

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

**Die Bedeutung der sozialen Unterstützung als Ressource bei  
der Arbeit mit Patient\*innen innerhalb des Maßregelvollzugs**

- Eine qualitative Analyse

**Abgabedatum:** 27.06.2020

**Vorgelegt von:** Aileen Udowenko



**Gutachter:** Prof. Dr. Wolf Polenz

**Zweitgutachterin:** Dr. Anja Schablon

Hinweis: Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit das generische Maskulin verwendet. Alle verwendeten Personenbezeichnungen gelten dabei gleichzeitig für weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

## Zusammenfassung

**Hintergrund/Fragestellung:** Im Rahmen dieser Arbeit soll die Bedeutung der sozialen Unterstützung für die Arbeit mit Patienten innerhalb des Maßregelvollzugs herausgestellt werden. Es sollen Erkenntnisse über die Anforderungen des Pflegepersonals und das Vorkommen der sozialen Unterstützung gewonnen werden. Zudem sollen mögliche Auswirkungen auf die Maßnahmenplanung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements abgeleitet werden.

**Methode:** Es wurden fünf leitfadengestützte Interviews mit Pflegenden einer Station des Maßregelvollzugs durchgeführt. Diese Interviews wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Für die Auswertung der Ergebnisse wurde eine qualitative Inhaltsanalyse genutzt.

**Ergebnisse:** Unter den Pflegenden ist das Vorkommen der sozialen Unterstützung von großer Bedeutung und wird für die Arbeit mit den Patienten als Grundvoraussetzung gesehen. Hierbei spielen gerade die emotionale und instrumentale Unterstützung eine große Rolle. Durch die Unterstützung der Kollegen können die Belastungen durch die Patienten reduziert werden. Die soziale Unterstützung durch Vorgesetzte ist den Pflegenden zu gering. Durch die Maßnahmenplanung des BGM kann auf diesen Umstand Einfluss genommen werden.

**Fazit:** Die Ergebnisse können nicht allgemeingültig angewandt werden, sondern stellen nur die Situation in der spezifischen Klinik dar. Dennoch können die Ergebnisse dieser Arbeit, für den Ausbau der sozialen Unterstützung innerhalb des MRV genutzt werden.

**Schlagwörter:** Soziale Unterstützung – Maßregelvollzug – Pflege – Betriebliches Gesundheitsmanagement

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	II
Abkürzungsverzeichnis.....	III
1. Einleitung.....	1
2. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie .....	2
2.1 Der Maßregelvollzug nach §63 .....	2
2.2 Patienten im Maßregelvollzug .....	3
2.3 Die Behandlung der Patienten im Maßregelvollzug .....	5
2.4 Aufgaben und Anforderungen des Pflegepersonals .....	6
3. Die Soziale Unterstützung .....	9
3.1 Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz.....	10
3.2 Transaktionales Stressmodell .....	11
3.3 Wirkmodell der sozialen Unterstützung innerhalb der Maßnahmenplanung des BGM.....	13
4. Methodik .....	15
4.1 Fragestellung und Zielsetzung .....	15
4.2 Stichprobe .....	16
4.3 Ethik und Datenschutz .....	17
4.4 Leitfadeninterview .....	18
4.5 Durchführung .....	20
4.6 Auswertung .....	20
5. Ergebnisse .....	21
5.1. Emotionale Anforderungen .....	22
5.2 Gewalt durch Patienten .....	23
5.3 Erfolgte soziale Unterstützung am Arbeitsplatz .....	24
5.4 Auswirkung der sozialen Unterstützung auf die Stressbewältigung des Pflegepersonals ..	27
5.5 Die soziale Unterstützung innerhalb der Maßnahmenplanung des BGM .....	29
6. Diskussion .....	32
7. Fazit .....	34
Literaturverzeichnis.....	36
Rechtsquellenverzeichnis.....	39
Anhang .....	40
Eidesstattliche Erklärung.....	65

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Johannes Siegrist (Hillert, Hiller & Lehr, 2019, S. 22).....	8
Abbildung 2: Transaktionales Stressmodell (Franke, 2012, S.122).....	12
Abbildung 3: PDCA Zyklus (Kaminski, 2013, S.24).....	14
Abbildung 4: Wirkmodell der sozialen Unterstützung (Stadler und Spieß, 2002, S. 13) .....	15
Abbildung 5: Kategorienbaum (eigene Darstellung) .....	21
Abbildung 6: Die soziale Unterstützung als Ressource bei der Stressbewältigung (eigene Darstellung).....	28
Abbildung 7: Priorität der Maßnahmenplanung (eigene Darstellung).....	31

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Beschreibung</b>
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
MRV	Maßregelvollzug
StBA	Statistisches Bundesamt
StGB	Strafgesetzbuch

## 1. Einleitung

Die forensische Psychiatrie stellt ein Fachgebiet der Psychiatrie dar. In diesem wird sich mit der Begutachtung, der Behandlung und der Unterbringung von psychisch kranken Straftätern befasst. Wenn diese Straftäter nach § 63 Strafgesetzbuch, ihre Tat in Schuldunfähig oder verminderter Schuldfähig begangen haben, wird gerichtlich eine Unterbringung innerhalb des Maßregelvollzugs angeordnet (Muysers, Lux, Senger, 2011, S. 113). Im Jahr 2014 befanden sich ca. 8000 Patienten gemäß §63 innerhalb des Maßregelvollzugs (Leygraf, 2018, S. 91; Statistisches Bundesamt, 2015). Trotz der zunehmenden Spezialisierung dieses Gebietes, steigt die mittlere Verweildauer der Patienten weiter an und somit auch die Gesamtzahlen der Untergebrachten. So ist die Zahl der Patienten von einer Verweildauer von zehn Jahren von 26,2 Prozent im Jahr 2010, auf 32,3 Prozent im Jahr 2015 angestiegen (Leygraf, 2018, S.91). Dieser Anstieg macht deutlich, dass ein hoher Bedarf an gut ausgebildetem Fachpersonal besteht.

Im Maßregelvollzug stellt der Bereich der Pflege die größte Berufsgruppe dar, auch in Bezug auf die Präsenzzeit haben die Pflegekräfte die größte Nähe zu den Patienten. Hierbei müssen sie verschiedene Rollen erfüllen, so sind sie unter anderem Berater und Vertraute aber auch Autoritätspersonen für die Patienten (Weißkerber, 2019, S.128). Die Krankheiten der Patienten sind vielfältig und erfordern einen individuellen Umgang mit jeder Person. Ebenfalls herrscht unter den Patienten häufig ein erhöhtes Maß an Gewaltbereitschaft (Stiller, Hotze, Löhr, 2015, S.129). Aufgrund dieser Tatsachen entstehen aus der Arbeit mit den Patienten Anforderungen, die es für das Pflegepersonal zu bewältigen gilt. Somit ist der Ausbau von Ressourcen für die Pflegenden von großer Bedeutung. Eine wichtige Ressource in der Arbeitswelt, stellt die soziale Unterstützung dar. So hat die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz Einfluss auf die allgemeine Arbeitszufriedenheit und die Gesundheit der Arbeitnehmer (Adams, Claus, Claus, Schöne, Rose, Sammito, 2017, S. 20ff). Gerade für den Bereich des Maßregelvollzugs, der durch spezielle Anforderungen durch die Patienten gekennzeichnet ist, stellt sich nun die Frage, inwieweit die soziale Unterstützung diese Anforderungen beeinflusst.

Durch diese Arbeit soll geklärt werden, welche Bedeutung der sozialen Unterstützung bei der Arbeit mit den Patienten innerhalb des MRV zukommt. Es sollen Erfahrungen von Pflegenden zusammengetragen werden und aus diesen Ergebnisse abgeleitet werden. Ebenfalls soll die Bedeutung für die Maßnahmenplanung innerhalb des BGM analysiert werden. Hierzu wurden mittels eines Leitfadenterviews Pflegende befragt und die geführten Interviews ausgewertet.

