Zeitraum von zwei Monaten vor dem Training zeigte sich in einem gleich langen Zeitraum nachher kein Unterschied hinsichtlich der registrierten Vorfälle.

In der Schweiz evaluierten Needham und Kollegen die Auswirkungen verschiedener Managementstrategien (Needham et al. 2004b). Neben einem Kombinationstraining wurde zur besseren Einschätzung des Aggressionspotenzials psychiatrischer Patienten eine validierte Checkliste (Bröset-Violence-Checklist; BVC) vor dem Training eingeführt. Über einen zehnmonatigen Zeitraum zeigte sich dabei kein signifikanter Rückgang von Aggressionen und körperlichen Angriffen auf Pflegepersonal. Allerdings ging die Anzahl der angewendeten Zwangsmaßnahmen (und damit die Anzahl riskanter Situationen) signifikant zurück.

5.5 Vorher-/Nachher-Befragungen

5.5.1 Deeskalation

Feldt und Ryden befragten 17 Pflegehelfer eines Pflegeheims nach einem Kurs über Deeskalation von aggressivem Verhalten von Demenzpatienten in den Vereinigten Staaten (Feldt & Ryden 1992). Die Befragung war auf das Wissen der Mitarbeiter angelegt und zeigte so gut wie keine wesentliche Veränderung zum Zeitpunkt vor der Intervention.

Ein speziell auf die Körperpflege und damit verbundener Aggressionen in einer US-amerikanischen gerontopsychiatrischen Klinik durchgeführtes Deeskalationsprogramm haben Maxfield et al. evaluiert (Maxfield et al. 1996). Dieses, vor allem auf die kognitiven Defizite der Patienten abgestimmte Programm zeigte für drei Trainingsgruppen deutlich besseres Wissen und verbesserte Fertigkeiten.

5.5.2 Kombinationsprogramme

Beech und Leather (Beech & Leather 2003) untersuchten die Effekte eines dreitägigen Trainingskurses bei 243 britischen Auszubildenden in der Pflege. Der Trainingskurs umfasste die Merkmale Deeskalation und körperliche Abwehrtechniken. Noch mehrere Monate nach dem Training waren in einem Fragebogenvergleich signifikante Verbesserungen im Bereich Wissen über persönliche Sicherheit, Vorhersage und Prävention, praktische Durchführung, Mitarbeiterrechte und nicht-provokative Herangehensweise zu registrieren. Hierdurch konnte auch die Zuversicht, schwierige Situation zu meistern, verbessert werden.

Ein gleiches Studiendesign hat Beech noch für eine weitere Gruppe von 58 britischen Pflegeschülern veröffentlicht (Beech 1999). Hier konnte er im Anschluss an den dreitägigen Kombinationskurs ebenfalls Verbesserungen im Wissensbereich feststellen.

Perkins und Leadbetter evaluierten ein zweitägiges kombiniertes Trainingsprogramm aus Abwehrtechniken und Deeskalation in einer britischen Schule für Kinder mit schweren Behinderungen und Lernschwierigkeiten (Perkins & Leadbetter 2002). Die 14 trainierten Lehrer und andere Mitarbeiter der Schule zeigten nach 6 Monaten eine verbesserte Zuversicht, aggressive Situationen bewältigen zu können, auch das entsprechende Wissen über Aggressionsmanagement nahm deutlich zu.

In einer schottischen Untersuchung evaluierten Paterson et al. (Paterson et al. 1992) die Auswirkungen eines kombinierten Trainingsprogramms bei 25 Personen. Auf der Basis verschiedener standardisierter Instrumente und selbstentwickelter Skalen konnten sie zeigen, dass dieses Programm Wissenszuwachs, mehr Deeskalationskompetenzen, weniger Rollenkonflikte und geringeren beruflichen Stress mit sich brachte. Die Arbeitszufriedenheit veränderte sich allerdings nicht.

McDonnell analysierte mit einer Befragung die Resultate eines kombinierten Trainingsprogramms für 21 Mitarbeiter einer britischen Behinderteneinrichtung (McDonnell 1997). Sowohl beim Wissen über aggressive Vorfälle als auch bei der Zuversicht, diese bewältigen zu können, zeigten sich erheblich Verbesserungen nach dem Training.

In einer australischen Untersuchung analysierten Ilkiw-Lavalle et al. die Effekte eines Kombinationsprogramms in verschiedenen Berufsgruppen psychiatrischer Einrichtungen (Ilkiw-Lavalle et al. 2002). Hierbei zeigte sich, dass alle mit Patienten arbeitenden Berufsgruppen von einem solchen Training profitieren können, allerdings war der Wissenszuwachs bei schon vorgeschulten Pflegekräften deutlich geringer. Für diese Gruppe empfehlen die Autoren kürzere Auffrischkurse.

Über die oben beschriebene Untersuchung von Lehmann et al. wurde bereits berichtet, dass die berichteten Vorfälle nach dem eintägigen Trainingsprogramm anstiegen (Lehmann et al. 1983). Gegen diesen Trend zeigte sich allerdings, dass in der subjektiven Bewertung der Mitarbeiter sowohl das Wissen über Vorzeichen einer Eskalation als auch die Zuversicht, diese Situationen bewältigen zu können, deutlich anstieg.

Ebenfalls oben beschrieben wurde die Entwicklung der Vorfallsraten aus der Evaluation von Calabro et al. (Calabro et al. 2002). Parallel zur positiven Entwicklung der Vorfälle zeigte sich im Rahmen der Befragung der trainierten Mitarbeiter auf allen Skalen (Wissen, Einstellung, Selbstwirksamkeit) eine signifikante Verbesserung.

Auch oben beschrieben wurde, dass in einer britischen Behinderteneinrichtung Baker und Bissmire (Baker & Bissmire 2000) die Auswirkungen eines Kombinationsprogramms bei 13 trainierten Mitarbeitern untersuchten. Während es bei den Vorfällen keine Unterscheide prä und post gab, zeigten sich die befragten Mitarbeiter signifikant zuversichtlicher hinsichtlich der Bewältigung schwieriger Situationen.

5.6 Nachher-Befragungen

5.6.1 Deeskalation

Weisman und Lamberti (Weisman & Lamberti 2002) befragten 150 mit einem Deeskalationstraining ausgestattete psychiatrische Case Manager in den Vereinigten Staaten über die Zufriedenheit und Verbesserungswünsche zum Programm. Die Befragten zeigten sich äußerst zufrieden und berichteten eine große Relevanz des Trainings für ihren beruflichen Alltag.

5.6.2 Abwehrtechniken

In der einzigen hier eingeschlossenen deutschen Studie befragte Grube 31 Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen, die an einem körperlichen Selbstschutztraining über mehrere Jahre teilgenommen hatten (Grube 2001). Den größten Wert eines solchen Trainings sahen die Befragten im Abbau von Unsicherheiten und in der Angstreduktion durch eine derartige Maßnahme. Auch würde das Training ein zielgerichtetes Handeln fördern.

5.7 Sonstige Studien

Murray et al. befragten 50 Mitarbeiter britischer Behinderteneinrichtungen über erlebte Gewaltvorfälle und Trainingserfahrungen (Murray et al. 1999). Es ergab sich ein deutlicher Geschlechterunterschied hinsichtlich des Sicherheitserlebens. Trainierte Mitarbeiterinnen berichteten mehrheitlich über Angstgefühle im Zusammenhang mit Aggressionen. Dagegen zeigten sich ihre männliche Kollegen deutlich zuversichtlicher, schwierige Situationen lösen zu können.

Lee et al. untersuchten in einer groß angelegten epidemiologischen Untersuchung arbeitsplatzbezogene Gewalterfahrungen bei amerikanischen Pflegekräften (Lee et al. 1999). Die Befragung erstreckte sich auf die Grundgesamtheit aller Pflegekräfte in einem Bundesstaat, ergänzt wurde die Datensammlung durch Daten aus der Berufsversicherung, welche die von einem Übergriff betroffenen Pflegekräfte finanziell unterstützt. Hierbei zeigte sich unter anderem, dass Pflegekräfte, die bereits ein Training zum Aggressionsmanagement besucht hatten, im Vergleich zu nicht trainierten Kolleginnen und Kollegen ein Zweieinhalbfach erhöhtes Risiko aufwiesen (Odds Ratio 2,57), von einem Übergriff betroffen zu sein. Pflegekräfte, die ein solches Training von der Arbeitsstelle erhalten hatten, bei der sie zum Zeitpunkt der Befragung angestellt waren, hatten sogar ein Viereinhalbfach erhöhtes Risiko eines Übergriffs (Odds Ratio 4,64). Als mögliche Hintergründe für diese Ergebnisse weisen die Autoren darauf hin, dass Trainings für Aggressionsmanagement ein Hinweis für das Vorliegen bestimmter erhöhter Risiken sein kann (Proxy) sowie auf die erwartbare Veränderung des Meldeverhaltens trainierter Pflegepersonen.

