

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG
„BASALES UND MITTLERES
PFLEGEMANAGEMENT“**

12. November 2012 – 17. Oktober 2013

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

Würde, Respekt und Anerkennung

Die Anwendung der Gewaltfreien
Kommunikation im pflegerischen Kontext

vorgelegt von: Stephan Drumel
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie

begutachtet von: Christina Fischer Kienberger BA, MA
LKH Villach
IMCL Villach/Qualitätsmanagement

September 2013

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Stephan Drumel

Hörtendorf, 19.09.2013

***„Kommunikation erfordert mehr Vorstellungskraft,
als sich viele Leute vorstellen
oder in Wirklichkeit haben.“***

(Cyril Northcote Parkinson)

KURZZUSAMMENFASSUNG

Das Thema der Abschlussarbeit „Würde, Respekt und Anerkennung – die Anwendung der Gewaltfreien Kommunikation im pflegerischen Kontext“ stellt eine Basis für die Begleitung von Patienten und deren Angehörigen im stationären Setting auf einer psychiatrischen Abteilung dar.

Neben den Begriffserklärungen und Einflussfaktoren von Aggression und Gewalt wird in der Arbeit auf die Themen: Grundlagen der Kommunikation, das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg und die Anwendung der Gewaltfreien Kommunikation im pflegerischen Kontext eingegangen.

In den Grundlagen der Kommunikation werden das Empfänger-Sender Modell und die Kommunikation im Gesundheitswesen im Allgemeinen erklärt. Nach der Einführung der Gewaltfreien Kommunikation, wird deren Anwendung im pflegerischen Kontext beschrieben. Das empathische Gespräch, das im Kontext des Arbeitsalltages als besonders wichtig erscheint, bildet gemeinsam mit der zusammenfassenden Darstellung das Ende der Arbeit. Es verdeutlicht den Einfluss, den Empathie auf Gespräche hat.

INHALTSVERZEICHNIS

0	VORWORT	8
1	EINLEITUNG	10
2	VORSTELLUNG DER INSTITUTION	12
3	DIE VIELFÄLTIGEN BILDER VON AGGRESSION UND GEWALT.....	14
3.1	Begriff Aggression und Gewalt.....	14
3.2	Formen von Gewalt	15
3.2.1	Physische Gewalt.....	15
3.2.2	Psychische Gewalt.....	15
3.2.3	Sexuelle und sexualisierte Gewalt	16
3.2.4	Strukturelle Gewalt.....	16
3.3	Erklärungsmodelle von Aggression und Gewalt.....	17
3.3.1	Psychoanalytische Modell.....	17
3.3.2	Ethologische Erklärungsansätze	17
3.3.3	Frustrations-Aggressions-Modell.....	17
3.3.4	Lerntheoretisches Modell	17
3.3.5	Einflussfaktoren für Aggression und Gewalt.....	17
4	GRUNDLAGEN DER KOMMUNIKATION	19
4.1	Kommunikation im Gesundheitswesen.....	19
4.2	Gesprächsführung und Basiskompetenzen in der Pflege	21
5	DAS KONZEPT DER GEWALTFREIEN KOMMUNIKATION NACH ROSENBERG	23
5.1	Marshall B. Rosenberg.....	23
5.2	Der Prozess der Gewaltfreien Kommunikation.....	23

5.2.1	Beobachtungen.....	24
5.2.2	Gefühle.....	24
5.2.3	Bedürfnisse	24
5.2.4	Bitten.....	24
6	DIE ANWENDUNG DER GEWALTFREIEN KOMMUNIKATION IM PFLEGERISCHEN KONTEXT	26
6.1	Akutaufnahme nach dem Unterbringungsgesetze	26
6.2	Gefühle und Bedürfnisse im Patientengespräch nach der Aufnahmesituationen.....	27
6.2.1	Die Navigation zu Gefühl und Bedürfnis.....	28
6.2.2	Gefühle.....	29
6.2.3	Bedürfnisse	30
6.3	Das empathische Gespräch.....	31
7	ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG	33
8	LITERATURVERZEICHNIS.....	35

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 Sender-Empfänger-Modell	20
Abbildung 2 Bedürfnispyramide	31

0 VORWORT

Nach der vierjährigen Ausbildung als allgemeiner und psychiatrischer Gesundheits- und Krankheitspfleger, war es mir immer ein Anliegen, den Patienten und deren Angehörigen Sicherheit, Wertschätzung und Anerkennung entgegen zu bringen. Auf Grund des Datenschutzes brauchen Angehörige meiner Berufsgruppe auf akupsy psychiatrischen Abteilungen, gerade in Bezug auf Auskunft bzw. Aufenthalt von akupsy psychiatrischen Patienten, viel Feingefühl, um den Angehörigen bzw. den Patienten Sicherheit, Verständnis und Wertschätzung zu vermitteln.

Als ich die Ausbildung zum psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpfleger abgeschlossen habe, war ich von 1994 bis 2002 in der Christian Doppler Klinik (ehemals Landesnervenklinik Salzburg) in der Landeshauptstadt Salzburg beschäftigt. In den Anfangsjahren und bis heute war und ist es mir immer ein Anliegen, den Umgang mit akupsy psychiatrischen Patienten und deren Angehörigen professionell zu gestalten und sie in ihrer momentanen Ausnahmesituation bzw. Krise zu unterstützen und zu begleiten. Gerade diese acht Jahre, die ich in Salzburg verbringen konnte, waren für mich und meiner professionellen Entwicklung im Umgang mit akupsy psychiatrisch kranken Patienten und deren Angehörigen immens wichtig. Neben der Betreuung von akupsy psychiatrisch beeinträchtigten Patienten durfte ich unter anderem in einem speziell zusammengestellten und ausgebildeten Team mitarbeiten, das mit hyperaktiven und hyperaggressiven Kindern zu tun hatte. Gerade die Auffälligkeiten und Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen waren für mich und meine weitere persönliche Entwicklung von großer Bedeutung. In diesen wertvollen und lehrreichen Jahren durfte ich nicht nur ein vollwertiges Mitglied eines multiprofessionelles Team sein, ich war auch ein voll integriertes, mitentscheidender Mitarbeiter, das in Behandlungs- und Betreuungskonzepten Mitsprache hatte.

Würde, Respekt und Anerkennung sind nicht nur für Patienten und deren Angehörige von großer Bedeutung, sondern auch im Berufsalltag der „psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpfleger“. Sie benötigen viel Engagement, Interesse und Vielfältigkeit im Arbeitsalltag. Eine besondere und anspruchsvolle Aufgabe sind die genauen Beobachtungen von Verhaltensweisen schwer psychisch kranker Menschen und die Kommunikation in Akut- und Alltagssituationen.

2002 habe ich mich im damaligen Landeskrankenhaus Klagenfurt (heute Klinikum Klagenfurt am Wörthersee) beworben, wo ich auf meinen Wunsch hin, weiterhin meinen Beruf als „psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpfleger“ an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie auf der akutpsychiatrischen Männerstation ausüben konnte und bis dato kann. Im Jänner 2010 übernahm ich die stellvertretende Leitung der Akutstation für Männer.

Frauen und Männer werden in der Arbeit als gleichwertig angesehen. Zur besseren Lesbarkeit wird in der Arbeit die männliche Form verwendet, gemeint sind aber immer Frauen und Männer.

Ungekennzeichnete Abschnitte sind vom Verfasser eingebrachte Überleitungen zum folgenden Themenabschnitt, Gedanken oder Erfahrungen aus dem Berufsalltag.

Hörtendorf, 2013

Stephan Drumel

1 EINLEITUNG

Der Alltag in der Behandlung und Betreuung von schwer psychisch beeinträchtigten Menschen gestaltet sich auf Grund der Zunahme von Aggressivität und Gewalt, hohen Erwartungshaltungen von Patienten und deren Angehörigen, knappen Personalressourcen, Einrichtungen von Beschwerdeschnittstellen, Patientenanwaltschaft und Volksanwaltschaft immer schwieriger. Unter dem Aspekt der unterschiedlichen Anforderungen, die die genannten Personengruppen an das pflegerische Personal stellen, ergibt sich immer wieder Konfliktpotential. Die psychiatrische Pflegefachkraft als Schnittpunkt und Vermittler trägt dabei große qualitative und quantitative Verantwortung, um das bestmögliche Betreuungskonzept für den Patienten im interdisziplinären Kontext zu erarbeiten. Aus der Sicht der Führungskraft ist es erforderlich, die Übersicht zu behalten, zu vermitteln, zu koordinieren und dafür Sorge zu tragen, dass eine einfühlsame und gewaltfreie Kommunikation auch in Akutsituationen beibehalten und gelebt wird.

Der Zeitfaktor, wie einfühlsame und gewaltfreie Kommunikation geführt wird, spielt dabei eine bedeutsame Rolle. In der Psychiatrie gestalten sich Gespräche mit Patienten und deren Angehörigen vielfach als äußerst schwierig, weil in den meisten Fällen massive Familienkonflikte im Hintergrund verborgen sind und Familienangehörigen sich über die Probleme nicht äußern wollen oder können. Die fehlende Akzeptanz zur Krankheitseinsicht von Patienten oder auch die Unsicherheit und Überforderung der Angehörigen in Aufklärungsgesprächen, machen einen Diskurs im therapeutischen Pflorgeteam schwierig, und sind daher eine große Herausforderung für das gesamte Pflorgeteam.