Im Folgenden wird zunächst der Bereich der forensischen Psychiatrie genauer erläutert und der Maßregelvollzug nach §63 vorgestellt. Anschließend wird auf die Patienten und die Arbeit der Pflegenden innerhalb des MRV eingegangen. Im nächsten Kapitel wird der Begriff der sozialen Unterstützung genauer erläutert und die verschiedenen Formen dieser vorgestellt. Durch das Transaktionale Stressmodell soll dann die Auswirkung von Stressoren erklärt werden. Um die Bedeutung der sozialen Unterstützung für das BGM auswerten zu können, wird anschließend ein Wirkmodell vorgestellt. Es folgt ein Kapitel über die Methodik der Arbeit. Darauf folgt die Vorstellung der Ergebnisse, in dem diese an Hand von Kategorienbildung zusammengefasst werden. Hierbei werden zuerst die Anforderungen und Belastungen aufgeführt, welche die Pflegenden durch die Patienten erfahren. Als nächstes wird das Vorkommen der sozialen Unterstützung aufgezeigt und beides in Bezug zu einander gesetzt. Innerhalb des darauffolgenden Kapitels wird auf die Bedeutung für das BGM eingegangen und mögliche Umsetzungen für die Maßnahmenplanung beschrieben. Danach werden die Methoden und Ergebnisse der Arbeit diskutiert. Die Arbeit schließt mit einem Fazit ab.

## **2. Forensische Psychiatrie und Psychotherapie**

Straftäter welche nach § 63 und § 64 StGB verurteilt wurden, fallen in den Bereich der forensischen Psychiatrie. Dieses Fachgebiet der Psychiatrie, ist zuständig für die Begutachtung, Behandlung und Unterbringung dieser Patienten (Muyers, Lux, Senger, 2011, S.113).

In der vorliegenden Arbeit wird sich nur auf den Bereich der forensischen Psychiatrie bezogen, welcher unter § 63 StGB fällt. Die Behandlung dieser Straftäter erfolgt innerhalb des Maßregelvollzugs, dieser wird im Folgenden erläutert.

### **2.1 Der Maßregelvollzug nach §63**

Voraussetzung für die Unterbringung im Maßregelvollzug ist das Vorliegen einer Straftat und die, aufgrund einer psychischen Erkrankung, fehlende Verantwortlichkeit. Sowie die Vermutung des Begehens einer erneuten Straftat. Festgestellt werden muss eine Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB, beziehungsweise eine verminderte Schuldfähigkeit nach § 21 StGB des Straftäters. Hierfür sind vier Tatbestände gesetzlich geregelt:

- Eine krankhafte seelische Störung
- Eine tiefgreifende Bewusstseinsstörung
- Schwachsinn
- Eine schwere seelische Abartigkeit (§ 20 Absatz 1 StGB; § 21 Absatz 1 StGB).

Ob der Straftäter zum Tatzeitpunkt nicht die Fähigkeit zur Einsicht in rechtmäßiges Verhalten hatte, ist von einem gerichtlich zugelassenen Begutachter festzustellen. Sobald dieser die Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit belegt, kann dies dazu führen, dass der Straftäter geringer oder gar nicht bestraft wird. Wenn nun also weiterhin von einer Gefahr vom Täter für die Allgemeinheit ausgegangen wird, erfolgt die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Die Unterbringung ist hierbei nach § 67d unbefristet und kann zur Bewährung ausgesetzt werden, sobald der Straftäter keine Gefahr mehr für die Allgemeinheit darstellt (§ 67d Absatz 2 Satz 1 StGB). Eine Einstweilige Unterbringung nach § 126 StGB kann erfolgen, wenn der Straftäter noch nicht rechtskräftig verurteilt ist aber die Kriterien für die Unterbringung nach § 63 StGB erfüllt sind (§ 126 StGB Absatz 1-2 StGB).

Der Unterbringungsverlauf der Patienten in einem psychiatrischen Krankenhaus gliedert sich in drei Phasen, hierzu zählen die Aufnahme und Erstdiagnostik, die Behandlung und die Rehabilitation der Patienten. Während der mehreren Monate andauernden Aufnahmephase wird, trotz des bestehenden Gutachtens, eine Eingangsdagnostik durchgeführt. Diese umfasst inhaltlich einen Querschnittsbefund der Persönlichkeit, der Intelligenzminderung und eventuell vorkommender hirnnorganischer Störungen. Zudem wird eine individuelle Kriminalprognose erstellt, in dieser wird eine Entwicklungstheorie der Persönlichkeit und der personalen Risikopotenziale abgeleitet. Auch die Erstellung eines Behandlungsplans fällt in die erste Phase. Dieser umfasst alle psychischen Störungsbereiche, welche die Gefährlichkeit des Patienten bedingen (Muyers, Lux & Senger, 2011, S. 116-118).

## **2.2 Patienten im Maßregelvollzug**

Nach dem Statistischen Bundesamt waren im Jahr 2014, 6540 Straftäter nach § 63 in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht, hiervon waren nur rund 520 Täter weiblich (Statistisches Bundesamt, 2015, S.8). Das Statistische Bundesamt hatte seit 1970 regelmäßig offizielle Daten über die Bestandszahlen veröffentlicht, jedoch ist seit dem letztmaligen erscheinen im Jahr 2015, keine Weiterführung dieser Veröffentlichungen geplant (Leygraf, 2018, S. 91). In den

vom StBA veröffentlichten Daten, wurden die neuen Bundesländer nicht berücksichtigt. Rechnet man die Patientenzahlen aus den neuen Bundesländern zu denen des StBA hinzu, befanden sich in Deutschland am 31.03.2014, ca. 8000 Patienten nach § 63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus. Etwa jeder Dritte dieser Patienten weist eine Verweildauer von mindestens 10 Jahren auf, so beträgt die Zahl Langzeituntergebrachter im Maßregelvollzug etwa 2500 (Seifert, Klink & Landwehr, 2018, S. 136). Dieser Anteil ist in den Jahren von 2010 bis 2015 von 26,2 Prozent auf 32,3 Prozent angestiegen. Um diese langen Verweildauern zu verhindern, ist am 01.08.2016 das „Gesetz zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 StGB und zur Änderung anderer Vorschriften“ in Kraft getreten, durch welches Änderungen an § 67d StGB vorgenommen wurden. Durch dieses Gesetz wurde eine Erhöhung der Frequenz externer Begutachtungen und die Konkretisierung der Anforderungen an eine weiterlaufende Unterbringung, nach einem Zeitraum von sechs bis zehn Jahren beschlossen (§ 67d Absatz 6 Satz 2 StGB). Ob dieses Gesetz zu einer Senkung der Verweildauer beigetragen hat ist jedoch nicht bekannt, da keine aktuellen statistischen Daten über die Verweildauer öffentlich zugänglich sind (Leygraf, 2018, S.91).

Die größte Gruppe innerhalb des MRV bilden mit 50-60% aller Untergebrachten, die Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung. Weitere Hauptdiagnosegruppen sind Persönlichkeitsstörungen, hirnrorganischen Störungen und intellektuelle Behinderungen (de Tribolet-Hardy & Habermeyer, 2016, S. 266ff). Viele der Patienten weisen zudem neben ihrer Erkrankung weitere dissoziale Entwicklungen und Aggressionsproblematiken auf (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 174). Zu den häufigsten Deliktgruppen der Patienten zählen unter anderem Tötungsdelikte, Körperverletzung, Sexualdelikte mit oder ohne Gewalt, Eigentumsdelikte mit oder ohne Gewalt und Brandstiftung (Seifert, Klink & Landwehr, 2018, S. 142).