5.8 Zusammengefasste Resultate

Die zuvor dargestellte Literaturübersicht hat über eine recht heterogene Studienlandschaft berichtet, dies betraf sowohl die Studiendesigns als auch die Settings wie die Ergebnisse. Die überwiegende Mehrzahl der Studien wurde in Bereichen der klini-

schen Psychiatrie durchgeführt, ein kleinerer Teil in Behinderteneinrichtungen und in Pflegeheimen. Als Professionen wurden überwiegend die Pflegeberufe in die Studien einbezogen, ein kleinerer Teil der Untersuchungen erstreckte sich auf alle am Patienten bzw. Bewohner arbeitenden Mitarbeiter. Noch einmal hervorgehoben seien die extrem unterschiedlichen Interventionsformen, dies betrifft vor allem die in den Trainings vermittelten Techniken sowie den Umfang der Maßnahmen. Letztere konnten von wenigen Stunden bis über mehrere Wochen hinweg andauern. Gleichfalls unterschiedlich waren die zeitlichen Endpunkte der Studien gewählt. Diese reichten von wenigen Tagen bis hin zu mehreren Jahren.

Trotz dieser beschriebenen Heterogenität lassen sich aus den Einzelresultaten, wenn man sie in der Gesamtsicht zu sehen versucht, gewisse Trend-Ergebnisse herauslesen. Von nur wenigen Ausnahmen abgesehen berichten diejenigen Studien, die Wissen und subjektive Zuversicht der trainierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter untersucht haben, über positive Ergebnisse. Dies gilt offensichtlich unabhängig vom Studiendesign und von der Art des Trainings. Trainierte Mitarbeiter verfügen über ein erheblich verbessertes Wissen, wie mit Aggressions-Situationen umzugehen ist. Zudem führt die Auseinandersetzung mit Aggression und Gewalt im subjektiven Erleben der Mitarbeiter zu der Erwartung, diese sicherlich als besonders schwierig einzuschätzenden Situationen besser bewältigen bzw. beherrschen zu können.

Ganz anders sieht das zusammengefasste Ergebnis hinsichtlich der vermeintlich ‚harten‘ Daten über die Anzahl der Vorfälle, die Anzahl der Verletzungen, die Ausfalltage oder die angewendeten Zwangsmaßnahmen aus. Über alle Studientypen und Interventionstechniken hinweg können die Resultate dieses Bereichs als uneinheitlich umschrieben werden. Eine Reihe von Untersuchungen fand keine Veränderungen in diesen Outcome-Daten, einige Studien ergaben sogar mehr Vorfälle und Verletzungen nach durchgeführten Trainingsprogrammen. Lediglich bei den Zwangsmaßnahmen fanden die (wenigen) Untersuchungen in der Regel eine Abnahme der Zahlen.

6. Diskussion

Die hier zusammengestellte Literatur über Trainingsmaßnahmen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Behindertenhilfe ist bezüglich ihrer methodologischen Qualität als eher niedrig zu bezeichnen. Wie andere Übersichten zu dieser Thematik ebenfalls schon festgestellt haben (Allen 2001; NICE 2004; UKCC 2001), müssen die praktischen Schlussfolgerungen für die Kliniken und Einrichtungen auf der Basis einer relativ schwachen empirischen Evidenz getroffen werden. Allerdings gilt es dabei zu berücksichtigen, dass qualitativ hochwertige Untersuchungen in diesem Bereich extrem schwierig durchzuführen sind. Die Interventionen sind nicht in der gleichen Weise standardisierbar wie dies etwa in anderen Forschungsbereichen möglich ist. Die lokalen organisatorischen Bedingungen spielen dabei eine große Rolle, etwa die Frage, wie sehr die Präventionsmaßnahmen von der Leitung der Einrichtungen sowie von anderen relevanten Berufsgruppen unterstützt werden. Da die hier beschriebenen Trainingsmaßnahmen letztendlich Interventionen in Organisationen sind, stoßen gängige Studiendesigns wie die randomisierte kontrollierte Studie schnell an ihre Grenzen. Die Randomisierung muss dann nämlich auf die Organisationseinheit abzielen, was notwendigerweise zu einer kleine-

ren Anzahl der zufällig zugewiesenen Einheiten führt und diese kleine Zahl eben kaum in der Lage ist, Verzerrungen auszugleichen (Needham et al. 2004a).

Gleichwohl sind trotz dieser methodischen Schwierigkeiten zwei Trendaussagen erlaubt. Hinsichtlich der direkten subjektiven Auswirkungen auf die trainierten Mitarbeiter kann festgehalten werden, dass Trainingsprogramme zu mehr Wissen führen und zugleich zu einer verbesserten Zuversicht, aggressive Situationen bewältigen zu können. Dieses Ergebnis kann als relativ gesichert gelten, da es über verschiedene Interventionen, Studiendesigns und Einrichtungssettings hinweg repliziert wurde. Als zweite Trendaussage muss festgehalten werden, dass – wiederum über heterogene Studienanlagen und Settings hinweg – eindeutige Feststellungen hinsichtlich der Zahl aggressiver Vorfälle und ihrer Auswirkungen (u.a. Fehlzeiten der Mitarbeiter und Verletzungen) nicht getroffen werden können. Immerhin erbrachten die ersten Ergebnisse der erstmals durchgeführten randomisierten Studie in diesem Bereich leicht positive Resultate (Needham et al. 2004a), so dass man davon ausgehen kann, dass die Effekte von Trainingsprogrammen auch unter den Bedingungen eines anspruchsvollen Studiendesigns bestehen können und zur Reduktion von schweren Übergriffen und von Zwangsmaßnahmen führen können. Bezogen auf die oben beschriebene Hierarchie von Studiendesigns muss jedoch festgestellt werden, dass die qualitativ geringer einzuschätzenden Befragungen der Mitarbeiter sicherere und positivere Ergebnisse liefern als die höher einzuschätzenden vermeintlich ‚harten‘ Zahlen der Vorfälle und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Auch diese Ergebnisse entsprechen den Resultaten systematischer Literaturübersichten aus dem angelsächsischen Raum (Allen 2001; NICE 2004; UKCC 2001).

Diese Aussagen können sich in verschiedener Hinsicht diskutieren und interpretieren lassen. Zum einen geht es um die Frage, ob kognitives Wissen und verbesserte subjektive Bewältigungsmöglichkeiten tatsächlich in einem veränderten Verhalten und damit indirekt auch in sinkende Vorfallszahlen resultieren. Nach den Ergebnissen dieser Literaturübersicht kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass es eine direkte Übertragbarkeit vom Wissen über das individuelle Verhalten hin zu organisationsweiten Verbesserungen gibt. Selbst auf der Ebene einzelner Studien finden sich Resultate, die verbessertes Wissen und zugleich einen Anstieg der Vorfälle berichten (Rice et al. 1985). Die besondere Schwierigkeit bei dieser Form der Intervention besteht darin, dass individuelle Personen trainiert werden, die Effekte aber zumeist auf der Ebene Gruppe bzw. der Organisation gemessen werden. Um tatsächlich effektive Organisationsveränderungen erreichen zu können, muss gewährleistet sein, dass alle Beteiligten sich gleichermaßen dem Ziel verpflichtet fühlen und in gleicher Weise verhalten. Zusätzlich muss die Abstimmung zwischen den trainierten Personen optimal funktionieren, da die erforderlichen Interventionen häufig von mehr als einer Person initiiert und durchgeführt werden. Daher ein Aggressionsmanagementprogramm vermutlich nur dann erfolgreich sein, wenn die gesamte Organisation, von der Leitung bis hin zu den Mitarbeitern, die trainiert werden, sich hinter das Ziel der Aggressionsminderung stellt. Zudem müssen die organisatorischen Abläufe des Notfall- und Krisenmanagements auf dieses Ziel hin überprüft und ggf. modifiziert werden. Möglicherweise können Aggressionsmanagementprogramme nur dann effektiv wirken, wenn gleichzeitig Organisationsveränderungen veranlasst werden, die über einzelne Interventionen wie Trainings hinausgehen und einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

Damit ist zugleich eine weitere Problematik angerissen. Wie lange der optimale Zeitraum zur Messung der Effekte sein muss, kann heute nicht festgestellt werden. Bei längeren Zeiträumen (z.B. Jahre) tritt zudem die Schwierigkeit auf, sicherzustellen, dass die initialen Wirkungen nicht verblassen, etwa durch Auffrischungstrainings sowie durch erneute Basistrainings im Falle einer Mitarbeiterfluktuation.