Die Arbeit in der Krankenpflege ist charakterisiert durch ein vielschichtiges Anforderungsprofil. Neben der pflegerischen Betreuung und Begleitung von kranken, teils multimorbiden und sterbenden Menschen und deren Angehörigen, sind soziale und vor allem kommunikative Kompetenzen wie die Bereitschaft zur Teamarbeit, Begleitung und Betreuung von Angehörigen und das Bewältigen von Krisensituationen, sowie ausreichende Sensibilität und Empathie hinsichtlich der Bedürfnisse der zu betreuenden Personen von großer Bedeutung. Die Fähigkeit zu kommunizieren, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, an der Gesellschaft im Gesamten teilzuhaben, sich auszutauschen, auf welche Art auch immer, ist eine der wichtigsten Fähigkeiten des Menschen. Die Arbeit als Pfleger im akutpsychiatrischen Bereich setzt nicht nur Basiswissen und Können in den Pflorgetechniken voraus, sondern erfordert ein hohes Maß an kommunikativen Fähigkeiten.

Erziehung, eigene Werte, die Gesellschaft und Vorurteile beeinflussen unsere Einstellung und Beziehung zu unseren Mitmenschen und so auch zu unseren Patienten. Wie schnell ist ein unüberlegtes Wort gefallen, wenn wir uns in einer Stresssituation befinden oder überfordert sind. Keiner möchte Gewalt erfahren und dennoch sind wir ständig von ihr umgeben. Nicht nur über das Fernsehen wird uns täglich das Gewaltpotential der Menschheit vor Augen geführt, sondern auch und viel subtiler und umso grausamer, erfahren wir Diskriminierung und Abwertungen in unserem täglichen Sprachgebrauch. Und nicht nur in unserem täglichen Sprachgebrauch finden wir Gewalt, auch in sämtlichen Medien sind wir ständig mit Aggressivität, Abwertung, Sexismus und Gewalt konfrontiert. Jeder von uns hat ein relativ klares Bild für sich selbst, was Gewalt ist, und wie sie sich äußert. In den meisten Fällen wird an direkte körperliche Übergriffe gedacht, die mit körperlichen Schäden einhergehen. Die symbolische Gewalt, die in unserem Verhalten und Kommunikationsformen und auch in den Medien zu tragen kommt, wird meist nicht als solche wahrgenommen. Es ist wichtig, den durch die Gesellschaft stigmatisierten Patienten und deren Angehörigen, gerade im akutpsychiatrischen pflegerischen Bereich, einen würdevollen, wertschätzenden und respektvollen Umgang im stationären Setting zu ermöglichen. Aufgrund der geschilderten Situation im Alltag an akutpsychiatrischen Stationen ergibt sich die Forschungsfrage, die mit fundierter Literatur in der Arbeit beantwortet wird:

Welche Möglichkeiten bietet die Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg, die Pflege-Patientenbeziehung im psychiatrischen Kontext, mit Würde, Respekt und Anerkennung zu gestalten?

2 VORSTELLUNG DER INSTITUTION

Die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee besteht aus 10 Stationen. Abteilungsvorstand ist Primarius Mag. Dr. Herwig Oberlerchner und die Abteilungsleitung der Pflege ist Oberschwester Edith Laure. Die Abteilung hat einen Vollversorgungsauftrag für ganz Kärnten. Insgesamt stehen der Abteilung 168 Betten für den stationären und 20 Betten für den tagklinischen Bereich zur Verfügung. Nachstehend werden die einzelnen Stationen aufgelistet:

Station M1: Aufnahme- und Kriseninterventionsbereich

Station M2: Suchtstation

Station F4: Subakut-Station

Station F5: Station für Patienten mit affektiven Störungen

Station F6: Station für Patienten mit Schwerpunkt Essstörungen und Sonderklasse

Station 07: Station für Früh- und Langzeitrehabilitation

Station 08: Akutstation Frauen (geschlossen)

Station 09: Alterspsychiatrie

Station 10: Akutstation Männer (geschlossen)

Tagklinik

Nach kurzer stellvertretender Leitung habe ich im Jahr 2010 die Rolle der Stationsleitung der Akutstation 10 Männer übernommen. Die Station hat 18 systemisierte Betten zur Behandlung und Betreuung von psychisch beeinträchtigten Patienten zur Verfügung, wobei zusätzlich aufgestellte Gangbetten keine Seltenheit sind. Den nach dem Unterbringungsgesetz (UBG) aufgenommenen Patienten steht ein Behandlungs- und Betreuungsteam zur Seite. Das multiprofessionelle Team setzt sich aus Ärzten, klinischen Psychologen, psychiatrischen Fachkräften, Pflegehelfern, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und Diätologen zusammen. Die Voraussetzungen für eine unfreiwillige Aufnahme nach dem Unterbringungsgesetz sind folgende:

- Psychische Erkrankung
- erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung
- keine Betreuungsalternative (vgl. [www.ris.bka.gv.at/geltende Fassung.wxe](http://www.ris.bka.gv.at/geltende/Fassung.wxe))

Die häufigsten Krankheitsbilder nach ICD 10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), die die Aufnahme auf die psychiatrische Abteilung Akutstation Männer notwendig machen, sind: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, affektive Störungen, psychische und

Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, organische einschließlich symptomatisch psychischer Störungen, Demenz (vgl. www.medaustria.at/medaustria/f_icd10.html).

Pflegetherapeutisches Angebot auf der Akutstation Männer

Der Aufenthalt eines Menschen auf einer psychiatrischen Akutstation stellt für die meisten betroffenen Personen eine schwierige, nicht alltägliche Situation dar.

Auf der Akutstation Männer werden Menschen von einem multiprofessionellen Team mit Engagement unter Einbeziehung ihrer Persönlichkeit und ihren verfügbaren Ressourcen behandelt, betreut und versorgt, die auf Grund ihrer psychischen Erkrankung den geschützten, geschlossenen Rahmen benötigen. Die Hauptkernaufgabe besteht in der Deeskalation von Akutsituationen, Krisenbewältigung, Prävention und Nachsorge im Rahmen eines institutionellen Sicherheitsmanagement im Umgang mit Aggressionen. Ein professioneller, wertschätzender und empathischer Umgang und Erfahrungen in Krisensituationen erfordert hohes Maß an Feingefühl.

Es werden Menschen und deren Angehörige in der Krise begleitet, ihr Wohlbefinden ist unser Auftrag. Es werden die gesunden Anteile gestärkt und die Selbständigkeit gefördert. Die Patienten werden unterstützt, die Krankheit zu überwinden bzw. sie zu akzeptieren es wird gezeigt, wie der Patient und dessen Angehörige damit umgehen können.

Pflegetheoretisch stützt sich das Personal auf folgende Modelle.

- Roper-Logan-Thierney (Bedürfnistheoretikerinnen)
 - Hildegard E. Peplau (Interaktionstheoretikerin)
 - Dorothea Elizabeth Orem (Bedürfnistheoretikerin)
- (vgl. Menche et al. 2000, S. 10ff)

Es wird im Rahmen der Bezugspflege gearbeitet, der Beziehungsaufbau zum Patienten und dessen Angehörigen steht im Mittelpunkt. Im Beziehungsaufbau werden Pflegediagnosen erstellt, hier orientiert sich das Personal an den praxisorientierten Pflegediagnosen, kurz POP genannt.

Ein vielfältiges pflegetherapeutisches Angebot wird dem Patient auf der Akutstation Männer geboten. Schwerpunkte sind: interdisziplinäre milieutherapeutische Gruppe, Ressourcengruppe, Achtsamkeitsgruppe, NADA - Ohr Akupunktur, sozialtherapeutische Ausgänge, extramurales Training.

3 DIE VIELFÄLTIGEN BILDER VON AGGRESSION UND GEWALT

In diesem Kapitel wird neben der Begriffsentwicklung und Begriffsklärung auf Formen von Gewalt und Einflussfaktoren zu Aggression und Gewalt näher eingegangen. Des Weiteren werden kulturelle und sexuelle Gewalt näher beschrieben. Insbesondere wird die verbale Gewalt näher ausgeführt.

3.1 Begriff Aggression und Gewalt

Die Definition von Aggression wird von Schirmer und anderen Autoren (2012, S.11) folgend formuliert: *„Aggressives Verhalten ist jegliche Form verbalen, nonverbalen oder körperlichen Verhaltens, welches für den Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum eine Bedrohung darstellen oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind.“*

Es liegt dann ein aggressives Verhalten vor, wenn sich eine Person angegriffen, bedroht oder verletzt fühlt. In der Regel finden Aggressionen in der zwischenmenschlichen Beziehung statt. Die Aggression kann gegen Gegenstände gerichtet sein, wobei an dieser Stelle zu erwähnen ist, dass letztlich die Ursache für eine Aggression zumeist im zwischenmenschlichen Beziehungsbereich zu finden ist. Das Ziel von Aggressionen ist, Sachen zu zerstören oder nur zu stören, andere zu schädigen. Aggressives Verhalten beginnt bei bewusst lästigem Verhalten, es kommt zu Sachbeschädigungen und es bewirkt schlussendlich Verletzung anderer Personen oder Verletzung der eigenen Person (vgl. Kienzle/Paul-Ettlinger 2012, S. 17f).