Der Zustand der Sicherung des Patienten, hängt von der Ausprägung seiner psychischen Störung ab und kann durch Regelmäßige prognostische Einschätzungen gelockert werden. Zu den möglichen Lockerungsstufen zählen zum Beispiel begleitete oder unbegleitete Geländeausgänge aber auch Stadtausgänge oder Beurlaubungen (ebd. S. 115).

Die lange Verweildauer der Patienten, die schwere der Straftaten und die zum Teil schwerwiegenden Erkrankungen machen deutlich, wie wichtig gut ausgebildetes Fachpersonal innerhalb des MRV ist, um den individuellen Anforderungen der Patienten gerecht zu werden. Im nächsten Kapitel wird die Behandlung der Patienten genauer erläutert, hierbei wird Bezug auf das multiprofessionelle Team genommen, anschließend wird sich auf die Pflegenden fokussiert.

## 2.3 Die Behandlung der Patienten im Maßregelvollzug

Alle Maßnahmen innerhalb des MRV haben das übergeordnete Ziel der Vermeidung neuer Delikte durch die Patienten. Hierbei bewegt sich das Personal stetig im Spannungsfeld zwischen Besserung und Sicherung. Anders als im Strafvollzug soll die Unterbringung der Patienten nicht als Strafe dienen, sondern den Schutz der Allgemeinheit gewährleisten. Die Behandlung der Patienten soll die psychische Störung reduzieren, welche ausschlaggebend für die Ausübung der Straftat ist (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 174). Gesetzliche Rahmenbedingungen strukturieren dabei den Umgang mit den Patienten und den Stationsalltag (de Tribolet-Hardy & Habermeyer, 2016, S. 265f).

Die Behandlung der Patienten erfolgt durch den individuell erstellten Behandlungsplan. Dieser umfasst die folgenden Elemente:

- Einzel und Gruppentherapie
- Arbeits- und Beschäftigungstherapie
- Sporttherapie
- Schulunterricht
- Kreativtherapie (Muyers, Lux & Senger, 2011, S.114f).

Hierfür arbeitet ein multiprofessionelles Team aus Ärzten, Therapeuten, Sozialarbeitern und Pflegekräften zusammen. Die Pflegenden stellen die größte Berufsgruppe innerhalb des MRV dar, zudem haben sie auch in Bezug auf die Präsenzzeit, die größte Nähe zu den Patienten. Aus diesem Grund bilden die Pflegekräfte einen integralen Bestandteil der Therapie (ebd. S. 119).

Ein wichtiger Bestandteil der Behandlung ist die Gestaltung des Stationsmilieus (ebd. S.119). Auch hier haben die Pflegenden, durch ihre hohe Präsenzzeit, großen Einfluss auf die erfolgreiche Umsetzung. Ein gutes Stationsmilieu ist für die Patienten notwendig um sich wohlfühlen, sich zu öffnen und einen Rahmen für die Therapie zu schaffen. Hierbei ist eine offene Kommunikation, die Partizipation der Patienten bei Entscheidungen innerhalb des Therapieprozess und das Vermitteln sozialer Kompetenz von großer Wichtigkeit. Innerhalb der Milieuthherapie wird somit das Gemeinschaftsleben zu therapeutischen Zwecken genutzt. Auch die Gestaltung der Therapie Umgebung kann Auswirkungen auf den Behandlungserfolg haben (Schmidt-Quernheim, 2018,S. 190).

Innerhalb des MRV spielen die Pflegekräfte somit eine zentrale Rolle im Umgang mit den Patienten. Gerade wegen der Nähe zu den Patienten und der ständigen Präsenz, kommt es so zu verschiedenen Aufgaben und Anforderungen für die Pflegenden. Auf diese wird im nächsten Kapitel genauer eingegangen.

## 2.4 Aufgaben und Anforderungen des Pflegepersonals

Die pflegerischen Aufgaben bilden einen festen Bestandteil der Behandlung. An erster Stelle steht hierbei die Gefahrenabwehr und Gefährlichkeitsreduktion. So erfolgt durch das Pflegepersonal eine Verhaltensbeobachtung der Patienten und die unmittelbare Intervention, sollte es zu einem Problemverhalten kommen. Zudem findet eine individuelle Alltagsbegleitung statt, in welcher Maßnahmen der Ordnung und Hygiene aber auch kotherapeutische und individuell therapeutische Aufgaben durchgeführt werden (Muyers, Lux & Senger, 2011, S. 119).

Eine weitere essentielle Aufgabe des Pflegepersonals ist die Umsetzung der Bezugspflege, hierbei wird jedem Patienten eine hauptverantwortliche Bezugsperson zugeteilt. Diese Bezugsperson hat eine weitgehende Entscheidungsbefugnis über den Patienten und daraus resultierend, eine Einzelverantwortung für den Patienten. Die ausgewählte Bezugsperson begleitet den Patienten während des gesamten Behandlungszeitraums auf der jeweiligen Station und hat somit eine umfassende Verantwortung für dessen Pflegeprozess, von der Aufnahme bis zur Entlassung. Hierbei wird auf eine zielgerichtete und den individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasste Pflege geachtet, welche interdisziplinär abgesprochen wird. Hierzu nimmt die Bezugsperson an Fallgesprächen teil und koordiniert Termine für Gespräche oder Zusammenkünfte, zwischen dem Patienten und anderen Mitgliedern des Stationsteams. Die Zusammenarbeit mit dem Patienten soll grundsätzlich partizipativ erfolgen. Zudem ist die jeweilige Bezugsperson auch für die Betreuung der Angehörigen verantwortlich. Durch diese Maßnahmen soll eine Kontinuität der Pflege gewährleistet werden und der Informationsstand des Patienten verbessert. Die Beziehung zu dem Patienten kann ebenfalls verbessert werden und somit zu mehr Vertrauen von Seiten des Patienten führen und so längerfristig auch zu mehr Zufriedenheit. Durch den vermehrten Einfluss auf den Behandlungsprozess, entsteht für das Pflegepersonal eine höhere Verantwortung im Arbeitsalltag (Kammeier, 2013, S. 128f)

Eine weitere Kernaufgabe des Pflegepersonals ist die Milieuthherapie, diese soll dazu beitragen, dass sich die Patienten in einem Klima wiederfinden, in welchem sie lernen können Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen. Dies trägt dazu bei, dass die Patienten in ihrem Resozialisierungsprozess alltagstaugliche Lebenspraxis erlernen und umsetzen. Innerhalb des langjährigen Zusammenlebens vermittelt das Pflegepersonal hierzu praktische Hilfen, um zielgerichtet soziale Kompetenzen wiederzuerlangen. Die soziale Wiedereingliederung der Patienten, wird hierbei durch die Begleitung von schulischen oder arbeitstherapeutischen Maßnahmen, sowie der Durchführung von Gemeinschaftsveranstaltungen oder Freizeitaktivitäten gewährleistet. Sollte es Patienten an Krankheitseinsicht oder Bereitschaft fehlen, leistet das

Pflegepersonal zudem Motivationsarbeit. Durch diese Arbeit sollen die Patienten dazu motiviert werden an Therapien in medikamentöser, psychologischer oder auch pädagogischer Art zu teilzunehmen (ebd., S.129f).

Durch die allgemeine Aufgabe der Sicherung und Besserung muss das Pflegepersonal, wie bereits erläutert, verschiedene Rollen bei der Arbeit mit den Patienten einnehmen. Da sich diese Rollen in ihrer Funktion teilweise widersprechen, kann dies zu Rollenkonflikten führen. So fungiert das Pflegepersonal als Ansprechpartner oder auch projizierten Familienersatz, welchem sich die Patienten anvertrauen können und gestalten somit eine professionelle Beziehung zu den Patienten. Gleichzeitig übt das Pflegepersonal eine Kontrollfunktion aus. Hierbei sind die Pflegenden den Patienten hierarchisch übergeordnet und eine Begegnung auf Augenhöhe kann nicht mehr stattfinden. Durch den Zwangskontext nimmt das Pflegepersonal somit eine Doppelrolle ein, welche sich längerfristig auf die psychische und physische Gesundheit auswirken kann (Weißkerber, 2019, S. 128f).