Und schließlich ist auf die Hauptproblematik im Zusammenhang mit den Zählungen von Vorfällen und ihren Auswirkungen hinzuweisen. Schon beim Referat der einzelnen Studienergebnisse wurde auf Hinweise von Autoren verwiesen, die von einem veränderten Meldeverhalten nach einem Trainingsprogramm ausgehen (z.B. Colenda & Hamer 1991; Ore 2002). Möglicherweise ist eine ‚objektive‘ Messung von Vorfällen angesichts der spezifizierten selektiven Wahrnehmung nach einem Training gar nicht möglich, jedenfalls nicht solange man dies von den trainierten Personen selbst vollziehen lässt. Das als relativ sicher einzustufende verbesserte Wissen nach einem Training führt vermutlich zu einer veränderten Bewertung von Ereignissen, die zuvor als weniger registrierfähig eingestuft wurden. Den gleichen Effekt berichten Arnetz und Arnetz (2000) von einer Intervention, die im Wesentlichen auf Wissensvermittlung und Feedback nach Gewaltvorfällen beruhte. Auch hier zeigte sich in der Interventionsgruppe der Studie eine signifikant höhere Bereitschaft, relevante Ereignisse zu registrieren. Letztlich wird mit einer derartigen Maßnahme wahrscheinlich eine höhere Sensibilisierung der Mitarbeiter für Gewaltsituationen erzielt. Diese Sensibilisierung für aggressive Vor- und Frühwarnzeichen ist hinsichtlich der Prävention ein vollkommen gewünschter Effekt. Nur wenn die Mitarbeiter aggressives Verhalten besser und frühzeitiger erkennen können, sind sie in der Lage, präventiv einzuwirken. Vermutlich führt dies aber zu erheblichen methodischen Problemen, die wohl nur durch unabhängige Beobachter zu lösen sind.

7. Schlussfolgerungen

7.1 Methodologische Überlegungen

Die Ergebnisse dieser systematischen Literaturübersicht lassen ohne Weiteres keine eindeutigen Schlussfolgerungen für die Praxis in psychiatrischen Kliniken, Einrichtungen der Behindertenhilfe und anderen Institutionen des Gesundheitswesens zu. Dieser Umstand ist zum einen sicherlich den methodologisch nicht besonders gehaltvollen Studiendesigns zuzuschreiben. Allerdings kann dieser Sachverhalt den Autoren der Untersuchungen kaum vorzuwerfen sein, aus eigener Erfahrung und aus den Erfahrungen anderer Wissenschaftler auf diesem Gebiet, weiß der Verfasser, dass es extrem schwierig ist, für den Themenbereich der Gewalt im Gesundheitswesen angemessene Forschungsmittel zu erhalten.

Zum zweiten liegt der Umstand der unklaren Schlussfolgerungen jedoch auch im Themenbereich selbst begründet. In der Literatur über Evaluationen und evidenzbasierte Medizin gelten soziale Interventionen, wie sie hier im Form der Trainingsmaßnahmen zusammengefasst wurden, als besonders schwierig in der Effektivität nachzuweisen (Petticrew 2003). Je spezifischer die Interventionen sind, die es zu bewerten gilt, desto besser vermag das in der Forschungspraxis gelingen. Interventionen wie Trainingsprogramme sind allerdings Eingriffe in komplexe Arbeits- und Organisationsumgebungen, welche jeweils unterschiedliche Randbedingungen für die Interventionen zu berücksichtigen haben. Insofern kann das Ergebnis nicht überraschen,

eindeutige Resultate wären im Grunde angesichts dieser Sachlage mit Skepsis zu bewerten.

Lassen sich also für die Praxis keinerlei Hinweise erschließen? Dieser Schluss wäre voreilig, im übrigen sind derartige Problemlagen in der Medizin durchaus nicht selten, gleichwohl müssen therapeutische Empfehlungen erfolgen, denn ein Nichts-Tun könnte dem zu behandelnden Patienten möglicherweise einen größeren Schaden zufügen. Entscheidend ist zum einen die Sicherheit der vorhandenen Evidenz und zum anderen die Abwägung gegenüber möglichen Alternativen wie der Unterlassung (etwa des Trainings von Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen). Solche Abwägungen sind aus ethischer Sicht vor der Einbeziehung von Kosten zu treffen (Grades of Recommendation 2004). Was die Evidenz betrifft, so ist oben festgestellt worden, dass kognitives Wissen und subjektive Zuversicht der Mitarbeiter eindeutig zunehmen nach den untersuchten Trainingsprogrammen. Unsicher ist hingegen die Auswirkung der Trainingsprogramme auf die Anzahl aggressiver Vorfälle. Die auch hier aus einzelnen Studien berichteten Steigerungen der Vorfälle nach dem Training können durchaus mit Wahrnehmungsveränderungen in Zusammenhang gebracht werden. Daher kann plausiblerweise davon ausgegangen werden, dass Trainingsprogramme vermutlich keine negativen Folgen in dieser Hinsicht haben, wenngleich die positiven Auswirkungen auf die Vorfallszahlen als nicht sicher bewiesen gelten können.

Wenn nun die verbesserte subjektive Sicherheit der Mitarbeiter als sicher gelten kann, die Minimierung der Vorfallszahlen und anderer Folgen jedoch nicht, dann stellt sich die Frage, ob die subjektive Sicherheit der Mitarbeiter nicht als ausreichender Eigenwert gelten kann, zu dessen Zweck die Durchführung von Trainingsprogrammen zu rechtfertigen sind. Der Verfasser ist der Meinung, dass die subjektive Sicherheit ein nicht zu unterschätzendes Ziel für den Umgang mit aggressiven Patienten oder Bewohner ist, so dass allein hierdurch die Programme schon zu rechtfertigen sind. Von der zukünftigen Forschung kann erwartet werden, dass die Bewertungssicherheit bezüglich der Auswirkungen auf die Vorfälle durch mehr, größere und qualitativ bessere Studien ansteigen wird. In der evidenzbasierten Medizin gilt das Prinzip: Die Abwesenheit eines Beweises ist nicht der Beweis für die Abwesenheit eines Effekts („Absence of evidence is not evidence of absence“) (Alderson 2004). Erst wenn sich als relativ sicher herausstellen sollte, dass Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement mehr Schaden als Nutzen anrichten, müsste die Anwendung in der Praxis begrenzt werden. Es bleibt zu hoffen, dass die hier festgestellte Unsicherheit zukünftige Forschungsvorhaben (auch in Deutschland) zu stimulieren vermag (Alderson & Roberts 2000).

7.2 Schlussfolgerungen für die Praxis

Nach eingehender Abwägung des Grades der Evidenz kann somit die Durchführung von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Behindertenhilfe empfohlen werden. Es ist zu erwarten, dass der positive Nutzen die möglichen Nachteile überwiegt, und dass – so kann jedenfalls vermutet werden – die einzusetzenden Kosten ebenfalls einen entsprechenden Nutzen erbringen.

Die nachfolgende Darstellung versucht, einzelne Elemente zu identifizieren, die in ein optimales Aggressionsmanagement passen. Diese Elemente basieren, darauf sei nachdrücklich hingewiesen, jedoch nicht auf einer umfassenden empirischen Belegbarkeit ihrer Effekte. Schon auf der Ebene der Trainingsprogramme waren diese eindeutigen Belege nur teilweise zu finden. Die einzelnen Elemente sind empirisch nicht überprüft, die Empfehlungen basieren lediglich auf Erfahrungswissen.