Unter den Aggressionsarten wird zwischen indirekter und direkter, physischer und verbaler, aktiver und passiver sowie feindseliger und instrumentaler Aggressionsart unterschieden (vgl. Kienzle/Paul-Ettlinger 2012, S. 37).

„Aggression ist ein Verhalten, das subjektiv als Bedrohung erlebt wird und/oder objektiv eine Schädigung verursacht.“ (Schirmer, et al. 2012, S.12)

Eine etwas allgemeinere, dennoch ähnliche Definition von Gewalt lautet: „Es wird immer dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person zum Opfer wird, das heißt vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Gewalt heißt also, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers missachtet wird.“ (Kienzle/Paul-Ettlinger 2012, S. 17).

Es begegnen uns im pflegerischen Alltag unterschiedliche Formen und Ausprägungen von Aggression und Gewalt. Diese unterscheiden sich grob in verbal-aggressives Verhalten, nonverbale Gewaltandrohungen, tötlich aggressives Verhalten und selbstgerichtete Aggression (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 12).

Nach dem der Begriff der Aggression näher erläutert wurde ist es notwendig sich mit dem Thema der Gewalt genauer zu beschäftigen.

3.2 Formen von Gewalt

Folgende Formen von Gewalt werden unterschieden und anschließend näher beschrieben: physische Gewalt, psychische Gewalt, sexuelle und sexualisierte Gewalt und strukturelle Gewalt.

3.2.1 Physische Gewalt

Die physische Gewalt, auch körperliche Gewalt genannt, ist eine bewusste oder unbewusste gewaltsame körperliche und/oder seelische Schädigung (vgl. <http://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen>). Engfer (vgl. 2002, S. 803) nennt in seiner Definition gewaltsamen Handlungen: „Schläge oder andere gewaltsame Handlungen (Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw.).“

Weiters ist zu erwähnen, dass viele Autoren innerhalb der Definitionen zwischen leichten und schweren Formen von körperlicher Gewalt unterscheiden. Leichtere Formen werden oft als gewöhnliche Gewalthandlungen angesehen, dazu zählen Handlungen wie Festhalten, eine Ohrfeige und/oder Klaps, Schütteln, Stoßen, Zwicken etc. Es ist schwierig, diese Ausprägungen von körperlicher Gewalt zu definieren, da es bei einem Großteil der Gesellschaft noch toleriert und als normale Erziehungsmaßnahme akzeptiert wird. Die schweren Formen von körperlicher Gewalt hinterlassen deutlichere Spuren, wie beispielsweise blaue Flecke bis hin zu Quetschungen, Verbrennungen, Brüche, Schnitte oder inneren Blutungen (vgl. <http://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen>).

Der Umgang mit physischer Gewalt ist sehr von Kultur, Zeit und Sozialisation abhängig. Obwohl in den Medien weitverbreitet mit physischer Gewalt sehr inflationär zu Werbezwecken umgegangen wird und diese vom Großteil der westlichen Bevölkerung als selbstverständlich erachtet wird, ist aus Sicht einer professionellen psychiatrischen Fachkraft physische Gewalt in keiner Form zu akzeptieren.

3.2.2 Psychische Gewalt

Psychische Gewalthandlungen hinterlassen im seelischen und emotionalen Bereich Narben. Es gibt unterschiedliche Arten von psychischer Gewalt, beispielsweise wird von sozialer Gewalt gesprochen, wenn es sich um Drohungen und Nötigungen,

Beschimpfungen und Diffamierungen sowie Belästigung bis hin zu Terror handelt. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Arten näher beschrieben:

Bei sozialer Gewalt handelt es sich um die Isolierung der betreffenden Person, d.h. der betroffenen Personen wird beispielsweise ein Kontaktverbot zur Familie ausgesprochen. Eine sehr häufige Form von psychischer Gewalt sind Drohungen und Nötigungen. Bei dieser Gewaltform wird häufig die Androhung, Dritte zu verletzen, eingesetzt. Durch Drohungen wird Angst ausgelöst und die betroffenen Personen werden eingeschüchtert. Somit erübrigt sich die Anwendung von physischer Gewalt. Vor allem das Lächerlich machen in der Öffentlichkeit durch gehässige und abwertende Aussagen zeichnet die Gewaltform für die Zerstörung des Selbstwertgefühls und der geistigen Gesundheit aus. Diese kann durch Mobbing, Beschimpfungen und Diffamierungen erfolgen. Häufig werden derartig abfällige Anmerkungen benützt, um von den eigenen Taten abzulenken und das Opfer zum Problem zu machen. Belästigung und Terror wird eine immer gegenwärtigere Form der psychischen Gewalt. Ständige Anrufe, Drohbriefe, Verfolgung etc. sind Beispiele dafür (vgl. <http://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen>).

Eine zurzeit bei Jugendlichen weit verbreitete Form der psychischen Gewaltausübung bzw. eine Art von Mobbing findet über die aktuellen Medien wie Facebook statt. Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene verbreiten über das Netz Peinlichkeiten und stellen ihre schwächeren Kameraden/Freunde/Kollegen bloß. Dies kann bis hin zum Verbreiten von sehr intimen Aufnahmen (Nacktfotos, fixierte Patienten, usw.) sowie sexuelle Themen gehen. Bei den Opfern können sich Verzweiflung, Depressionen einstellen. Dies kann bis zum Suizid führen.

3.2.3 Sexuelle und sexualisierte Gewalt

Es wird zwischen den Begriffen sexuelle Gewalt und sexualisierter Gewalt unterschieden. Die sexuelle Gewalt versucht die psychisch-emotionale Komponente und deren Folgen auszublenden. Die sexualisierte Gewalt hingegen umfasst alle sexuellen Handlungen, die der betroffenen Person aufgedrängt und/oder aufgezwungen werden. Diese Handlungen sind Vorgehen von Aggression und von Machtmissbrauchs der psychiatrisch erkrankten Personen (vgl. <http://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen>).

3.2.4 Strukturelle Gewalt

Strukturelle Gewalt auch strukturelle Rücksichtslosigkeit genannt, geht nicht von einem Handelnden aus, sondern ist in das Gesellschaftssystem eingebaut. Diese Gewaltform beinhaltet ungleiche Machtverhältnisse und in der Folge ungleiche Lebenschancen für die Betroffenen (vgl. <http://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen>).

3.3 Erklärungsmodelle von Aggression und Gewalt

Es gibt mehrere Erklärungsmodelle wie Aggression und Gewalt entsteht. Nachstehend werden einige Modelle näher beschrieben und anschließend Einflussfaktoren aufgezählt.

3.3.1 Psychoanalytische Modell

Aus psychoanalytischer Sicht ist aggressives Verhalten eines Menschen ein angeborener Trieb. Er kann zu Gewalt führen und daher für das zwischenmenschliche Zusammensein problematisch werden (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 13).

3.3.2 Ethologische Erklärungsansätze

Menschen zeigen auf Grund ihrer unterschiedlichen Erziehung und Sozialisation, wie sie mit Aggression umgehen können oder nicht. (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 13)

Je mehr Lösungsstrategien und kommunikative Fähigkeiten eine Person besitzt, desto weniger Aggression ist zu erwarten. Aus der Forschung ist bekannt, dass Personen mit einem geringen Bildungsniveau und schwachen sozialen Hintergrund und geringen Aufstiegschancen eher mit Aggression und Gewalt reagieren (vgl. Steinbach 2011, S. 35f).

Dennoch ist es nicht explizit notwendig, diese Personengruppe als Aggressoren und Gewalttäter zu stigmatisieren. Sie können durch das Erlernen von sozialen Kompetenzen durchaus Fähigkeiten und Fertigkeiten im positiven dazugewinnen (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 13).

3.3.3 Frustrations-Aggressions-Modell

Aggression wird als Folge von Frustration angesehen. Jeder Mensch verfügt über unterschiedliche Frustrationstoleranzen (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 13).

3.3.4 Lerntheoretisches Modell

Aggression und Gewalt kann durch die negativen Ereignisse in der Gesellschaft erlernt werden; beispielsweise wenn Betroffene mit aggressivem Verhalten einen Nutzen für sich ziehen (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 13).

3.3.5 Einflussfaktoren für Aggression und Gewalt

Aggression und Gewalt können im akupsykiatrischen Bereich durch verschiedene Situationen hervorgerufen werden. Der Begriff institutionelle Gewalt hat verschiedene Aspekte in der psychiatrischen Pflege. Folgende Faktoren spielen eine wesentliche Rolle: Zwangseinweisung, gerichtliche Unterbringung nach dem Unterbringungsgesetz, Zwangsmaßnahmen wie Fixierung, räumliche Isolierung, Zwangsmedikation, geschlossene Stationstüre, Ausgangsbeschränkungen, Geldeinteilung oder

Zigaretteinteilung. Aggression und Gewalt sollten niemals verleugnet oder bagatellisiert, sondern immer ernst genommen werden. Werden diese ignoriert, so können Situationen eskalieren. Wichtig dabei ist, dass potentielle Aggressionen mit dem Patienten besprochen werden, und dass frühere aggressive Situationen mit ihm zusammen analysiert und daraus mögliche Verhaltensweisen entwickelt werden (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 19f).