Da das Pflegepersonal durchgängigen Kontakt zu den Patienten hat, ist von ihnen ein hohes Maß an Kreativität und Engagement gefordert um Eskalationen zu umgehen und angespannte Situationen zu beruhigen. Hierzu ist ein professioneller und sicherer Umgang mit Distanz und Nähe zu den Patienten nötig (Höwler, 2019, S. 38). Dennoch ist die Gewalt durch Patienten im Bereich des MRV ständig präsent, da ein Großteil von ihnen unter psychischen Störungen leidet, welche sich in ihrer Symptomatik durch eine erhöhte Gewaltbereitschaft äußern können (Schmidt-Quernheim, 2018, S. 174).

Durch die unterschiedlichen Aufgaben ergeben sich für das Pflegepersonal unterschiedliche Anforderungen. So üben sie mit hoher rechtlicher Relevanz soziale Kontrolle aus, um den Schutz der Allgemeinheit zu gewährleisten. Hierbei dürfen aber nicht die individuellen Bedürfnisse der Patienten außer Acht gelassen werden. Somit wird die Pflege zu einem kontinuierlichen Balancieren zwischen rechtlichen Bedingungen, eigenen Werten und Normen und den Bedürfnissen der Patienten (Kolbe, 2013, S. 108).

Eine weitere Anforderung innerhalb des Pflegeberufs kann durch das Modell der Gratifikationskrise von Johannes Siegrist erklärt werden (siehe Abb. 1). Dieses besagt, dass die Arbeit einen Tauschprozess darstellt, welcher sich zwischen dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer vollzieht. Wird das Gleichgewicht zwischen den erbrachten Leistungen und der angemessenen Belohnung für diese gestört, kann dies zu einer Gratifikationskrise bei den Beschäftigten führen. Hierbei ist nicht nur die Belohnung durch Geld ausschlaggebend, sondern auch die Sicherung des sozialen Status des Arbeitnehmers. Dies meint das Vorhandensein von Aufstiegschancen innerhalb des Unternehmens

oder auch die Sicherheit des Arbeitsplatzes. Einen weiteren wichtigen Faktor innerhalb des Modells stellt die Wertschätzung der geleisteten Arbeit durch Vorgesetzte dar. Das Ausmaß der Verausgabung auf Seiten der erbrachten Leistung wird dabei von den von außen gestellten Anforderungen, sowie den persönlichen Eigenschaften des Beschäftigten bestimmt. (Siegrist, 2013, S. 33f). Kommt es zu einer Gratifikationskrise für den Beschäftigten, kann dies das Risiko für körperliche und psychische Erkrankungen erhöhen. Hierfür ist gerade der Bereich der Pflege anfällig, da die Verausgabungsbereitschaft in diesen Berufen hoch ist. (Hillert, Hillert & Lehr, 2019, S. 21).

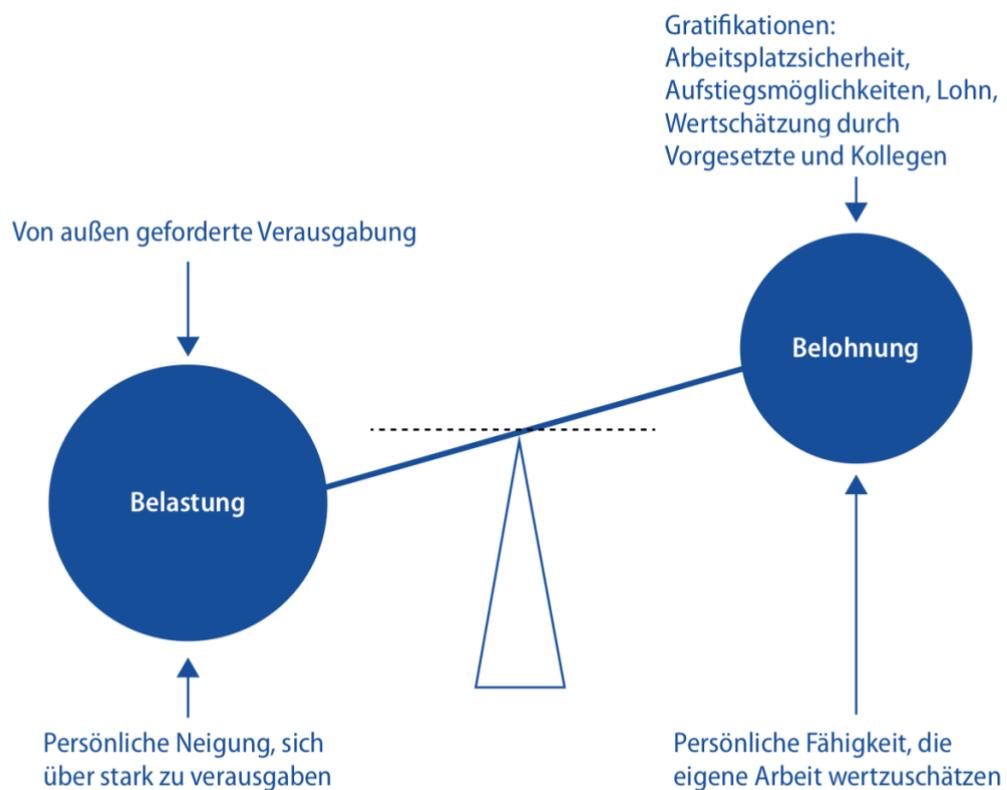


Abbildung 1: Modell der beruflichen Gratifikationskrise nach Johannes Siegrist (Hillert, Hiller & Lehr, 2019, S. 22)

Trotz der vielen Anforderungen die auf das Pflegepersonal zukommen, hat sich die Forschung bisher wenig auf mögliche Ressourcen für die Arbeit mit Patienten innerhalb des MRV konzentriert. Aus diesem Grund wird im nächsten Kapitel die Ressource der sozialen Unterstützung vorgestellt, um dessen Bedeutung für das Pflegepersonal herauszuarbeiten.

### 3. Die Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung beschreibt Interaktionen zwischen zwei oder mehreren Personen, die zu einer Problemlösung beitragen, einen Leid auslösenden Zustand verändern oder das Ertragen dessen erleichtern (Schwarzer, 2004, S. 177). Diese Interaktionen vermitteln ein Gefühl von Sicherheit und können zum Schutz der Gesundheit beitragen (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2017, S. 140).

Bei der Betrachtung dieser Interaktionen, wird zwischen erhaltener und wahrgenommener Unterstützung differenziert. Erhaltene soziale Unterstützung bezieht sich auf Unterstützungsleistungen, die von einer Person empfangen werden. Wohingegen unter der wahrgenommenen sozialen Unterstützung, das grundsätzliche Verfügbarkeit dieser in sozialen Netzwerken verstanden wird (Schulz & Schwarzer, 2003, S. 74f).

Die soziale Unterstützung kann ebenfalls verschiedene Funktionen haben und in unterschiedlichen Formen erfolgen. Hierbei unterscheidet man zwischen vier Formen:

**Instrumentelle Unterstützung:** Konkrete Hilfeleistungen bei akuten Problemsituationen. Diese können sowohl Hilfen bei zu erledigender Arbeit darstellen aber auch die Unterstützung durch monetäre Mittel.

**Emotionale Unterstützung:** Das Erleben von gemeinsamen Gefühlen und das Spenden von Trost.

**Informationelle Unterstützung:** Die Hilfe bei der Problemlösung, durch die Bereitstellung von relevanten Informationen.