Es sei zudem darauf hingewiesen, dass die folgenden Empfehlungen sich überwiegend auf den Einsatz in psychiatrischen Einrichtungen beziehen. In diesem Bereich sind sowohl die meisten Elemente bereits schon im Einsatz, und sie reagieren damit auch auf einen bestimmten Typ der Gewalteskalation, der vermutlich in anderen Settings, etwa in der Altenhilfe, nicht in der gleichen Weise verläuft. Daher ist es auch dringend ratsam – wie unten unter 7.3 beschrieben – empirisch zu beurteilen, welche Komponenten in welchen Settings als adäquat erscheinen.

Grundsätzlich kann der alleinige Einsatz von Deeskalationstechniken oder der ausschließliche Einsatz körperlicher Abwehrtechniken nicht empfohlen werden. Mitarbeiter müssen in jeder Phase einer Gewalteskalation die entsprechenden Optionen anwenden können. Viele potenziell gewaltträchtige Situationen lassen sich deeskalieren, manche Konflikte sind jedoch nur mit körperlichen Mitteln und Zwangsmaßnahmen zu bewältigen.

Folgende Komponenten sollte ein umfassender Trainingsansatz enthalten:

- Stressmanagement
- adäquate Situationseinschätzung
- Situationsbeherrschung
- aktive Deeskalation
- schonende Abwehrtechniken
- sachgerechte Durchführung von Zwangsmaßnahmen.

7.2.1 Stressmanagement

Es kann mittlerweile als gesichert gelten, dass die meisten aggressiven Konflikte in der eskalierenden Interaktion zwischen Patienten und Mitarbeitern entstehen (Richter 1999). Zum Verständnis dieser Situation kann das psychologische Konzept der Aversiven Stimulation herangezogen werden (Berkowitz 1993), das heißt, beide Seiten (Patienten und Mitarbeiter) fühlen sich durch die jeweils andere Seite herausgefordert. Wenn Patienten von Mitarbeitern aversiv stimuliert werden, dann geschieht das in der Regel nicht intentional, sondern unter erheblichem organisatorischen und situativen Druck. Viele Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken fühlen sich belastet durch die vorherrschenden Arbeitsbedingungen (Siegrist et al. 2003). Diese Umstände verweisen auf die Notwendigkeit, mit dem eigenen Stresserleben und Druck umgehen zu lernen. Nachfolgend aufgeführte Bereiche bieten sich nach Erfahrungen aus Trainingsmaßnahmen von Polizeibeamten zur Bewältigung dieses Problems an (Hücker 1997). Viele der aufgeführten Punkte erscheinen vor dem Hintergrund des zur Ausübung der Tätigkeit notwendigen psychiatrischen Handlungswissens recht banal zu sein. Aus Rückmeldungen von Teilnehmern der Trainingsmaßnahmen geht jedoch hervor, dass auch die banalsten kommunikativen Fertigkeiten in der Regel noch nie systematisch trainiert wurden.

Mit Hilfe von *Rollendistanz* können Mitarbeiter lernen, Erwartungen und Normen an ihre Tätigkeit zu reflektieren und ggf. zu modifizieren. Viele Tätigkeiten von psychiatrischen Mitarbeitern geschehen auf dem Hintergrund von täglichen Routinen, unhinterfragten Anordnungen oder eingeübtem Verhalten. So hilfreich diese Normen im Alltag sein können, so stehen sie unter Umständen der Deeskalation einer aggressiven Situation im Wege. Wenn beispielsweise von hygienischen Maßnahmen nicht Abstand genommen werden kann, um auf den Gesundheitszustand des zu waschenden Patienten Rücksicht nehmen zu können, dann wird die Problematik augenfällig.

Die Forderung nach *Empathie* bzw. die Notwendigkeit eines *Perspektivenwechsels* gehört zu den Standards für psychiatrische Mitarbeiter. Erfahrungsgemäß gelingt die Umsetzung dieser sozialen Fertigkeiten jedoch nicht jedem und zu jeder Zeit. Bei vielen kleineren alltäglichen verbalen Auseinandersetzungen ist es hilfreich, sich in die Situation der anderen Seite hineinzudenken, um nachvollziehen zu können, warum gerade diese Reaktion jetzt erfolgt.

Ambiguitäts-Toleranz meint die Fähigkeit, Druck, Widersprüche und Konflikte aushalten zu können und sich nicht zu schnell zu emotional getriggerten Reaktionen verleiten zu lassen. Damit ist nicht gemeint, sich alles gefallen zu lassen oder permanente Beschimpfungen hinzunehmen. Allerdings ist ein ‚Dickes Fell‘ eine gute Grundlage für den Einsatz rationaler Konfliktlösemechanismen.

7.2.2 Adäquate Situationseinschätzung

Die überwiegende Mehrheit aggressiver Vorfälle mit körperlicher Gewalt in psychiatrischen Settings sind das Ergebnis eines Eskalationsprozesses. Nur ein kleiner Teil von diesen Ereignissen, etwa im Zusammenhang mit Demenzerkrankungen, geschieht ohne wahrnehmbares Verhalten, das als Indikator für die Eskalation gelten kann (Richter 1999). Als Frühwarnzeichen für eine drohende Eskalation können gelten:

- feindselige Grundstimmung,
- eine drohende Körperhaltung und Gestik,
- eine geringe Körperdistanz zwischen Mitarbeiter und Patient,
- verbale Bedrohungen und Beschimpfungen,
- psychomotorische Erregung oder Anspannung,
- Sachbeschädigungen,
- gesteigerte Tonhöhe und Lautstärke.

Mit Hilfe von Videoaufnahmen oder Rollenspielen können Mitarbeiter lernen, die oben beschriebenen Verhaltensweisen richtig einzuschätzen, um die Situation möglichst gewaltfrei zu beherrschen.

7.2.3 Situationsbeherrschung

Hoher psychischer Druck und erlebte situative Anspannungen sind oftmals der Hintergrund für inadäquates Verhalten in einer Konfliktsituation. Selbstbeeinflussungstechniken sind eine gute Basis, um in solchen Situationen Ruhe und Übersicht zu behalten und affektive, rhetorische und motorische Stabilität zu erlangen (Hücker 1997). Darüber hinaus nehmen solche Techniken den unmittelbaren Druck zur Reaktion, die eventuell vom Gegenüber als Eskalation verstanden werden können. Passi-

ve Selbstgespräche (z.B. „Damit kann ich umgehen.“) oder (innerliche) Abreaktionen (z.B. „Der kann mich nicht provozieren.“) tragen mit dazu bei, die eigenen Reaktionen zu kontrollieren und die Situation zu einem positiven Ausgang zu bringen.

7.2.4 Aktive Deeskalation

Für die aktive Beeinflussung stehen verschiedene Interventionen zur Verfügung, insbesondere verbale und körpersprachliche Möglichkeiten (Leadbetter & Paterson 1995; Richter et al. 2001; Wesuls et al. 2003). Bevor diese jedoch eingesetzt werden können, gilt es einige Grundregeln zu beachten. Als Basisregel für eine erfolgreiche Deeskalation kann der Vorsatz gelten, nicht den Patienten, sondern die Situation beherrschen zu wollen, um diese zu einem gewaltfreien Ausgang zu bringen. Die Beherrschung des Patienten läuft zweifellos auf eine Unterwerfung und für alle sichtbare Asymmetrie der Kommunikation hinaus, was es zu vermeiden gilt. Empathie, Respekt, Einfühlung und Sorge sollten die Interventionen leiten. Weiterhin ist es von Bedeutung, den Verlauf des Konflikts zu berücksichtigen. Sollte die Eskalationskurve schon weit nach oben zeigen, wird es zunehmend unwahrscheinlicher, die Situation beherrschen zu können. In diesem Zusammenhang sollten sich die Beteiligten realistische Erwartungen setzen. Wenn für die Mitarbeiter das sichere Gefühl besteht, hier mit gewaltfreien Methoden nicht weiter zu kommen, muss rasch auf physische Maßnahmen umgestellt werden.