Ein erhöhtes Risiko an Aggressions- und Gewaltbereitschaft besteht bei Patienten, die bereits in der Vorgeschichte ein Aggressionspotential gezeigt haben, wie Gewalt gegen andere (personelle Übergriffe), Gewalt durch Drohungen (verbales Drohen), indirekte Gewalt (Sachbeschädigungen, Türen zuschlagen, auf Wände schreiben), abnormes antisoziales Verhalten (Stehlen, ständiges Stören beim therapeutischen Gruppenangebot, Medikamentenverweigerung), Alkohol- und/oder Drogenkonsum, Brandstiftung, Konfrontation mit Gewalt im familiären Bereich, Gewalt gegenüber Kindern und Tieren (Tierquälerei) (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 20).

Weitere Einflussfaktoren zur erhöhten Aggressions- und Gewaltbereitschaft können psychotische Symptome (akustische und optische Halluzinationen, wahnhafte Gedanken), neurologische Erkrankungen (Schädelhirntrauma, Schlaganfall), kognitive Defizite (Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte geistige Leistungsfähigkeit), Intoxikationen durch Drogen- und/oder Alkoholkonsum, suizidale Einengung, Störung der Impulskontrolle und Auffälligkeiten in der Körpersprache (gespannte Körperhaltung, Ruhelosigkeit, drohende Haltung) sein (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 20f).

Im Gegensatz zu den Einflussfaktoren, die Gewalt und Aggression fördern, gibt es Faktoren, die zu einer Verminderung des Aggressions- beziehungsweise des Gewalttrisikos, neben des fachlichen Wissens und einer wertschätzenden Grundhaltung der Mitarbeiter, beitragen. Dazu gehören klar geregelte Tagesstrukturen, geregelte, aber dennoch flexible Arbeitsabläufe, ein vielfältiges therapeutisches Angebot vom multiprofessionellen Team, eine angenehme Stationsatmosphäre, bauliche Rahmenbedingungen sowie Würde, Respekt, Anerkennung und Förderung engagierter und kooperativer Patienten- Therapeuten-Beziehungen (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 20f).

4 GRUNDLAGEN DER KOMMUNIKATION

*„Der tägliche Umgang mit leidenden Patienten
und ihren besorgten,
wütenden oder vorwurfsvollen Angehörigen
ist extrem belastend“
(Sears 2012, S.11)*

In diesem Kapitel wird der Begriff der Kommunikation zunächst erklärt. Darüber hinaus wird auf die Kommunikation im Gesundheitswesen, auf die Wichtigkeit der Gesprächsführung und Basiskompetenzen in der Kommunikation eingegangen.

4.1 Kommunikation im Gesundheitswesen

Kommunizieren bedeutet miteinander sprechen, in Kontakt zu einer anderen Person treten und sich mit dieser auszutauschen. Kommunikation ist eine Interaktion zwischen Menschen und ist die wichtigste Aufgabe im sozialen Kontext. Der Begriff Kommunikation und Interaktion wird unterschiedlich beschrieben. Der Begriff Interaktion bedeutet ‚zwischen Handeln‘ von Personen und steht für die zwischenmenschliche Beziehung. Die Kommunikation hingegen beschreibt den Austausch von Informationen und Mitteilungen. Die Arbeit von Pflegepersonal mit einem Patienten ist ein Beispiel für eine Form von Interaktionsgeschehen. Die Mitteilungen, die zwischen Pflegekraft und Patienten ausgetauscht werden, machen die Kommunikation aus. Wichtig ist, dass gezielte Informationen an den Patienten gegeben werden, was mit ihm hier geschieht. Die Instruktion an den Patienten ist bedeutend, damit dieser erfährt und erklärt bekommt wie er sich in einer aktivierenden Pflege zu verhalten hat (vgl. Wingchen 2006, S. 18f).

Dieses Verständnis von Kommunikation wird im Sender-Empfänger-Modell erläutert. Eine Nachricht bzw. Botschaft wird von einem Sender an einen Empfänger gesandt. Der Empfänger muss die wahrnehmbaren Zeichen entschlüsseln. Grundsätzlich stimmen gesendete und empfangene Nachrichten überein, so dass ein Gespräch zustande kommt (vgl. Wingchen 2006, S. 19).

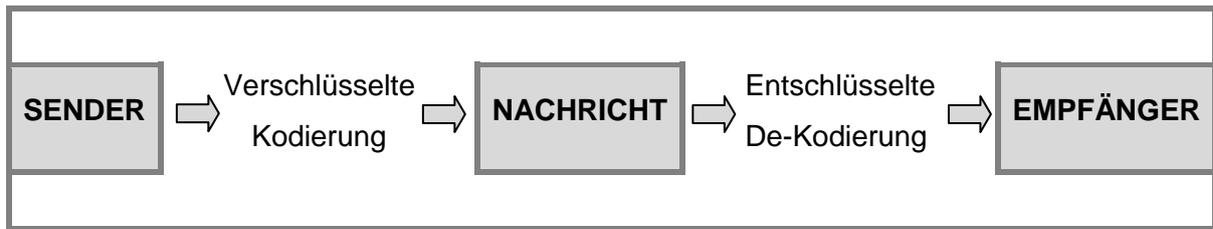


Abbildung 1 Sender-Empfänger-Modell (vgl. Wingchen 2006, S. 19)

Da Kommunikation eine der komplexesten und wichtigsten Fähigkeiten des Menschen ist, können Kommunikationsschwierigkeiten auftreten. Bekanntlich dient die Kommunikation nicht nur zur Weitergabe von sachbezogenen Informationen, sie basiert auch über den visuellen oder akustischen Kanal in einem Gespräch, beispielsweise über Gestik, Körperhaltung, Mimik, Betonung etc. (vgl. Käselau 2008, S. 2).

Eine unbefriedigende Kommunikation kann das Arbeitsklima behindern sowie zu Fehlinformationen führen. In psychiatrischen Kliniken sind gewaltsame Übergriffe durch Patienten die häufigsten Arbeitsunfälle. Nicht nur von körperlichen, sondern auch von verbalen Übergriffen. Es ist wichtig, dass Pflegende die mögliche Gefährdung einschätzen können (vgl. Schirmer, et al. 2012, S. 17f).

Um verbal aggressives Verhalten und nonverbalen Gewaltdrohungen annähernd vermeiden zu können, bedarf es einer Gewaltfreien Kommunikation im Gesundheitswesen. Die gewaltfreie und wertschätzende Kommunikation soll dazu dienen, dass Personen mehr Empathie für andere entwickeln, indem sie sich ihrer eigenen Gefühle und Bedürfnisse bewusst werden. Die Gewaltfreie Kommunikation nach M. Rosenberg kann eingesetzt werden, um emotionale Wunden zu heilen, emotionale Intelligenz zu entwickeln und gegebenenfalls Konflikte zu lösen. Dr. Marshall Rosenberg entwickelte ein Vierstufen-Modell im Konzept der Gewaltfreien Kommunikation, welches eine verbindende Kommunikationsbasis schafft (vgl. Sears 2012, S. 15).

Ein Basiskonzept für eine professionell helfende Kommunikation umfasst eine wertschätzende Grundhaltung, und die Fähigkeit und Geduld zum aktiven Zuhören. Von großer Bedeutung sind die Unterscheidungen zwischen sachlicher und emotionaler Ebene, zwischen Beobachtungen und Bewertungen, zwischen inhaltlichen und persönlichen Ansichtspunkten und zwischen Positionen und Interessen. Durch die Fähigkeit des Einfühlungsvermögens können zuvor genannte Unterscheidungen in eine wahrnehmbare und fühlbare Form gebracht werden (vgl. Wehner, et al. 2010, S. 38ff).

4.2 Gesprächsführung und Basiskompetenzen in der Pflege

Die Kommunikation und Interaktion zwischen Pflegekräften und Patienten sind die Basis für alle pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen. Ohne eine Verständigung, Sprache und/oder nonverbaler Kommunikation, wäre die Arbeit an und mit Menschen nicht möglich (vgl. Kulbe 2009, S. 101).

„Ein spezieller Bereich der Kommunikationspsychologie ist das Gebiet der Gesprächsführung. Gesprächs-Führung ist die Kunst, Gespräche zu führen, zu beeinflussen, zu leiten oder zu steuern. Hierdurch können Gespräche gezielt und sinnvoll geführt werden und auf diese Weise effektiv sein, d.h. eine sinnvolle Wirkung erzielen.“
(Kulbe 2009, S. 101)

Im Pflegealltag werden zahlreiche Gespräche geführt, die unterschiedliche Personengruppen umfasst, beispielsweise Patienten, Angehörige, Ärzte, Schüler im Praktikum der Krankenpflegeschule, Vorgesetzte, Mitarbeiter anderer Abteilungen, Kollegen etc. Es gibt unterschiedliche Gesprächsarten, die je nach Anlass geführt werden. Um eine professionelle Pflege gewährleisten zu können, stehen an erster Stelle Gespräche mit dem Patienten. Diese Gespräche beinhalten Alltägliches, Aufklärung über Stationsabläufe, das Informieren und Instruieren bei therapeutischen Maßnahmen, und sie beinhalten auch das Reden über Ängste und Probleme bezüglich dem stationären Aufenthalt und/oder über die Krankheit des Patienten. Weitläufigere Gespräche im Krankenhausalltag sind Mitarbeitergespräche, Beurteilungsgespräche, Konfliktgespräche, Teamsitzungen, Übergaben, Angehörigengespräche sowie fachliche Gespräche mit Ärzten (vgl. Kulbe 2009, S. 101f).