**Bewertungsunterstützung/geistige Unterstützung:** Das Teilen von Ansichten und Werten und die Übereinstimmung bei der Bewertung von Handlungen oder Situationen (Knoll, Scholz & Rieckmann 2017, S. 143).

In Problemsituationen entsteht ein Bedürfnis nach Unterstützung auf Seiten des Unterstützungsempfänger. Dieses Bedürfnis und die wahrgenommene soziale Unterstützung, veranlassen den Empfänger zur Mobilisierung der Unterstützung. Im Idealfall folgt dann, von Seiten der Unterstützungsquelle ein konkretes Unterstützungsangebot, dieses kann in allen Formen der Unterstützung erfolgen (ebd. S. 146). Diese Unterstützung wird wahrscheinlicher, sollte die Not des Empfängers für die Quelle klar erkennbar sein. Der Belastungsgrad des Helfenden wirkt sich ebenfalls auf die Interaktion aus, sollte die Problemsituation für die helfende Person zu belastend sein wird eine Unterstützung unwahrscheinlicher (ebd. S. 148). Diese Unterstützung hat dabei einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit, so kann durch sie das psychische Wohlbefinden

gesteigert werden oder auch Stress gemindert (Borgmann, Rattay & Lampert, 2017, S. 117). Zudem wirkt die soziale Unterstützung präventiv gegen die gesundheitlichen Belastungen, die aus sozialer Isolation resultieren. Das tatsächliche Vorhandensein der sozialen Unterstützung ist dabei weniger wichtig, als die Wahrnehmung dieser (Blättner & Waller, S. 153f).

Die soziale Unterstützung kann sich in unterschiedlichen Weisen auf den Menschen auswirken. Zum einen kann sie krankheitsabschirmend wirken und bei der Bewältigen von Belastungen helfen und zum anderen kann sie sich direkt auf das Wohlbefinden auswirken und damit die Gesundheit fördern. Im Modell der Salutogenese eingeordnet, stellt die soziale Unterstützung nicht nur einen Schutzfaktor dar, sondern kann entweder eine Ressource im Kontinuum der generalisierten Widerstandressourcen und -defizite sein oder auch ein Teil einer Bewältigungsstrategie (ebd. S.153f).

Laireiter, Fuchs und Pichler (2007) zeigten zudem auf, dass die soziale Unterstützung auch als Negativunterstützung wahrgenommen werden kann. Diese Negativunterstützung kann aus Intentionen heraus entstehen, die sowohl negativ, neutral oder auch positiv sein können (Laireiter, Fuchs & Pichler, 2007, S. 44f). Hierbei wird unterschieden zwischen abwertendem Verhalten, enttäuschendem Verhalten und übertrieben unterstützendem Verhalten. Beispiele hierfür wären die Vorenthaltung versprochener Unterstützung, die Bagatellisierung der Situation oder auch die Abwertung von Unterstützungsbedürfnissen. Treten diese Formen auf, so kann dies einen starken negativen Effekt auf die betroffene Person ausüben. Das Auftreten der positiven sozialen Unterstützung, kann laut Laireiter et.al. jedoch häufiger verzeichnet werden als das der Negativunterstützung (ebd., S. 46-54).

Die Unterstützungsforschung zeigt zudem auf, dass Männer weniger sozial unterstützt werden und diese Unterstützung auch weniger mobilisieren. Diese Diskrepanzen werden mit den unterschiedlichen Geschlechterrollen erklärt. So wird darauf hingewiesen, dass Frauen häufiger signalisieren, wenn sie sich in Notsituationen befinden und sie im allgemeinen ihre Emotionalität mehr nutzen (Knoll et. al., 2017, S.147). Als nächstes wird die soziale Unterstützung im Setting des Arbeitsplatzes genauer betrachtet.

### **3.1 Soziale Unterstützung am Arbeitsplatz**

Am Arbeitsplatz kann die soziale Unterstützung ebenfalls nach den, wie in Kapitel drei erläuterten, verschiedenen Formen erfolgen. Die Unterstützung erfolgt hierbei meist durch Kollegen oder

Vorgesetzte und trägt zu der Lösung einer Arbeitsaufgabe oder eines Problems bei (Stadler & Spieß, 2002, S. 13).

Das Risiko an Rückenbeschwerden zu leiden, ist bei Mitarbeitern die sich nicht von ihren Kollegen Unterstützt fühlen um das Zweieinhalbfache erhöht. Ohne Unterstützung seitens des Vorgesetzten kommt es zudem häufiger zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den Beschäftigten. Die Stressresistenz der Mitarbeiter wird erhöht sobald diese gute Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte erfahren. Die Unterstützung hat ebenfalls einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit und psychosomatische Beschwerden, das Selbstwertgefühl wird erhöht und die Lebenszufriedenheit steigt. Eine schlechte soziale Unterstützung hingegen führt zu häufigeren Fehlzeiten und zu einer gesteigerten Fluktuation der Beschäftigten (ebd. S. 15).

Gerade im Hinblick auf die dauerhaft hohen Arbeitsanforderung für das Pflegepersonal innerhalb des Maßregelvollzugs, ist es wichtig zu verstehen wie sich diese Belastungen auf die Personen auswirken. Da der Unterstützungsprozess immer von einer Stresssituation seitens des Hilfebedürftigen ausgeht, wird im nächsten Kapitel das Transaktionale Stressmodell erläutert.

### 3.2 Transaktionales Stressmodell

Um die Wirkung der Anforderungen und Belastungen des Pflegepersonals auf dessen Gesundheit genauer erklären zu können, wird in der Arbeit das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus genutzt. In diesem Modell wird der Stress als ein Prozess angesehen der sich aus dem Individuum und dem Zusammenspiel mit dessen Umwelt vollzieht (Blättner & Waller, 2011, S. 93).

Innerhalb dieses Modells findet zu Anfang, die Primärbewertung statt. In dieser, beurteilt die betroffene Person den spezifischen Stressor dahingehend, ob dieser eine Auswirkung auf das eigene Wohlbefinden hat (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2017, S. 95) . Der Stressor stellt dabei eine Situation dar, die von dem Betroffenen eine sofortige Anpassungsreaktion erwartet (Gerrig, 2016, S. 473). Bewertet wird hierbei die Intensität, die Dauer und die Kontrollierbarkeit dieses Stressors. Somit wird entschieden ob die Situation für die Person irrelevant, positiv oder stressend ist. Außerdem erfolgt die Sekundärbewertung, bei dieser wird die Anforderung mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen abgeglichen (siehe Abb. 2). Die Primär- und Sekundärbewertung sind dabei keiner zeitlichen Abfolge unterteilt, sondern können zeitgleich erfolgen (Knoll, Scholz & Rieckmann, 2017, S. 95f).