Einer der schwierigsten Aspekte der Deeskalation ist die *Beherrschung der eigenen Körpersprache*. Gerade in Stresssituationen gelingt es zunehmend weniger, die eigene Mimik oder Gestik so einzusetzen, dass dies vom Gegenüber nicht als aggressive Reaktion verstanden wird. In diesem Zusammenhang können Rollenspiele und Videoaufzeichnungen eine große Hilfe sein, damit man sich selbst einmal unter Stressbedingungen von außen erlebt. Die oben beschriebenen Selbstbeeinflussungstechniken können hier ebenfalls zur Aggressionsvermeidung beitragen. Ruckartige oder hektische Bewegungen sollten ebenso vermieden werden wie das unwillkürliche Ballen der Fäuste oder eine aggressive Mimik. Eine ausreichende Körperdistanz vermindert die Suggestion der Bedrohung für das Gegenüber und ist auch unter allgemeinen Sicherheitsaspekten von Vorteil.

Verbale Interventionen sind neben der Körpersprache die wichtigste Komponente der Deeskalation. Neben einer adäquaten Tonhöhe und Lautstärke gilt es nun das umzusetzen, was oben als Grundregel beschrieben wurde: Einfühlung und Sorge mitteilen sowie zu versuchen eine möglichst symmetrische Kommunikationssituation herzustellen. Dazu gehört es, den Patienten und seine Situation nicht lächerlich zu machen, sondern aktives Mitfühlen zu kommunizieren („aha, ich verstehe“; „ich kann nachvollziehen, dass ...“). Für den weiteren Verlauf ist es nach Hücker (1997) zentral, sich auf konkrete Inhalte zu verständigen, Zeit zu gewinnen und eine Kooperation zu erreichen. Dagegen sind Schuldfragen möglichst zu vermeiden. Linkemer (2000) empfiehlt die folgenden Handlungsmaximen: ruhige und natürliche Redeweise, Signalisieren von Problembewusstsein und Mitgefühl, die Stärkung der Selbstachtung des Gegenübers, das Aufzeigen von Konsequenzen bei weiterer Eskalation, Geduldswahrung und Vermeidung von Drohungen.

Als methodische Ansätze zur Vermittlung von Maßnahmen im Zusammenhang mit Stressmanagement und Deeskalation haben sich wiederum Rollenspiele und Videoaufzeichnungen als besonders geeignet herausgestellt. Aus Rückmeldungen nach

entsprechenden Trainingsmaßnahmen im eigenen Haus (Westfälische Klinik Münster) kann ersehen werden, dass viele Mitarbeiter die erlernten kommunikativen Techniken als sehr wertvoll erachten, und diese über den eigentlichen Bereich der Gewaltprävention hinaus für sinnvoll halten.

7.2.5 Schonende Abwehrtechniken

Nicht verletzende Abwehr- und Befreiungstechniken sind bewusste Modifikationen von bekannten Selbstverteidigungstechniken. Für den Einsatz in psychiatrischen Einrichtungen sind solche Interventionen sinnvoll, wenn sie die Maxime der Sicherheit für alle Beteiligten beachten. Eine derartige Intervention besteht etwa darin, die Kraft des Angreifers zu neutralisieren und nicht dagegen zu halten (Fuchs 1998; Richter et al. 2001). Weitere Interventionen betreffen etwa die Befreiung aus Umklammerungen und Haltetechniken (beispielsweise für die Durchführung von Injektionen). Diese und andere Techniken können mit Hilfe simulierter Gewaltsituationen und ggf. der Selbstbeobachtung per Videotechnik innerhalb kurzer Zeit erlernt werden.

7.2.6 Sachgerechte Durchführung von Zwangsmaßnahmen

Die sachgerechte Durchführung von Zwangsmaßnahmen sollte auf der Basis rationaler Entscheidungen basieren, die immer vor dem Hintergrund vorhandener Alternativen beurteilt werden müssen. Der derzeitige Forschungsstand zur Indikationsstellung einer Zwangsmaßnahme ist allerdings national und international als äußerst mangelhaft zu beschreiben (Steinert 2004). Sichere Erkenntnisse zum adäquaten Zeitpunkt einer Intervention sowie zu Art und Umfang der Maßnahme existieren nicht. Selbst die Entscheidung, ob Patienten zu fixieren oder zu isolieren sind, beruht auf lokalen und nationalen Traditionen, die wissenschaftlich bisher nicht evaluiert wurden.

So lange weniger einschränkende Maßnahmen den gleichen Zweck erfüllen, sind diese selbstverständlich vorzuziehen. Das Ziel von entsprechenden Trainingsmaßnahmen ist die Vermeidung von ‚blinder‘ und unkontrollierter Gewalt gegen Patienten, wie dies in der Vergangenheit oftmals bei Fixierungen, Isolierungen oder Zwangsmedikationen der Fall war. Unkontrollierte Einsätze schaden potenziell auch der Gesundheit der Mitarbeiter, da gemäß dem Eskalationsmodell eine erhöhte Gegenwehr der Patienten zu erwarten ist.

Zwei Komponenten sind für die Durchführung von unvermeidbaren Zwangsmaßnahmen entscheidend: zum einen müssen die beteiligten Mitarbeiter über die notwendigen körperlichen Techniken verfügen und zum anderen kommt es auf eine koordinierte Tätigkeit im Team an. Beide Komponenten unterstützen den Grundsatz von so wenig Kraft und Gewalt während einer minimalen Dauer, verbunden mit dem Maximum an Sicherheit und Menschenwürde (Richter et al. 2001). Spezifisch zu trainieren ist die Durchführung von Zwangsmaßnahmen mit einer verschieden großen Anzahl beteiligter Mitarbeiter oder die Durchführung aus unterschiedlichen Anfangslagen heraus (Patient liegend, stehend etc.). Besonderer Augenmerk hat empfindlichen Körperteilen zu gelten sowie dem Freihalten der Atemwege. Für eine eventuell notwendige Zwangsmedikation existieren mittlerweile Medikationsrichtlinien (Fähndrich & Ketelsen 2004).

7.3 Schlussfolgerungen für die Forschung

Es wurde wiederholt auf die erheblichen Forschungsdefizite hingewiesen, welche durch die vorliegende Literaturübersicht deutlich geworden sind. Angesichts der praktischen Relevanz und der ethischen Implikationen sind diese Defizite im Grunde nicht zu akzeptieren. Hinsichtlich der konkreten Fragestellung der Trainingsmaßnahmen ist die Forschung ebenfalls erst am Anfang. Viele Fragestellungen sind lediglich auf der Basis von Erfahrungswissen zu beantworten. Es mangelt an einer ausreichenden Anzahl von Untersuchungen mit einer zufriedenstellenden Methodik, die eine hinreichende Grundlage für praktische Entscheidungen darstellen. Folgende Probleme gilt es nach Ansicht des Verfassers zukünftig zu untersuchen (vgl. auch Allen 2001):

- die Verbindung von Wissen, Einstellungen und subjektiver Sicherheit zur praktischen Umsetzung von Strategien zum Aggressionsmanagement
- die Wirkung spezifischer Deeskalationstechniken bzw. Interventionen zur physischen Abwehr
- der adäquate Umfang von Trainingsmaßnahmen
- die adäquaten Zeitanteile verschiedener Interventionen (Grundlagen, Stressmanagement, Deeskalation, Abwehrtechniken etc.)
- der angemessene Zeitrahmen, in dem sich Trainingsmaßnahmen bewährt haben sollten
- die Kontextfaktoren in der Organisation, in der Trainingsmaßnahmen durchgeführt werden
- die Häufigkeit und der Umfang von Nachschulungen für trainierte Mitarbeiter
- die Auswirkungen singulärer Interventionen gegen weitreichende Organisationsveränderungen
- die Spezifizierbarkeit von Trainingsmaßnahmen für differenzierte Settings (Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie, Pflegeheime, Behinderteneinrichtungen, Allgemeinkrankenhäuser etc.)
- der Einsatz unabhängiger, nicht in die Trainingsmaßnahmen einbezogener Beobachter zur Messung von Aggressions- und Gewaltvorfällen
- die subjektive Wirkung auf Patienten, die vom Aggressionsmanagement betroffen sind.

Entscheidende Voraussetzung für die zukünftige Forschung in diesem Bereich wird die Entwicklung einheitlicher und zuverlässiger Ergebniskriterien und Skaleninstrumente sein. Die bisherigen Arbeiten operieren mit zumeist selbst entwickelten und in der Regel nicht validierten Methoden, die vermutlich ebenfalls zu den hier berichteten, zum Teil sehr unterschiedlichen Ergebnissen beitragen.