Im Rahmen einer guten Gesprächsführung und Basiskompetenz in der Pflege gibt es spezielle Möglichkeiten und Gesprächstechniken die förderlich für eine positive Gesprächsführung sind und sein können. Im folgenden Abschnitt werden einige wichtige Gesprächstechniken bündig dargestellt. Bei einem Gespräch ist es wichtig, dass die Pflegeperson dem Patienten gut zuhört, ihm Zeit gibt, um etwas in Ruhe sagen zu können. Die eigene spontane Reaktion zu kontrollieren und aktiv zuzuhören sowie Unterbrechungen zu vermeiden und den anderen in Ruhe berichten zu lassen, sind Grundvoraussetzungen für Patientengespräche. Die Zeit und Möglichkeit, dass jemand sich zurückhält, gleichzeitig Interesse und Aufmerksamkeit seinem Gegenüber zeigt, motiviert zum Sprechen und beeinflusst das Gespräch auf positive Weise. Ebenfalls ist es bedeutsam Pausen zu ertragen, denn diese Redepausen dienen häufig Gedankengänge

zu ordnen, Resümieren, Nachdenken, etwas erst verarbeiten etc.. Diese Pausen dürfen vom Zuhörer als langweilig assoziiert werden. Vor allem im Pflegebereich wird man mit schweren Dingen des menschlichen Daseins konfrontiert. Es ist daher essentiell eine gesunde Distanz zum Inhalt aufzubauen, eigene Erlebnisse, Bewertungen, Meinungen, Erfahrungen etc. wahrzunehmen und entsprechend zu kontrollieren. Der eigene emotionale Bezug zum Inhalt sollte zurück gehalten werden, dennoch ist Verständnis und Aufmerksamkeit enorm bedeutungsvoll. Es soll deutlich werden, dass die Pflegeperson sich gut in die Situation des Patienten hineinversetzen kann und hierfür Verständnis (Empathie) zeigt. Dennoch erscheint es nicht hilfreich durch die eigene Betroffenheit blockiert zu werden (vgl. Kulbe 2009, S. 107f).

5 DAS KONZEPT DER GEWALTFREIEN KOMMUNIKATION NACH ROSENBERG

Das Kapitel enthält zunächst die Biographie des Autors Rosenberg Marshall. Im Anschluss wird der Prozess der Gewaltfreien Kommunikation erklärt und auf Wahrnehmung, Beobachten und Werten eingegangen. In weiterer Folge wird das Thema wie Bitten zu formulieren sind, bearbeitet und auf einen einfühlsamen Umgang mit sich selber hingewiesen. Einen weiteren wichtigen Teil nimmt die Vermittlung von Würde, Respekt und Anerkennung im Gespräch ein.

5.1 Marshall B. Rosenberg

„Was ich in meinem Leben will, ist Einfühlsamkeit, ein Fluss zwischen mir und anderen, der auf gegenseitigem Geben von Herzen beruht.“ (Rosenberg 2010, S.19)

Marshall B. Rosenberg wurde 1934 geboren, er ist in einem Viertel in Detroit, wo viel Gewalt und Aggression herrschte, aufgewachsen. Auf Grund dessen entwickelte er ein Interesse an neuen Kommunikationsformen, deren Inhalte friedliche Alternativen zur Gewalt haben. Im Jahre 1961 promovierte er an der University of Wisconsin zum Doktor der Psychologie. Weiter studierte er Religionswissenschaften. In der dieser Phase seines Lebens entwickelte er den Ansatz der Gewaltfreien Kommunikation. Er gründete im Jahr 1984 das „Center for Nonviolent Communication“. Diese internationale Organisation besteht mittlerweile aus über hundert Trainern, die Trainings und Workshops auf der ganzen Welt anbieten. Sie veranstalten unter anderen Workshops für Angehörige im Gesundheitswesen, Lehrer, Erzieher, Berater, Manager, usw.

Dr. Rosenberg engagiert sich in Kriegs- und Krisengebieten mit friedienstiftenden Programmen (vgl. Rosenberg 2010, S. 221).

5.2 Der Prozess der Gewaltfreien Kommunikation

„Um den uns allen gemeinsamen Wunsch, von Herzen zu geben, Wirklichkeit werden zu lassen, richten wir das Licht unseres Bewusstseins auf vier Bereiche - wir sprechen von den vier Komponenten des Gewaltfreien Kommunikation – Modells.“ (Rosenberg 2010, S. 25)

Gewaltfreie Kommunikation wird in unserem Leben in verschiedenen Lebensbereichen wie in Organisationen und Institutionen, in Schulen, in Familienprozessen, in Beziehungen, in therapeutischen und beratenden Gesprächen, bei diplomatischen und geschäftlichen Verhandlungen und bei Konflikten und Auseinandersetzungen jeglicher Art angewendet. Durch die Anwendung der Gewaltfreien Kommunikation erlangen Menschen

oft mehr Achtsamkeit und Tiefe in ihren Beziehungen. Viele Menschen nützen die Anwendung der Gewaltfreien Kommunikation im Berufsalltag, um ihre Arbeitsbedingungen und die Atmosphäre am Arbeitsplatz zu verbessern (vgl. Rosenberg 2010, S. 27).

Die Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg zeigt vier Bereiche, die Ausdrucksweise und Zuhören durch die Aufmerksamkeit des eigenen Bewusstseins umgestaltet. Diese Kommunikationsart trägt dazu bei, dass intensives Zuhören, Würde, Respekt, Anerkennung und Empathie gefördert werden (vgl. Rosenberg 2010, S. 30).

5.2.1 Beobachtungen

Wir beobachten Situationen im Alltag und nehmen diese wahr. Dabei ist es wichtig, Beobachtungen und Wahrnehmungen dem anderen ohne zu beurteilen oder zu bewerten mitzuteilen (vgl. Rosenberg 2010, S. 25).

5.2.2 Gefühle

Beim Erleben von Situation oder Handlungen entstehen verschiedenen Gefühlswelten. Durch Beobachtungen und Wahrnehmungen entstehen Gefühle wie Angst, Erschrockenheit, Erleichterung, Zufriedenheit, usw. (vgl. Rosenberg 2010, S. 25).

Auf das Thema Gefühle wird im Kapitel 6.2.2 noch näher eingegangen.

5.2.3 Bedürfnisse

Gefühle sind dazu da, Menschen zu motivieren. Sie signalisieren uns, unsere Bedürfnisse und Wünsche. Die Ursache der Gefühle liegt in der Befriedigung unserer Bedürfnisse. Die Auslöser für Gefühle sind in den äußeren, uns umgebenden Faktoren zu finden. Bedürfnisse sind in allen Ethnien zu finden und suchen nach Befriedigung, um unser körperliches und geistiges Wohl zu sichern (vgl. Fritsch 2012, S. 39).

Ein Beispiel für den Ausdruck Beobachtung bis Bedürfnis ist folgender Satz:

*„Felix, ich **ärgere** mich, wenn ich **zwei zusammengerollte schmutzige Socken unter dem Kaffeetisch sehe** und noch **drei neben dem Fernseher**, weil ich den Räumen, die wir gemeinsam benutzen, mehr **Ordnung brauche**.“* (Rosenberg 2010, S. 25)

(Hervorhebung durch den Verfasser)

Auch auf das Thema Bedürfnisse wird im Kapitel 6.2.3 noch näher eingegangen.

5.2.4 Bitten

„Würdest du bitte deine Socken in die Zimmer oder in die Waschmaschine tun?“ (Rosenberg 2010, S. 25)

Der Unterschied zwischen Bedürfnissen und Bitten liegt darin, dass Bedürfnisse nicht an eine bestimmte Person oder Situation gebunden, sondern allgemein und abstrakt sind.

Bitten beinhalten ein konkretes, beobachtbares Verhalten von einer bestimmten Person, zu einer bestimmten Zeit, an einem bestimmten Ort – sie sind also spezifisch, konkret, genau und individuell.

Wichtige Kriterien für erfolgreiche Bitten sind positive Formulierung und konkrete Benennung von Handlungen. Bitten sollen in der Gegenwart erfüllt werden können und mit einem „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden dürfen. Bitten sollen beziehungsfördernde Rückfragen enthalten und bei Bitten an Gruppen wird derjenige konkret benannt, der aus der Gruppe etwas genau machen soll. Weniger erfolgreich sind Bitten, wenn sie vage und abstrakt sind, wenn sie Vergleiche beinhalten, wenn sie beschreiben, was man nicht möchte, und wenn sie Verhalten erbitten (vgl. Rosenberg 2010, S. 25f).

6 DIE ANWENDUNG DER GEWALTFREIEN KOMMUNIKATION IM PFLEGERISCHEN KONTEXT

Im letzten Kapitel wird auf die praktische Anwendung der Gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg näher eingegangen. Beschrieben wird die praktische Anwendung bei Patienten, Angehörigen und im interdisziplinären Team.