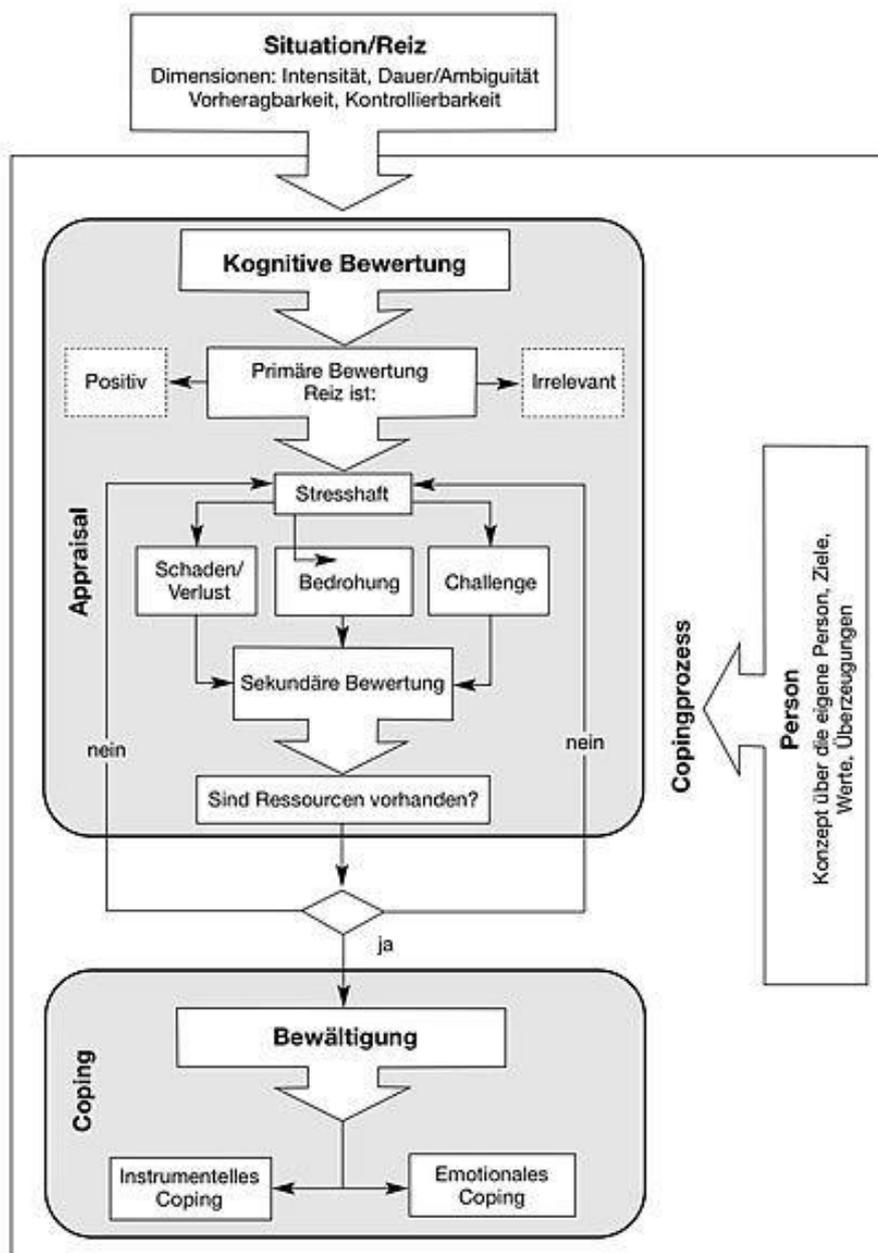


Abbildung 2: Transaktionales Stressmodell (Frankel, 2012, S.122)

Sollten die Bewertungen negativ ausfallen, können unterschiedliche Formen von Stress entstehen. So kann es für die betroffene Person zu Schaden und Verlust kommen, zu einer Bedrohung oder auch zu einer Herausforderung. Anschließend erfolgt das Coping, hierbei wird versucht, den als Stressor beurteilten Reiz, durch Bewältigungsstrategien zu minimieren. Dies kann in zwei unterschiedlichen Formen ablaufen. Bei der problemorientierten oder auch instrumentellen Bewältigung, wird aktiv versucht die Problemsituation zu ändern. Dies kann unter anderem durch die soziale Unterstützung erfolgen. Die emotionale Bewältigung konzentriert sich hingegen auf die Veränderung der Gedanken und Gefühle, dies kann zum Beispiel durch kognitives Umstrukturieren

erfolgen. Die Bewältigungsstrategien können entweder funktional ausfallen und somit zur Problemlösung beitragen oder dysfunktional, das heißt erfolglos ausfallen (ebd. S. 95f).

Sollten über einen längeren Zeitraum die Anforderungen größer wahrgenommen werden als die zur Verfügung stehenden inneren und äußeren Ressourcen, spricht man von chronischem Stress. Wenn dieser lange genug anhält, tritt der Körper in eine Phase der Erschöpfung über. Durch diesen Zustand erlebt die betroffene Person erhebliche körperliche Einschränkungen. So wird durch die gesteigerte Produktion von Stresshormonen, das Funktionieren des Immunsystems beeinträchtigt, dies kann sich ebenfalls negativ auf die Gesundheit auswirken (Gerrig, 2016, S. 474-477).

Um die Entstehung von chronischem Stress zu verhindern, ist der Ausbau von Ressourcen von großer Wichtigkeit. Eine Möglichkeit die zur Verfügung stehenden Ressourcen einer Person, gerade in Bezug auf den Arbeitsplatz, zu fördern, ist die Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Da wie im Modell von Lazarus beschrieben, die soziale Unterstützung eine mögliche Bewältigungsstrategie darstellt, wird im nächsten Kapitel ein Wirkmodell dessen vorgestellt und hierzu Bezug zum BGM genommen.

### **3.3 Wirkmodell der sozialen Unterstützung innerhalb der Maßnahmenplanung des BGM**

Es ist längst bekannt, dass die Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen innerhalb eines Unternehmens ein hohes wirtschaftliches Potenzial mit sich bringt. Durch diese können arbeitsbelastende und gesundheitsbelastende Faktoren minimiert werden. Sollten innerhalb einer Klinik keine solcher Maßnahmen implementiert werden, kann es zu qualitativen und quantitativen Einbußen der pflegerischen Qualität kommen. Daraus bedingte erhöhte Fehlerraten können zu einem Risiko für die Pflegenden und Patienten werden. Um die Gesundheit der Mitarbeiter und Patienten zu gewährleisten, müssen somit die richtigen Bedingungen geschaffen werden, hierzu ist ein BGM von Nöten (Runde & Tenberg, S.213f)

Das BGM hat zum Ziel eine gesunde, motivierte und leistungsfähige Belegschaft sicherzustellen. Um dies zu gewährleisten müssen Anforderungen und Belastungen erkannt und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung der Situation geplant werden (Sayed & Kubalski, 2016, S.2). Dabei konzentriert sich die Umsetzung eines ganzheitlichen BGM nicht nur auf die Durchführung von Rückenschulen oder gesundem Essen in der Kantine. Vielmehr geht es um darum, das Thema Gesundheit in allen Bereichen der Organisation zu verankern (Runde & Tenberg, S. 216). Somit

umschreibt das BGM „[...] die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, welche die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura & Steinke, 2009, S.4).

Die Maßnahmenplanung und erfolgreiche Umsetzung eines BGM erfolgt dabei innerhalb des PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) (siehe Abb. 4).



Abbildung 3: PDCA Zyklus (Kaminski, 2013, S.24)

Innerhalb dieses Zyklus werden zuerst Gesundheitsprobleme und -risiken analysiert, anschließend folgt die Beschreibung der auf das Problem abgestimmten Maßnahme. Die Maßnahme wird durchgeführt und währenddessen werden die vorab festgelegten Ziele überprüft. Werden Defizite festgestellt, wird die Maßnahme weiter angepasst und optimiert. Das mehrmalige Durchlaufen dieses Zyklus gewährleistet eine kontinuierliche Verbesserung der Gesundheit innerhalb eines Unternehmens (Kaminski, 2013, S.24).

Da die soziale Unterstützung als Ressource innerhalb der Maßnahmenplanung des BGM beachtet werden sollte, zeigt das folgende Wirkmodell von Pfaff in Weiterentwicklung von Stadler und Spieß (2002). In diesem wird die Wirkweise der sozialen Unterstützung in drei Formen unterteilt. So können Belastungen durch soziale Unterstützung reduziert werden und mögliche negative Auswirkungen auf die Gesundheit abgeschwächt. Dadurch wird deutlich, dass ein positiver Einfluss auf die Stressbewältigung entstehen kann. Des Weiteren kann die soziale Unterstützung auch eine gesundheitsförderliche Wirkung haben (siehe Abb. 3).