Literatur

- Alderson, P. (2004). Absence of evidence is not evidence of absence. *British Medical Journal*, 328, 476-477.
- Alderson, P. & Roberts, I. (2000). Should journals publish systematic reviews that find no evidence to guide practice? Examples from injury research. *British Medical Journal*, 320, 376-377.
- Allen, D. (2001). Training carers in physical intervention: Research towards evidence-based practice. Kidderminster: British Institute for Learning Disabilities.
- Allen, D., McDonald, L., Dunn, C. & Doyle, T. (1997). Changing care staff approaches to the prevention and management of aggressive behaviour in a residential treatment unit for persons with mental retardation and challenging behaviour. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 101-112.
- Allen, D. & Tynan, H. (2000). Responding to aggressive behavior: Impact of training on staff members' knowledge and confidence. *Mental Retardation*, 38, 97-104.
- Almvik, R., Woods, P. & Rasmussen, K. (2000). The Brøset Violence Checklist: Sensitivity, specificity and inter-rater reliability. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1284-1296.
- Angermeyer, M.C., Cooper, B. & Link, B.G. (1998). Mental disorder and violence: Results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33, S1-S6.
- Angermeyer, M.C. & Schulze, B. (1998). Psychisch Kranke - eine Gefahr? *Psychiatrische Praxis*, 25, 211-220.
- Arboleda-Flórez, J., Holley, H. & Crisanti, A. (1998). Understanding causal paths between mental illness and violence. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33, S38-S46.
- Arnetz, J.E. & Arnetz, B.B. (2000). Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 668-680.
- Baker, P.A. & Bissmire, D. (2000). A pilot study of the use of physical intervention in the crisis management of people with intellectual disabilities who present challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 13, 38-45.
- Beech, B. (1999). Sign of the times or the shape of things to come? A 3-day unit of instruction in 'aggression and violence in health settings for all students during pre-registration nurse training'. *Nurse Education Today*, 19, 610-616.
- Beech, B. & Leather, P. (2003). Evaluating a management of aggression unit for student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 603-612.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Causes, Consequences and Control*. New York: McGraw Hill.
- Breakwell, G.M. (1998). *Aggression bewältigen: Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit*. Bern: Huber.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2002). *Gewalt am Arbeitsplatz*. Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Calabro, K., Mackey, T.A. & Williams, S. (2002). Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 3-15.
- Caldwell, M.F. (1992). Incidence of PTSD Among Staff Victims of Patient Violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 838-839.

- Carmel, H. & Hunter, M. (1990). Compliance with training in managing assaultive behavior and injuries from inpatient violence. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 558-560.
- Colenda, C.C. & Hamer, R.M. (1991). Antecedents and interventions for aggressive behavior of patients at a geropsychiatric state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 287-292.
- Cowin, L., Davies, R., Estall, G., Berlin, T., Fitzgerald, M. & Hoot, S. (2003). De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 64-73.
- Eckert, R. & Willems, H. (2002). Eskalation und Deeskalation sozialer Konflikte: Der Weg in die Gewalt. In: W. Heitmeyer & J. Hogan (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag: S. 1457-1480.
- Eurogip (Hrsg.) (2001). *Workplace Violence in Europe*. European Conference (Conference Proceedings). Paris: Eurogip.
- Fähndrich, E. & Ketelsen, R. (2004). Die medikamentöse Behandlung des psychiatrischen Notfalls. In: R. Ketelsen, M. Schulz & C. Zechert (Hrsg.), *Seelische Krise und Aggressivität: Der Umgang mit Deeskalation und Zwang*. Bonn: Psychiatrie-Verlag: S. 80-88.
- Feldt, K.S. & Ryden, M.B. (1992). Aggressive behavior: Educating nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 3-12.
- Fernandes, C.M.B., Raboud, J.M., Christenson, J.M., Bouthillette, F., Bullock, L., Quillet, L. & Moore, C.F. (2002). The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 47-55.
- Fitzwater, E.L. & Gates, D.M. (2002). Testing an intervention to reduce assaults on nursing assistants in nursing homes: a pilot study. *Geriatric Nursing*, 23, 18-23.
- Forster, P.L., Cavness, C. & Phelps, M.A. (1999). Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric setting. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13, 269-271.
- Fuchs, J.M. (1998). Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression in der Psychiatrie? Bericht über ein Praxisseminar. In: D. Sauter & D. Richter (Hrsg.), *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*. Bern: Huber: S. 59-72.
- Gertz, B. (1980). Training for prevention of assaultive behavior in a psychiatric setting. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 628-630.
- Goldstein, A.P., Nensén, R., Daleflod, B. & Kalt, M. (Hrsg.) (2004). *New Perspectives on Aggression Replacement Training: Practice, Research, and Application*. Chichester: Wiley.
- Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) Working Group (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *British Medical Journal*, 328, 1490-1494.
- Grube, M. (2001). Aggressivität bei psychiatrischen Patienten: Einflussmöglichkeiten durch ein Selbstschutztraining. *Nervenarzt*, 72, 867-871.
- Hagan, B.F. & Sayers, D. (1995). When caring leaves bruises: The effects of staff education on resident aggression. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 7-16.
- Hahn, S. (2003). Effekte einer Schulung auf die Haltung von Pflegepersonen zu Ursache und Management von Patientenaggression. Unveröffentlichte Master-Arbeit, Universität Maastricht (NL)/Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe Aarau (CH).

- Haug, H.J., Finzen, A., Beck, A. & Lüthy, D. (1993). *Hilfe wider Willen - Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hoeffler, B., Rader, J., McKenzie, D., Lavelle, M. & Stewart, B. (1997). Reducing aggressive behavior during bathing cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 16-23.
- Hücker, F. (1997). *Rhetorische Deeskalation*. Stuttgart: Boorberg.
- Hurlebaus, A.E. & Link, S. (1997). The effects of an aggressive behavior management program on nurses' levels of knowledge, confidence and safety. *Journal of Nursing Staff Development*, 13, 260-265.
- Ilkiw-Lavalle, O., Grenyer, B.F.S. & Graham, L. (2002). Does prior training and staff occupation influence knowledge acquisition from an aggression management training program? *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 233-239.
- Infantino, J.A. & Musingo, S.-Y. (1985). Assaults and injuries among staff with and without training in aggression control techniques. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 1312-1314.
- Leadbetter, D. & Paterson, B. (1995). De-escalating aggressive behaviour. In: B. Kidd & C. Stark (Hrsg.), *Management of Violence and Aggression in Health Care*. London: Gaskell: S. 49-84.
- Lee, S.-h.S., Gerberich, S.G., Waller, L.A., Anderson, A. & McGovern, P. (1999). Work-related assault injuries among nurses. *Epidemiology*, 10, 685-691.
- Lehmann, L.S., Padilla, M., Clark, S. & Loucks, S. (1983). Training personnel on the prevention and management of violent behavior. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 40-43.
- Linkemer, B. (2000). *Der professionelle Umgang mit schwierigen Menschen*. Landsberg am Lech: MVG.
- Maier, G.J. (1996). Managing threatening behaviour: The role of talk down and talk up. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34, 25-30.
- Martin, K.H. (1995). Improving staff safety through an aggression management program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11, 211-215.
- Mason, T. & Chandley, M. (1999). *Managing violence and aggression: A manual for nurses and health care workers*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Maxfield, M.C., Lewis, R.E. & Cannon, S. (1996). Training staff to prevent aggressive behavior of cognitively impaired elderly patients during bathing and grooming. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 37-43.
- McDonnell, A. (1997). Training care staff to manage challenging behaviour: An evaluation of a three day training course. *British Journal of Developmental Disabilities*, 43, 156-162.
- McGowan, S., Wynaden, D., Harding, N., Yassine, A. & Parker, J. (1999). Staff confidence in dealing with aggressive patients: A benchmark exercise. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 8, 104-108.
- Morrison, E.F. & Love, C.C. (2003). An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 146-155.
- Mortimer, A. (1995). Reducing violence on a secure ward. *Psychiatric Bulletin*, 19, 605-608.
- Murray, G.C., McKenzie, K., Quigley, A. & Sinclair, B. (1999). The relationship between training and the experience of aggression in the workplace in residential care staff working in learning disability services. *Journal of Learning Disabilities for Nursing, Health and Social Care*, 3, 214-218.
- Needham, I., Abderhalden, C., Haug, H.J., Dassen, T., Halfens, R.J.G. & Fischer, J.E. (2004a). The effect of a training course in aggression management on the