6.1 Akutaufnahme nach dem Unterbringungsgesetze

Wenn eine Person nach dem Unterbringungsgesetz angehalten wird, müssen folgende Kriterien vorliegen. Die drei wichtigsten Kriterien für dieses genannte Unterbringungsgesetz (vgl. [www.ris.bka.gv.at/geltende Fassung.wxe](http://www.ris.bka.gv.at/geltende/Fassung.wxe)) sind:

Es muss eine psychische Erkrankung oder psychische Belastungsreaktion, eine erhebliche Selbst- und/oder Fremdgefährdung und keine Betreuungsalternative vorliegen. Auf die psychischen Erkrankungen wurde bereits genauer im Kapitel 2 „Vorstellung der Institution“ eingegangen. Von Selbst- und/oder Fremdgefährdung spricht man, wenn eine Person durch selbstschädigendes Verhalten ihr eigenes Leben gefährdet oder andere durch fremdaggressives Verhalten schädigt. Unter fehlender Betreuungsalternativen versteht man, dass die psychisch beeinträchtigte Person nicht mehr zu Hause bei den Eltern oder sonstigen Angehörigen, in den Zentren für psychosoziale Rehabilitation, in Behinderteneinrichtungen, in Alters- und Pflegeheimen usw. leben können.

Ein Facharzt auf der Aufnahmestation schreibt ein fachärztliches Zeugnis, die diese Gefährdungsgründe beinhalten. Nach Ausstellung dieses Zeugnisses darf ein Patient erst vom Behandlungsteam der geschlossenen Station übernommen werden. (Anmerkung des Verfassers aus dem Stationsalltag)

Anhand eines Fallbeispiels wird nun eine Aufnahmesituation mit Unterbringungskriterien in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie dargestellt und gleichzeitig aufgezeigt, wie schwierig sich Aufnahmesituationen gestalten können. Der Patient wird Herr Kuckuck genannt.

Herr Kuckuck wird nach telefonischer Vorankündigung durch den psychiatrischen Not- und Krisendienst mit dem Rettungstransportwagen und Polizeibegleitung wegen einer akuten Psychose und suizidalen Äußerungen an die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie auf die Aufnahmestation gebracht.

Er ist an einer paranoiden Schizophrenie erkrankt. Neben seiner psychiatrischen Grunderkrankung konsumiert er regelmäßig Alkohol. Die verordneten Medikamente hat er bereits vor mehreren Monaten selbständig ohne Absprache mit einem Facharzt abgesetzt. Der Ablauf der Aufnahmesituation präsentiert sich schwierig, da Hr. Kuckuck

auf Grund seiner Alkoholintoxikation und seines desorganisierten Verhaltens keine nachvollziehbaren Antworten gibt. Seine Gedankengänge sind gesperrt und nicht nachvollziehbar. Er wirkt in seiner Körperhaltung sehr angespannt und drohend, er ballt seine Hände zu Fäusten, sein Gesichtsausdruck wirkt sehr verängstigt, er schwitzt stark und er riecht nach Alkohol. Sein persönliches Erscheinungsbild und seine Hygiene sind stark vernachlässigt. Er selbst gibt keine Angaben, die zu seiner Einweisung in die Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie führen, an.

Aus früheren Aufenthalten ist bereits bekannt, dass sich der Verlauf der stationären Aufnahme als schwierig gestaltet, da er kein Vertrauen in sich selbst und überhaupt Misstrauen in Mitmenschen und besonders in Menschen hat, die beim Ablauf der stationären Aufnahme involviert sind. Zum Aufnahmeteam gehören der aufnehmende Facharzt, pflegerische Fachkräfte der Aufnahme- sowie der Akutstation. Mit viel Engagement, Einfühlungsvermögen und Empathie durch das Aufnahmeteam kann keine Vertrauensbasis zu ihm aufgebaut oder gewonnen werden. Er reagiert sehr ablehnend auf Ansprache in Bezug auf seine Wünsche, Anliegen, Gefühle und Bedürfnisse. Auf Grund seiner psychischen Ausnahmesituation und seines angespannten und drohenden Verhalten wird Hr. Kuckuck gegen seinen Willen nach dem Unterbringungsgesetz untergebracht, laut ärztlicher Anordnung fünf-Punkt fixiert und es wird ihm ein sedierendes Psychopharmakon verabreicht.

Nachdem alle Aufnahmeadministrationen protokolliert worden sind, wird Hr. Kuckuck in Begleitung zweier Pflegekräfte auf die Akutstation Männer gebracht, wo er zur Beobachtung seiner Vitalparameter und seines Verhaltens im Überwachungszimmer untergebracht wird.

6.2 Gefühle und Bedürfnisse im Patientengespräch nach der Aufnahmesituationen

Psychisch beeinträchtigte Menschen, die nach Aufnahmegesprächen auf der Akutstation, dass heißt im geschlossenen Bereich aufgenommen werden, reagieren oft zunächst mit Ablehnung, Ignoranz, Verzweiflung und Aggression. Sie verdrängen und bagatellisieren oftmals ihre Probleme, die zu ihrer Einweisung geführt haben und sie drohen den anwesenden Pflegekräften ihre eigenen Rechtsanwälte einzuschalten. In dieser Situation ist es für das therapeutische Pflegeteam schwierig, mit dem Patienten eine Basis für ein Gespräch zu finden, da Patienten in dieser schwierigen, nicht akzeptablen Situation nicht sich selbst sehen, sondern, dass sie vielen anderen die Schuld geben, die sie in diese Lage bzw. Situation gebracht haben: Oft machen auch die Angehörigen von Patienten Druck auf das therapeutische Team, da sie selbst mit der Situation nicht umgehen können und diese nicht akzeptieren können.

Fragen wie: Wie lange muss mein Gatte noch hier bleiben? Warum kann er nicht im offenen Bereich behandelt oder betreut werden? Warum muss er diese Medikamente einnehmen? Muss er diese Medikamente ein Leben lang einnehmen? Gibt es Heilungsmöglichkeiten? Wann kann ich endlich den zuständigen Arzt sprechen? Warum ist der behandelnde Arzt nicht erreichbar? werden häufig gestellt. Es bedarf oft mehrere aufklärende Gespräche, dass Patienten und deren Angehörigen ihre Krankheit und ihre Situation annehmen und akzeptieren.

Nach Aufnahmesituationen ist es wichtig mit dem Patienten auf empathische Weise ein Gespräch zu suchen, auf seine Wünsche, Bitten, Gefühle und Bedürfnisse einzugehen. Oft sind es nur Kleinigkeiten, dass sich der Patient oder der Angehörige verstanden fühlt. Im pflegerischen Erstkontakt ist es besonders wichtig sich mit seinem vollen Namen vorzustellen, ihm die Stationsräumlichkeiten zu zeigen, ihm die Stationsangebote wie Wochentherapieplan, Therapiebereich zu erklären und nach welchem Therapiekonzept gearbeitet wird.

Bei Patienten, die auf Grund ihres aggressiven oder sturzgefährdeten Zustandes noch fixiert sein müssen, ist besonders darauf zu achten, dass sie jederzeit Sichtkontakt mit Pflegekräften aufnehmen können, um ihre Bedürfnisse mitteilen zu können.

Weiter ist es notwendig den Patienten Sicherheit und Wertschätzung zu vermitteln, ihn mit Würde, Respekt und Anerkennung entgegen zu treten. Ein besonderes Merkmal wird darauf gelegt, dass der Patient oder der Angehörige die Informationen, die ihm gezielt und klar vermittelt werden, versteht. Gegenseitiges Vertrauen und ein wertschätzender Umgang ist die Basis für einen erfolgreichen Therapie- und Behandlungsverlauf.

Die Bezugspflegeperson, die den Patienten während des gesamten Aufenthalts begleitet, hat die Aufgabe bzw. die Möglichkeit sich mit dem sozialen Umfeld des Patienten auseinander zu setzen. Sie holt Informationen über Probleme und Ressourcen ein, um mit dem Patienten im Pflegeprozess erreichbare Zielsetzungen finden zu können. Immer wieder ist es notwendig mit dem Patienten und den Angehörigen kleine Ziele zu vereinbaren. Patienten und deren Angehörige fühlen sich erst dann verstanden, wenn diese kleinen Zielsetzungen erreicht wurden. (vom Verfasser aus dem Stationsalltag)

6.2.1 Die Navigation zu Gefühl und Bedürfnis

Der Gefühls- und Bedürfnisnavigator ist vor allem für psychosomatisch und seelisch erkrankte Menschen von großer Bedeutung. In allen psychiatrischen Bereichen wird darauf Wert gelegt, dass der Patient lernt seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen. Bei psychisch beeinträchtigten Menschen und deren Angehörigen ist es wichtig, sie in ihren Lebenskrisen zu unterstützen, ihr krankmachendes Verhalten

einzuschätzen und es eventuell zu ändern, sowie den Heilungsprozess zu bestärken (vgl. Fritsch 2012, S. 7).