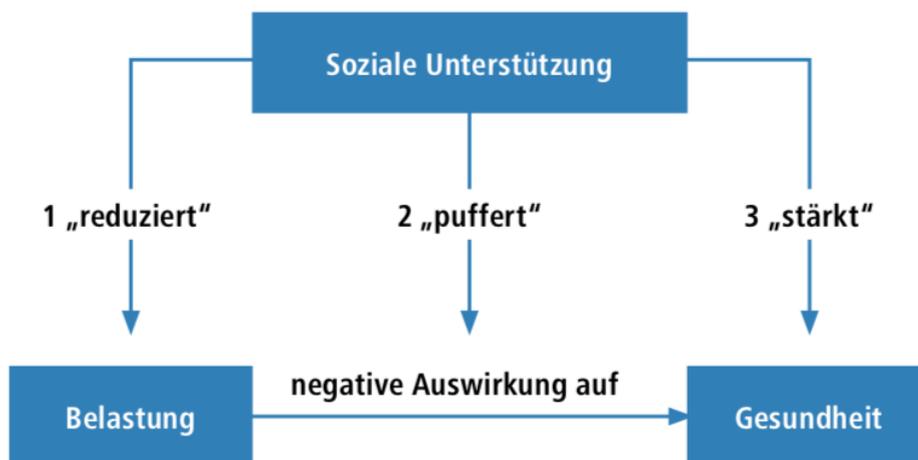


Abbildung 4: Wirkmodell der sozialen Unterstützung (Stadler & Spieß, 2002, S. 13)

Welche Bedeutung der sozialen Unterstützung, innerhalb der Gruppe des Pflegepersonals in einem Maßregelvollzug zukommt, und welche Bedeutung dies für das BGM hat, soll durch die folgende qualitative Analyse erklärt werden.

## 4. Methodik

Die Studie dieser Arbeit wurde nach wissenschaftlichen Standards erstellt, diese werden in dem folgenden Kapitel genauer aufgeführt.

Zuerst wird die Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit genauer erläutert, anschließend wird die Stichprobe der Teilnehmenden beschrieben. Darauf folgt die Erklärung des Datenschutzes innerhalb der Studie und die Erläuterung des methodischen Vorgehens. Es wurde sich für ein qualitatives Leitfadenterview entschieden, dessen Herleitung des Fragenkatalogs, die Durchführung des Interviews, sowie die Vorgehensweise bei der Auswertung der Ergebnisse werden ebenfalls vorgestellt.

### 4.1 Fragestellung und Zielsetzung

Wie bereits erläutert, sollen durch die Studie Erkenntnisse über die Arbeit des Pflegepersonals innerhalb des MRV gewonnen werden. Im Fokus steht dabei die Betrachtung der sozialen

Unterstützung als Ressource, bei der Arbeit mit den Patienten. Hierzu wurde die folgende Leitfrage entwickelt: „Welche Rolle spielt die soziale Unterstützung für das Pflegepersonal, bei der Arbeit mit Patienten innerhalb des Maßregelvollzugs und welche Bedeutung hat dies für die Maßnahmenplanung innerhalb des betrieblichen Gesundheitsmanagement?“.

Ziel ist es, einen Überblick über die Belastungen des Pflegepersonals, resultierend aus der direkten Arbeit mit den Patienten, zu gewinnen und diesem, die soziale Unterstützung als Ressource entgegenzustellen. Hierzu soll das Vorkommen dieser analysiert werden und die Bedeutung dessen, für das Pflegepersonal. So sollen mögliche Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt werden können, um so Handlungsempfehlungen für die Maßnahmenplanung innerhalb des BGM ableiten zu können. Als Datengrundlagen dienen hierzu die Transkripte der Befragungen mit den Mitarbeitern des Pflegepersonals.

## 4.2 Stichprobe

Im Rahmen der Studie wurden fünf Mitarbeiter des Pflegepersonals innerhalb eines psychiatrischen Krankenhauses befragt. Zur Zeit der Befragung arbeiteten alle Teilnehmenden auf der gleichen Station des MRV. Die Akquise der Teilnehmenden erfolgte während eines Praktikums im dortigen BGM, das im Rahmen des Studiengangs Gesundheitswissenschaften, innerhalb des sechsten Semesters durchgeführt wurde.

Hierzu wurde zunächst Kontakt mit dem Pflegedienstleiter der Forensik hergestellt, dieser vermittelte den Kontakt zu einer der Stationen des MRV. Das Pflegepersonal dort wurde auf die Studie im Rahmen der Bachelorarbeit aufmerksam gemacht und Interessierte konnten sich so freiwillig für die Teilnahme melden. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme, konnte keine Zufallsstichprobe generiert werden, somit können die Daten nicht repräsentativ, für die Grundgesamtheit genutzt werden. Da alle Teilnehmenden auf einer Station arbeiten, haben diese auch den Kontakt zu den gleichen Patienten.

Von den fünf Befragten sind vier männlich und eine weiblich. Das Durchschnittsalter der Teilnehmenden lag bei 34 Jahren. Im Durchschnitt arbeiten die Befragten seit 7,5 Jahren auf der Station, zuvor hatte noch keiner der Befragten innerhalb des MRV gearbeitet. Vier der Befragten gaben an in einer 38,5 Stunden Woche zu arbeiten, einer der Teilnehmenden gab an in der Woche 30,8 Stunden zu arbeiten. Alle Befragten arbeiten im Schichtdienst. Ebenfalls gaben drei der Befragten an, die Ausbildung zum Altenpfleger absolviert zu haben, eine Person absolvierte die

Ausbildung zum Krankenpfleger, sowie eine Person angab, die Ausbildung zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie absolviert zu haben.

### 4.3 Ethik und Datenschutz

Da zwischen den Befragten und der interviewenden Person innerhalb qualitativer Forschung ein direkter und nicht anonymisierter Kontakt stattfindet, müssen diese Studien verschiedenen datenschutzrechtlichen und forschungsethischen Grundlagen unterliegen (Döring, Bortz & Pöschl, 2016, S. 211).

Die folgende Aufzählung zeigt die basalen ethischen Grundprinzipien auf, die innerhalb jeder seriösen qualitativen Studie beachtet werden sollten.

- Respekt: Der Forschende muss sich dem Teilnehmenden gegenüber jeder Zeit respektvoll verhalten, auch wenn dieser Ansichten vertreten sollte, welche gegen die Prinzipien der interviewenden Person sprechen.
- Informationspflicht: Die Teilnehmenden müssen über die Studie informiert werden, hierbei muss auch über mögliche Risiken der Befragung aufgeklärt werden.
- Vertraulichkeit/Anonymität/Datenschutz: Vor der Datenerhebung muss die Vertraulichkeit der Daten und die Anonymität der Teilnehmenden schriftlich zugesichert werden. Nach der Erhebung der Daten, sollten keine Rückschlüsse auf bestimmte Personen möglich sein. Der Umgang mit den Daten ist in Deutschland in dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) festgelegt.
- Einverständnis: Vor der Befragung muss der Teilnehmende über die Inhalte der Studie aufgeklärt werden. Außerdem muss der Aufzeichnung des Interviews zugestimmt werden. Hierzu wird empfohlen, eine schriftliche Einverständnis Erklärung zu verfassen.
- Freiwilligkeit der Teilnahme und Widerrufsrecht: Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig, darauf müssen die zu Befragenden hingewiesen werden. Zudem ist sicherzustellen, dass die Befragten selbst über die Teilnahmen entschieden haben. Die Teilnahme kann zu jedem Zeitpunkt widerrufen werden, dies führt zum sofortigen Abbruch des Interviews oder dazu, dass die Erhobenen Daten nicht weiter verwendet werden dürfen.
- Wahrung der Persönlichkeitsrechte: Alle Persönlichkeitsrechte der Teilnehmenden, müssen während der gesamten Studie gewahrt bleiben.