- prevalence of aggression and coercive measures in inpatient psychiatric settings: A randomised controlled trial. *Aggressive Behaviour* (submitted).
- Needham, I., Abderhalden, C., Meer, R., Dassen, T., Haug, H.J., Halfens, R.J.G. & Fischer, J.E. (2004b). The effectiveness of two interventions in the management of patient violence in acute mental inpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 595-601.
- NICE (2004). *The Short-term Management of Disturbed/ Violent Behaviour in Adult Psychiatric In-patient Settings and Accident and Emergency Settings (Draft for 2nd State Consultation Period)*. o.O.: National Institute for Clinical Excellence.
- Nijman, H.L.I., Merckelbach, H.L.G.J., Allertz, W.F.F. & à Campo, J.M.L.G. (1997). Prevention of aggressive incidents on a closed ward. *Psychiatric Services*, 48, 694-698.
- Noble, P. & Rodger, S. (1989). Violence by Psychiatric Inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 155, 384-390.
- Omer, H. (2004). *Non-violent resistance: A new approach to violent and self-destructive children*. Cambridge, Engl.: Cambridge University Press.
- Ore, T. (2002). Workplace assault management training: An outcome evaluation. *Journal of Healthcare Protection Management*, 18, 61-93.
- Parkes, J. (1996). Control and restraint training: A study of its effectiveness in a medium secure psychiatric unit. *Journal of Forensic Psychiatry*, 7, 525-534.
- Paterson, B., Turnbull, J. & Aitken, I. (1992). An evaluation of a training course in the short-term management of violence. *Nurse Education Today*, 12, 368-375.
- Perkins, J. & Leadbetter, D. (2002). An evaluation of aggression management training in a special educational setting. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 7, 19-34.
- Perleth, M. & Antes, G. (Hrsg.) (1998). *Evidenz-basierte Medizin: Wissenschaft im Praxisalltag*. München: MMV Medizin Verlag.
- Petticrew, M. (2003). Why certain systematic reviews reach uncertain conclusions. *British Medical Journal*, 326, 756-758.
- Philips, D. & Rudestam, K.E. (1995). Effect of nonviolent self-defense training on male psychiatric staff members' aggression and fear. *Psychiatric Services*, 46, 164-168.
- Poster, E.C. (1996). A multinational study of psychiatric nursing staff's beliefs and concerns about work safety and patient assaults. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 365-373.
- Reid, W.H., Bollinger, M.F. & Edwards, J.G. (1989). Serious Assaults by Inpatients. *Psychosomatics*, 30, 54-56.
- Rice, M.F., Helzel, M.F., Varney, G.W. & Quinsey, V.I. (1985). Crisis prevention and intervention training for psychiatric hospital staff. *American Journal of Community Psychology*, 13, 289-304.
- Richter, D. (1998). Gewalt und Gewaltprävention in der psychiatrischen Pflege - eine Übersicht über die Literatur. In: D. Sauter & D. Richter (Hrsg.), *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*. Bern: Huber: S. 109-136.
- Richter, D. (1999). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Freiburg: Lambertus.
- Richter, D. (2002). Gewalt gegen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In: F. Hoffmann, G. Reschauer & U. Stößel (Hrsg.), *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*, Bd. 15. Freiburg: edition FFAS: S. 242-251.
- Richter, D. (2004). Trainingsmaßnahmen zur Gewaltprävention und zur Anwendung physischer Maßnahmen. In: R. Ketelsen, M. Schulz & C. Zechert (Hrsg.), *See-*

- lische Krise und Aggressivität: Der Umgang mit Deeskalation und Zwang. Bonn: Psychiatrie-Verlag: S. 127-137.
- Richter, D. & Berger, K. (2000). Physische und psychische Folgen nach einem Patientenübergriff: Eine prospektive Untersuchung in sechs psychiatrischen Kliniken. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 35, 357-362.
- Richter, D. & Berger, K. (2001). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter - Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt*, 72, 693-699.
- Richter, D., Fuchs, J.M. & Bergers, K.-H. (2001). *Konfliktmanagement in psychiatrischen Einrichtungen*. Münster/Düsseldorf: Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, Rheinischer Gemeindeunfallversicherungsverband, Landesunfallkasse Nordrhein-Westfalen.
- Robson, L.S., Shannon, H.S., Goldenhar, L.M. & Hale, A.R. (2001). *Guide to Evaluating the Effectiveness of Strategies for Preventing Work Injuries: How to Show Whether a Safety Intervention Really Works*. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health.
- Schatte, S. (1999). *Gewalt im Arbeitsleben - Literaturstudie unter Berücksichtigung der psychologischen Aspekte*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schwartz, T.L. & Park, T.L. (1999). Assaults by patients on psychiatric residents: A survey and training recommendations. *Psychiatric Services*, 50, 381-383.
- Shah, A. & De, T. (1998). The effect of an educational intervention package about aggressive behaviour directed at the nursing staff on a continuing care psychogeriatric ward. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 35-40.
- Siegrist, K., Rödel, A. & Siegrist, J. (2003). Theoriegeleitete Mitarbeiterbefragung im Krankenhaus als Instrument betrieblicher Gesundheitsförderung. *Das Gesundheitswesen*, 65, 612-619.
- Sjöström, N., Eder, D.N., Malm, U. & Beskow, J. (2001). Violence and its prediction at a psychiatric hospital. *European Psychiatry*, 16, 459-465.
- Smooth, S.L. & Gonzales, J.L. (1995). Cost-effective communication skills training for state hospital employees. *Psychiatric Services*, 46, 819-822.
- St. Thomas Psychiatric Hospital (1976). A program for the prevention and management of disturbed behavior. *Hospital and Community Psychiatry*, 27, 724-727.
- Stark, C. & Kidd, B. (1995). Role of the organization. In: B. Kidd & C. Stark (Hrsg.), *Management of Violence and Aggression in Health Care*. London: Gaskell: S. 123-139.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P. & Monahan, J.e.a. (1998). Violence by People Discharged From Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Steinert, T. (2004). Indikation von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken. In: R. Ketelsen, M. Schulz & C. Zechert (Hrsg.), *Seelische Krise und Aggressivität*. Bonn: Psychiatrie-Verlag: S. 44-52.
- Steinert, T., Beck, M., Vogel, W.D. & Wohlfahrt, A. (1995). Gewalttätige Patienten. Ein Problem für Therapeuten an psychiatrischen Kliniken? *Der Nervenarzt*, 66, 207-211.
- Steinert, T., Vogel, W.D., Beck, M. & Kehlmann, S. (1991). Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. *Psychiatrische Praxis*, 25, 221-226.
- Stevenson, S. (1991). Heading off violence with verbal de-escalation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 29, 6-10.

- Thackrey, M. (1987). Clinician confidence in coping with patient aggression: Assessment and enhancement. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 57-60.
- UKCC (2001). *The Recognition, Prevention and therapeutic management of violence in mental health care*. o.O.: United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting.
- van Rixtel, A.M.J., Nijman, H.L.I. & Jansen, A. (1997). Aggressie en psychiatrie: Heeft training effect? *Verpleegkunde*, 12, 111-119.
- Weisman, R.L. & Lamberti, J.S. (2002). Violence prevention and safety training for case management services. *Community Mental Health Journal*, 38, 339-348.
- Wesuls, R., Heinzmann, T. & Brinker, L. (2003). *Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa): Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in Gesundheitsberufen*. Karlsruhe: Badischer Gemeindeunfallsversicherungsverband/Badische Unfallkasse.
- Whittington, R. (1994). Violence in Psychiatric Hospitals. In: T. Wykes (Hrsg.), *Violence and Health Care Professionals*. London: Chapman and Hall: S. 23-42.
- Whittington, R. & Wykes, T. (1992). Staff Strain and Social Support in a Psychiatric Hospital following assault by a patient. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 480-486.
- Whittington, R. & Wykes, T. (1996). An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *Journal of Clinical Nursing*, 5, 257-261.
- Wilkinson, C.L. (1999). An evaluation of an educational program on the management of assaultive behaviours. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 6-11.
- Wright, S. (2003). Control and restraint techniques in the management of violence in inpatient psychiatry: A critical review. *Medicine, Science and the Law*, 43, 31-38.
- Zeller, A. (2003). *Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei PflegeschülerInnen*. Unveröffentlichte Master-Arbeit (MNSc), Universität Maastricht (NL)/Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe Aarau (CH).