An dieser Stelle ist auch das Pflegemodell von Hildegard Peplau (Bedürfnistheoretikerin) zu nennen. Dieses Pflegemodell beschreibt vier Phasen, nämlich die Orientierungsphase, Identifikationsphase, die Nutzungs- oder Ausbeutungsphase und die Ablösungsphase: In der Orientierungsphase wird, wie oben bereits erwähnt, den Patienten Unterstützung zum Erkennen seiner Krankheit, seiner Probleme und Ressourcen, angeboten. In der zweiten Phase, der Identifikationsphase, erkennt der Patient, dass ihm Unterstützung und Hilfe vom therapeutischen Pflorgeteam empfohlen wird. Durch diese Unterstützung kann Vertrauen aufgebaut werden, sodass der Patient seine Gefühle und Bedürfnisse wahrnehmen und über diese angemessen sprechen kann. In der Nutzungsphase erkennt der Patient bereits seine Gefühle und Bedürfnisse. Bedeutend ist eine wertschätzende Haltung vom therapeutischen Pflorgeteam gegenüber den Patienten, damit diese sich über ihre erkannten bzw. wieder erlernten Gefühle und Bedürfnisse positiv bestärkt werden. In der vierten und letzten Phase, der Ablösungsphase, sieht sich der Patient selbst nicht mehr als krank, er ist krankheitseinsichtig und löst sich von der beziehungstherapeutischen Ebene der Pflegekraft. Durch diese Einsicht und Ablösung ist es dem Patient möglich, neue Pläne und Ziele für die Zukunft zu definieren (vgl. Schmidt-Quernheim/Hax-Schoppenhorst 2008, S. 255).

6.2.2 Gefühle

Wie im Unterkapitel 5.2.2. bereits erwähnt, gibt es verschiedene Gefühlswelten, die auf unterschiedliche Weise zum Ausdruck gebracht werden. Diese Ausdruckweise hängt von der Individualität der einzelnen Personen, deren Lebenserfahrung und -geschichte sowie der momentanen Befindlichkeit ab (vgl. Rosenberg 2010, S. 25).

Für Gefühle gibt es unterschiedliche Reaktionen, die sich in äußere, innere und körperliche Auslöser unterteilen lassen.

Äußere Auslöser sind sinnlich wahrgenommene Situationen, wahrgenommene Verhaltensmuster sowie verbale Aussagen. Zu den inneren Auslösern zählen, Gedanken, Erinnerungen, Vorstellungen, Wünsche, Erwartungen, Befürchtungen etc. Körperliche Auslöser umfassen die Körperhaltung, Atmung, Mimik, Gestik, Bewegungsmuster etc. (vgl. Fritsch 2012, S. 15).

Angenehme und unangenehme Gefühle sind wichtige Emotionen, um Bedürfnisse zu spüren und/oder zu äußern. Diese Gefühle sind bedeutsam und zeigen kein Anzeichen von Schwäche (vgl. Fritsch 2012, S. 17).

Auch hier ist es wiederum enorm wichtig, dass nicht nur der Patient, sondern auch die Angehörigen und das Pflorgeteam Gefühle erkennen und zulassen können. Die

wahrgenommenen und geäußerten Gefühle sollen mit Würde, Respekt und Anerkennung wertgeschätzt werden.

6.2.3 Bedürfnisse

Alle Menschen haben Bedürfnisse, diese werden auch als Lebensmotive bezeichnet. Diese Bedürfnisse sind für unseres körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden notwendig (vgl. Fritsch 2012, S. 39).

Dennoch können nicht alle Menschen diese Bedürfnisse angemessen zum Ausdruck bringen. Wenn unsere Bedürfnisse nicht gestillt werden, können Fehlinterpretationen, Kritik und Urteile gegen andere Personen entstehen. Durch diese Interpretation wird keine Eigenverantwortung gezeigt bzw. verdrängt und die Schuld anderen Personen zugewiesen (vgl. Rosenberg 2010, S. 73).

Um die Bedürfnisse anderer Personen wahrnehmen zu können, müssen zuerst die eigenen Bedürfnisse erkannt und ausgedrückt werden (vgl. Sears 2012, S. 17).

Bei der Gestaltung des Stationsalltages wird besonderer Wert auf die Befriedigung der Bedürfnisse jedes einzelnen Patienten gelegt. Bei Angeboten wie der milieutherapeutischen interdisziplinären Morgenrunde, der psychoedukativen Gruppe, der Ressourcengruppe, Achtsamkeitstraining oder extramurales Training wird ein besonderer Wert auf die Bedürfnisse der Patienten gelegt. Auch beim Stationsparlament, das einmal in der Woche stattfindet, haben die Patienten die Gelegenheit ihre Wünsche, Anliegen, Bitten und Bedürfnisse Preis zu geben. Es muss aber auch gesagt werden, dass nicht immer die Bedürfnisse von Patienten, auf Grund von mangelnden Zeitressourcen gestillt werden können.

Auch die Angehörigen versuchen ihre Gefühle und Bedürfnisse dem Stationsteam weiterzugeben. Sie haben Ängste, teils sogar Zukunftsängste, was den Krankheitsverlauf ihres Angehörigen betrifft.

Es gibt Patienten oder Angehörige, die auf Grund ihrer unzähligen Bedürfnisse und Bitten, die teils sogar unrealisierbar sind, eingegrenzt werden müssen. Dies erzeugt am Anfang Unmut bei den Beteiligten, doch visionär gesehen, zeigen sie im Verlauf Vernunft und Einsicht.

Erwähnenswert ist hierbei die Bedürfnispyramide nach Maslow. Es gibt fünf wichtige Grundelemente für das menschliche Wohlbefinden. Die erste Stufe stillt die physiologischen Grundbedürfnisse wie Essen und Trinken. Die zweite Stufe erfüllt die Sicherheitsbedürfnisse, d.h. Sicherheit vor physischer Existenzbedrohung, sicheren Arbeitsplatz, Einkommen, Gesundheit etc. Die dritte Stufe der Maslow Bedürfnispyramide ist die der sozialen Bedürfnisse, hierbei sind vor allem die sozialen Kontakte von großer Bedeutung. Bei der vierten Stufe ist das Bedürfnis nach Wertschätzung und

Selbstachtung sehr groß, vor allem Würde, Lob und Anerkennung spielen hier eine wichtige Rolle. Bedürfnis nach Selbstverwirklichung ist die letzte und fünfte Stufe in der Bedürfnispyramide. Hier sind die Bedürfnisse nach Erfüllung eines Selbstkonzepts und die Verwirklichung eigener Möglichkeiten wichtig (vgl. Ekert/Ekert 2010, S. 154f).

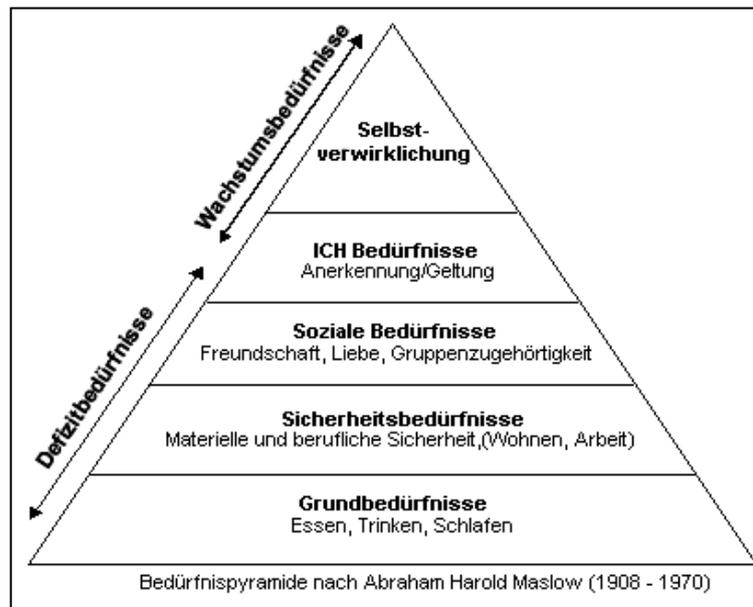


Abbildung 2 Bedürfnispyramide (Maslow, Zit. n.. Ekert/Ekert 2010, S. 154)

6.3 Das empathische Gespräch

Eine gute Kontaktaufnahme, vor allem in schwierigen akuten Situationen, bedeutet eine innere Verbindung zum Gegenüber aufzubauen und seine Kommunikationspartner mit seinen Gefühlen, Bedürfnissen, Wünschen und Ängsten wahrzunehmen und anzunehmen. Die Fähigkeit, diese Emotionen zu erkennen ist Voraussetzung für einen gelungenen Beziehungs- und Vertrauensaufbau, und gilt als ein Schlüsselfaktor für eine kompetente, professionelle, psychiatrische Fachkraft. In Bruchteilen von Sekunden müssen Mimik, Emotionen und Gedanken verstanden, entschlüsselt und interpretiert werden. Die Fähigkeit ein empathisches Gespräch zu führen, ist keinesfalls die Domäne von hochsensiblen und intuitiv handelnden, langjährigen Mitarbeitern, sondern kann durch gezieltes Training dem gesamten Team zugänglich gemacht werden. Diese Form der Gesprächsführung setzt vor allem emotionale Intelligenz, Menschenkenntnis, Anerkennung, Teilhabe, eine innere Haltung, Intuition und Engagement im sozialen Bereich voraus (vgl. www.integra.at/files/empathie).

Die Fähigkeit der empathischen Gesprächsführung setzt wie Brüggemeier (2011, S. 71) postuliert folgendes voraus *„Wir können uns mit anderen Menschen nur dann verständigen, wenn wir uns selbst verstehen.“*

Diese Aussage impliziert zu wissen, was andere fühlen und passiert auf der eigenen emotionalen Selbstwahrnehmung.

„Menschen mit hoher Empathie sind in der Lage, auf Gefühle einer anderen Person mit eigenen Gefühlen zu reagieren und unter Umständen mit den anderen zu leiden.“ (Frindte 2001, S. 46)

Die Kunst einer empathischen Gesprächsführung erfordert von der psychiatrischen Pflegefachkraft, also die Kompetenz wie eine Stimmgabel zu sein, die die augenblicklichen Emotionen des Gegenübers aufnimmt, wiedergibt und die sich auf die Wellenlänge einstimmt.

Diese Art der Gesprächsführung, in das Gegenüber einzudringen, nachzuempfinden und fremde Gefühle zu teilen, bringt auch immer eine Grenzüberschreitung mit sich. Dies kann sehr hilfreich sein, um eine stabile, vertrauensvolle Pflege- Patientenbeziehung im Sinne des Modells nach Peplau aufzubauen. Diese Art von Gesprächsführung kann aber auch von der Pflegeperson, als auch von Patienten als belastend bzw. verstörend empfunden werden. Dennoch sollte die Chance, die Situation aus Sicht des Patienten zu sehen und wahrzunehmen und somit einen Perspektivenwechsel zu vollziehen (vgl. integra.at/files/empathie).

Dennoch sind Nähe und Abgrenzung in den helfenden und beratenden Berufen notwendig. Ist ein soziales Überengagement beim Helfer vorhanden, hemmt dies eher den Veränderungsprozess bzw. den Loslösungsprozess beim Patienten. Gründe für ein zu hohes Maß an Empathie können beim Helfer aus verschiedenen Gründen vorliegen. Eine Möglichkeit ist es seine eigenen Bedürfnisse und Gefühle zu verleugnen. Dies kann aus der Erziehung bzw. Sozialisation heraus resultieren oder aus einer Geschwisterkonstellation. Weitere Faktoren, die für diese Hypothese sprechen, ist, dass Verleugnen von Schwächen und Hilflosigkeit, Perfektionismus, altruistische Wertmaßstäbe und die Suche nach Anerkennung. Die gesamten oben angeführten Aspekte können ohne klare Abgrenzung zu einem Helfersyndrom und in weiterer Folge zu einem Burnout führen (vgl. www.integra.at/files/empathie).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass empathische Fähigkeiten zu einer professionellen Beziehungs- und Gesprächsgestaltung gehören, gleichzeitig aber eine wirksame professionelle Abgrenzung zum Patienten gezogen werden muss, um Spätfolgen wie Erschöpfungssyndrom und Burnout für den Professionisten abzuwenden.

7 ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

„Empathie ist in der Architektur unseres Gehirns tief verankert. Was mit anderen geschieht, wirkt sich auf fast alle Regionen unseres Gehirns aus. Wir sind von unseren Anlagen dazu bestimmt, uns empathisch zu verhalten, die Verbindung zu anderen zu suchen.“ (Keysers 2011, S. 15)

Während der Erarbeitung der Forschungsfrage „Welche Möglichkeiten bietet die Gewaltfreie Kommunikation nach Rosenberg, die Pflege-Patientenbeziehung im psychiatrischen Kontext, mit Würde, Respekt und Anerkennung zu gestalten?“ wurden die vielfältigen Bilder von Aggression und Gewalt, die Grundlagen der Kommunikation, das Konzept der Gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg und die Anwendung der Gewaltfreien Kommunikation im pflegerischen Kontext erarbeitet.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Gewaltfreie Kommunikation im pflegerischen Alltag durchaus die Möglichkeit bietet, sowohl für Patienten, Angehörige und Pflegepersonen Würde, Respekt und Anerkennung zu leben. Dennoch kann dies nur als Zielsetzung gelten, da der strukturelle und zeitliche Rahmen in alltäglichen Situationen oft nicht gegeben ist.

Aus dem Fallbeispiel der „Akutaufnahme nach dem Unterbringungsgesetz“ geht klar hervor, dass die Anwendung der Gewaltfreien Kommunikation verstärkt und verbessert werden kann. Spezielle Kommunikationsschulungen, Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit und natürlich die persönliche Bereitschaft und Motivation jeder einzelnen Pflegeperson und des multiprofessionellen Teams sind notwendig, um die Gewaltfreie Kommunikation zu ermöglichen.

Das empathische Gespräch stellt den Schlüssel zur Gewaltfreien Kommunikation dar. Es ist ein erster Ansatz um den Beziehungsaufbau, auch in akuten und schwierigen Situationen zu unterstützen. Die soziale- und persönliche Kompetenz, sowie die Wahrnehmung der psychiatrischen Pflegefachkraft spielen dabei eine große Rolle.

Diese Art der Kommunikation ist nicht nur hochsensiblen Mitarbeitern vorbehalten, sondern mit gezieltem Training und Schulungen für das gesamte Team anwendbar. Dies bringt Vorteile im interprofessionellen Setting.

Die empathische Gesprächsführung hat nicht nur Vorteile, sondern birgt auch die Gefahr der Grenzüberschreitung; nämlich dann, wenn Empathie verwechselt wird mit Trösten, Mitleiden oder Sympathisieren. Ein fachgerechtes Nähe- Distanzverhältnis der psychiatrischen Fachkraft ist einzuhalten und gelingt mittels Gewaltfreier Kommunikation mit der sogenannten Selbstempathie. Bei Überschreiten der Grenzen, sei es

Selbstempathie oder Empathie, kann die Gefahr bestehen, dass Professionisten im psychiatrischen Bereich, ein Risiko an Burnout zu erkranken, haben.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Bedürfnisse, Gefühle und Absichten der psychisch erkrankten Menschen, als auch die der Angehörigen von der Pflegefachkraft wahrgenommen, erkannt und eingeschätzt werden müssen. Mit ausreichend Wissen, Anleitung, Schulung und Training in der Gewaltfreien Kommunikation und in der empathischen Gesprächsführung, kann sogar im akutpsychiatrischen Bereich die Pflege-, Patientenbeziehung mit Würde, Respekt und Anerkennung gestaltet werden.

8 LITERATURVERZEICHNIS

- Brüggemeier, B.** (2011): Wertschätzende Kommunikation im Business. Wer sich öffnet, kommt weiter. Wie Sie die Gewaltfreie Kommunikation im Berufsalltag nutzen, 2. Auflage, Junfermann Verlag, Paderborn.
- Ekert, B. / Ekert, C.** (2010): Psychologie für Pflegeberufe, 2. Auflage, Georg Thieme Verlag, o. A..
- Engfer, A.** (2002): Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern, In: Oerter R. & Montada L.: Entwicklungspsychologie, 5. Auflage, Weinheim.
- Frindte, W.** (2001): Einführung in die Kommunikationspsychologie, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- Fritsch, G.R.** (2008): Praktische Selbst-Empathie, Herausfinden, was man fühlt und braucht, 4.Auflage, Junfermann Verlag, Paderborn.
- Fritsch, G.R.** (2012): Der Gefühls- und Bedürfnisnavigator, 2.durchgesehene Auflage, Junfermann Verlag, Paderborn.
- Käselau, S.** (2008): Kommunikation-einfach nur reden?, GRIN Verlag GmbH,Köln.
- Keyzers, C.** (2011): Unseres empathische Gehirn. Warum wir verstehen, was andere fühlen, Bertelsmann Verlag, München.
- Kienzle, T./Paul-Ettliger, B.** (2012): Aggression in der Pflege, Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal, 6.aktualisierte Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Kulbe, A.** (2009): Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe, 2.überarbeitete Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Menche, N., et al.** (2000): Pflege Heute, Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, Urban & Fischer Verlag, München, Jena.
- Rosenberg, M.** (2010): Gewaltfreie Kommunikation, Eine Sprache des Lebens, 9.Auflage, Junfermann Verlag, Paderborn.
- Schirmer, U. et al.** (2012): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege, Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie, 3.aktualisierte Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, Hannover.
- Schmidt-Quernheim, F. / Hax-Schoppenhorst, T.** (2008): Professionelle forensische Psychiatrie. Behandlung und Rehabilitation im Maßregelvollzug, 2. Überarbeitete Auflage, Hans Huber Verlag, Bern.
- Sears, M.** (2012): Gewaltfreie Kommunikation im Gesundheitswesen. Mit einem Beitrag zum deutschen Gesundheitswesen von Al Weckert, Junfermann Verlag, Paderborn.

- Steinbach, H.** (2011): Gesundheitsförderung, Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, 3. Aktualisierte Auflage, Facultas Verlag, Wien.
- Wehner, L. et al.** (2010): Kreatives Konfliktmanagement im Gesundheits- und Krankenpflegebereich – Gesunde Zwischenmenschlichkeit, Springer Verlag, Wien.
- Wingchen, J.** (2006): Kommunikation und Gesprächsführung für Pflegeberufe. Ein Lehr- und Arbeitsbuch, 2.aktualisierte Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hannover.

Internetquellen

<http://www.gewaltinfo.at/fachwissen/formen> (Zugriff am: 07.06.2013, 17.30h
13:30h)

<http://www.empathie.com/al-weckert-texte/empathie-in-der-pflege/> (Zugriff am:
08.07.2013, 17:00)

[www.ris.bka.gv.at/geltende Fassung.wxe](http://www.ris.bka.gv.at/geltende/Fassung.wxe) (Zugriff am 29.08.2013, 15.30)

www.medaustria.at/medaustria/f_icd_10.html (Zugriff am 29.08.2013, 15.45).

www.integra.at/files/empathie (Zugriff am 29.08.2013, 17.30)