Anhang

Tabellarische Übersicht über die Studien und ihre Ergebnisse

Zeichenerklärung:

- entspricht: signifikant weniger Ereignisse oder schlechtere Befragungsergebnisse in der Interventionsgruppe oder im Zeitvergleich vorher/nachher.

+ entspricht: signifikant mehr Ereignisse oder bessere Befragungsergebnisse in der Interventionsgruppe oder im Zeitvergleich vorher/nachher.

= entspricht: keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe oder im Zeitvergleich vorher/nachher.

() Ergebnisse nicht sicher oder nur eingeschränkt gültig

Autoren	Needham et al. 2004a	CH	Land	mehrere psychiatr. Kliniken	Setting	Pflege	Zielgruppe	6 Akut- stationen	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmass- nahmen	Fertigkeiten	Anderes
												*			■		

* schwere Vorfälle

Tabelle 1: Randomisierte kontrollierte Studie - Kombinationstraining

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Nijman et al. 1997	NL	psychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen n.b.									
Smooth & Gonzales 1995	US	psychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen 72						■			
Whittington & Wykes 1996	UK	mehrere psychiatr. Kliniken	Pflege 155			■						

Tabelle 2: Kontrollgruppenvergleich – Deeskalationsprogramme

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Grube 2001	D	psychiatr. Abteilung	Alle Berufsgruppen	31	+	+	**					
McGowan et al. 1999	AUS	mehrere psychiatr. Kliniken	Pflege	70	+							

* einmalige Befragung – kein Kontrollgruppenvergleich

** erfragt wurde der bessere Schutz vor Verletzungen bei Vorfällen, nicht die Anzahl der Vorfälle selbst

Tabelle 3: Kontrollgruppenvergleich - Abwehrtechniken

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Ore 2002*	AUS	mehrere Einrichtungen Behindertenhilfe	Professionelle Einrichtungen	358		+		+				Kosten +
van Rixtel et al. 1997	NL	psychiatr. Klinik	nicht bekannt	38								subjektive Sicherheit +
Infantino & Musingo 1985	US	psychiatr. Klinik	Pflege	96		.						Relevanz für Job +
Hurlebaus & Link 1997	US	psychiatr. Klinik	Pflege	23	+							
Allen & Tynan 2000	UK	mehrere Einrichtungen Behindertenhilfe	Professionelle Einrichtungen	109	+	+						Aggressivität MA -
Thackrey 1987	US	mehrere psychiatr. Kliniken	Alle Berufsgruppen	106	+	+						

*gematchter Vergleich, Beobachtungszeitraum 1 Jahr prä/post

Tabelle 4: Kontrollgruppenvergleich – Kombinationsprogramme (Fortsetzung nächste Seite)

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Carmel & Hunter 1990	US	psychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen	744			■					
Rice et al. 1985	CDN	psychiatr. Stationen	Pflege	88	+	+					+	
Fitzwater & Gates 2002	US	Pflegeheim	Pflege	20	+		■					
Zeller 2003	CH	Pflegeausbildung	Pflege	117	+							subjektive Sicherheit (+)
Hahn 2003	CH	mehrere psychiatr. Kliniken	Pflege	63								Einstellung gegenüber Aggression =

Tabelle 5: Kontrollgruppenvergleich – Kombinationsprogramme (Fortsetzung)

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Phillips & Rude- stam 1995	US	mehrere psychiatr. Kliniken	nicht be- kannt	24			*				+	Aggressivi- tät MA -

* Befragung

Die Ergebnisse beziehen sich auf den Vergleich Deeskalationstraining vs. Kombinationstraining, bei dem letzteres bessere Resultate erzielte.

Tabelle 6: Kontrollgruppenvergleich Deeskalationstraining – Kombinationstraining – keine Intervention

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Wilkinson 1999	US	gerontopsychiatr. Abteilung	Pflege	32			+	-				
Colenda & Hamer 1991	US	gerontopsychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen	n.b.		-						
Hoeffler et al. 1997	US	gerontopsychiatrisches Pflegeheim	Pflege	n.b.		-						
Maxfield et al. 1996	US	gerontopsychiatr. Klinik	Pflege	96	+		-					
Fernandes et al. 2002*	CDN	Notaufnahme somat. Klinik	Alle Berufsgruppen	242	+		==					
Shah & De 1998	UK	gerontopsychiatr. Abteilung	Pflege	15			-					Aggressionslevel -
Feldt & Ryden 1992	US	Pflegeheim	Pflege	17	==							

* drei Messzeitpunkte

Tabelle 7: Vorher-/Nachher-Vergleiche Deeskalationstraining

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
St. Thomas Psychiatric Hospital 1976	CDN	psychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen	n.b.		■			■			
Forster et al. 1999	US	psychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen	n.b.			■			■		
Mortimer 1995*	UK	geschlossene Akutstation	Alle Berufsgruppen	23		■						
Parkes 1996	UK	psychiatr. Station	Pflege	n.b.				(+)				

* Beobachtung über 31 Monate

Tabelle 8: Vorher-/Nachher-Vergleiche Abwehrtechniken

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Martin 1995	US	psychiatr. Klinik	Pflege	n. b.			+	-				Kosten -
Sjöström et al. 2001	SWE	psychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen	185			(=)					unfallbedingte Ausfälle =
Hagen & Sayers 1995	CDN	Pflegeheim	Pflege	134			-					
Gertz 1983	US	psychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen	317			-					
Lehman et al. 1983	US	psychiatr. Klinik	Alle Berufsgruppen	144	+	+	+					

Tabelle 9: Vorher-/Nachher-Vergleiche Kombinationsprogramme (Fortsetzung folgende Tabelle)

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Allen et al. 1997	UK	Behinder- teneinrich- tung	Professio- nelle Be- hinder- teneinrich- tungen	n.b.			(-)	■				
Calabro et al. 2002	US	psychiatr. Klinik	Pflege	118	+	+	■					
Baker & Bissmire 2000	UK	Behinder- teneinrich- tung	Professio- nelle Be- hinder- teneinrich- tungen	13	+	+						
Needham et al. 2004b	CH	mehrere psychiatr. Kliniken	Pflege	n.b.						■		

Tabelle 10: Vorher-/Nachher-Vergleiche Kombinationsprogramme (Fortsetzung)

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Beech 1999	UK	Pflegeausbildung	Pflege	58	+							
Beech & Leather 2003	UK	Pflegeausbildung	Pflege	243	+	+						
Perkins & Leadbetter 2002	UK	Schule für intelligent-geminderte Kinder	Mitarbeiter Schule	14	+	+						
Paterson et al. 1992	UK	nicht bekannt	Pflege	25	+						+	beruflicher Stress -
McDonnell 1997	UK	Behindertereinrichtung	Professionelle Behinderteneinrichtungen	21	+	+						
Ilkiw-Lavalle et al. 2002	AUS	psychiatr. Stationen	Alle Berufsgruppen	103	+							Zufriedenheit mit Training +

Tabelle 11: Vorher-/Nachher-Vergleiche Kombinationsprogramme (Fortsetzung)

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmassnahmen	Fertigkeiten	Anderes
Grube 2001*	D	psychiatr. Abteilung	Alle Berufsgruppen	31	+	■	**					
Weisman & Lambert 2002***	US	ambulante Case Manager	Alle Berufsgruppen	150								Zufriedenheit mit T. +

* Intervention: Abwehrtechniken

** Kontrollgruppenvergleich (siehe Text)

*** Intervention: Deeskalationstraining

Tabelle 12: Einmalige Befragungen

Autoren	Land	Setting	Zielgruppe	Design	Intervention	N	Wissen	Zuversicht	Vorfälle	Verletzungen	Ausfalltage	Zwangsmaßnahmen	Fertigkeiten	Anderes	Bemerkungen
Murray et al. 1999	UK	mehrere Einrichtungen Behindertenhilfe	Professionelle Behinderteneinrichtungen	Befragung über Vorfälle, Training und Einstellungen	diverse Trainingverfahren	50		+							Zuversicht + nur bei männl. Befragten
Lee et al. 1999	US	Stichprobe Pflegende	Pflege	Befragung über Vorfälle und Training	nicht spezifiziert	415			+						epidemiologische Studie; keine spezifischen Angaben über Arbeitsplatz und Trainings

Tabelle 13: Sonstige Studien