- Schutz der Befragten: Die Teilnahme an der Studie darf sich für die Beteiligten zu keinem Zeitpunkt negativ auswirken (Misoch, 2015, S. 18-21).

Vor Beginn des Interviews wurden die Teilnehmenden über die Studie aufgeklärt und es wurden Informationen zu den Inhalten, der Zielsetzung und der Durchführung bereitgestellt. Anschließend mussten die Befragten eine Datenschutzerklärung unterschreiben, in dieser wurden sie darüber aufgeklärt, dass das Interview aufgenommen wird. Außerdem wurde sichergestellt, dass durch die Arbeit keine Identifizierung einer Person stattfinden kann. Alle personenbezogenen Daten wurden für dritte unzugänglich aufbewahrt und nach Abschluss der Befragung gelöscht. Die Teilnehmenden konnten zudem jederzeit das Interview abbrechen oder ihr Einverständnis zur Weiterverarbeitung der Daten zurückziehen.

#### 4.4 Leitfadeninterview

Die Daten innerhalb der Arbeit wurden mit Hilfe eines Leitfadeninterviews gesammelt, hierbei handelt es sich um eine semi-strukturierte Erhebungsform. Der Befragung liegt hierbei ein Fragenkatalog zugrunde, auf denen die Teilnehmenden offen antworten und dabei ihre subjektiven Empfindungen äußern können. Der Leitfaden dient hierbei zur Strukturierung des Interviews, die Reihenfolge der Fragen muss dabei nicht eingehalten werden, so kann sich das Interview mit den Befragten individuell gestalten (Mayer, 2013, S. 13f). Diese Methode gewährleistet die Vergleichbarkeit der erhobenen Daten und ermöglicht dennoch den Gewinn neuer Erkenntnisse, durch den Freiraum der Befragten (Misoch, 2019, S.66).

Der Leitfaden unterliegt drei Grundprinzipien der qualitativen Forschung:

1. Offenheit – kein hypothesengebundenes Vorgehen: Durch die Forschung darf keine Hypothese geprüft werden, sondern Erlebnisse, Einstellungen und die Bedeutung dieser für das Individuum, sollen analysiert werden. Hierzu muss der Leitfaden so gestaltet werden, dass er im Laufe des Interviews angepasst werden kann. Außerdem kann der Leitfaden innerhalb der individuellen Gespräche, unterschiedlich gehandhabt werden. Dennoch muss darauf geachtet werden, dass alle vorab festgelegten Themen auch angesprochen werden.
2. Prozesshaftigkeit: Die Bedeutungen für die Befragten sind nicht statisch aufzufassen, sondern müssen prozesshaft verstanden werden.
3. Kommunikation: Das Sprachniveau des Interviewenden sollte sich immer an das Sprachniveau des Befragten anpassen, hierbei sollte auch auf die Verständlichkeit der

Fragen geachtet werden und Fachtermini, wenn nicht benötigt, ausgeschlossen. Ebenfalls sollten alltägliche Sprachregeln beachtet werden, so wird empfohlen, die Durchführung eines Interviews an den Verlauf eines Alltagsgespräches anzunähern. Somit können sich auch neue relevante Themen ergeben, die in das Interview mitaufgenommen werden (Misoch, 2019, S. 66f).

Der Leitfaden sollte außerdem einer gewissen Struktur unterliegen, diese teilt sich auf in die Informationsphase, Aufwärm- und Einstiegsphase, Hauptphase und Ausklang- und Abschlussphase (Misoch, 2019, S. 68).

**Informationsphase:** In dieser Phase findet die Aufklärung des Befragten über die Studie und deren Zielsetzung statt. Hierbei wird auch die Einverständniserklärung von den Teilnehmern unterzeichnet.

**Aufwärm- und Einstiegsphase:** Der Einstieg in das Interview soll dem Befragten, durch eine möglichst offene Frage, erleichtert werden. Hierbei sollte auch darauf geachtet werden, dass eine vertrauensvolle Gesprächsatmosphäre geschaffen wird, die den Rest des Interview beibehalten kann.

**Hauptphase:** Nach der Aufwärmphase werden in dieser die relevanten Themen des Interviews behandelt. Fragen können hierbei bereits im Vorfeld entwickelt worden sein (deduktiv) oder auch während des kommunikativen Austausches entstehen (induktiv). Hierbei ist es hilfreich, den Leitfaden in verschiedene Themenbereiche einzuteilen.

**Ausklang- und Abschlussphase:** Durch diese Phase wird das Interview beendet und noch einmal reflektiert. Außerdem sollte der Befragte dazu aufgefordert werden, bis dahin unerwähnte Informationen hinzuzufügen. Durch diese Phase soll der Befragte auch aus der speziellen Interviewsituation hinausgeführt werden, da diese Situationen durch emotionale Themen zu einer intensiven Erfahrung werden kann (Misoch, 2019, S. 68f).

Inhaltlich wurde der Leitfaden aufgeteilt in die bestehenden Belastungen für das Pflegepersonal durch die Patienten, das Vorkommen sozialer Unterstützung und der Bedeutung dieser, sowie Fragen zum BGM.

Vor der Durchführung wurde der Leitfaden in einem Pretest getestet, hierbei wurden kleine Veränderungen an den Fragestellungen vorgenommen.

## 4.5 Durchführung

Bei der Durchführung der Interviews wurde auf die, in den vorherigen Kapitel angesprochenen, Prinzipien und Datenschutzrechtlichen Bedingungen geachtet. Die Interviews wurden auf einer Station des Maßregelvollzugs nach § 63 innerhalb eines Psychiatrischen Klinikums durchgeführt. Die Befragungen fanden an zwei unterschiedlichen Tagen statt, hierzu diente einmal ein Besucherraum und ein weiteres Mal ein Besprechungsraum. An beiden Tagen wurde dafür gesorgt, dass das Interview störungsfrei verlaufen konnte. Vor dem eigentlichen Interview, wurde ein Begleitfragebogen von den Teilnehmern ausgefüllt. Während der gesamten Durchführung wurde nur die männliche Form (Patient) genutzt, da alle Beteiligten auf einer Station für ausschließlich männliche Patienten arbeiten.

Die Interviews hatten eine durchschnittliche Länge von 14 Minuten.

## 4.6 Auswertung

Um die gewonnenen Daten auswerten zu können, wurden die geführten Interviews transkribiert. Dies meint die Verschriftlichung der verbalen Daten (Misoch, 2019, S. 263). Da der Fokus innerhalb der Auswertung auf der Inhaltsebene liegt, wurde sich für ein Grundtranskript entschieden. Bei dieser Form wird das Interview wortgetreu abgebildet, die Sprache kann jedoch leicht geglättet werden. Somit können Dialekte in das Hochdeutsche übersetzt werden und eine umgangssprachliche Ausdrucksweise kann angepasst werden, sollte diese die Lesbarkeit des Transkriptes beeinträchtigen. Grammatikalische Fehler, Wortabbrüche oder auch fehlerhafte Ausdrücke werden dabei übernommen, ebenso können Auffälligkeiten in der Gesprächslautstärke kenntlich gemacht. Auf eine Verschriftlichung der interaktiven Aspekte der Teilnehmenden wurde innerhalb der Transkription verzichtet (Fuß & Karbach, 2019, S. 64f).

Die erhaltenen Daten wurden inhaltsanalytisch aufgearbeitet, bei dieser Methode werden Daten analysiert, welche aus einer Art von Kommunikation stammen (Mayring, 2015, S.11). Ein zentrales Instrument dieser Analyse ist die Bildung eines Kategoriensystems. Die Kategorien werden zum einen durch die Fragestellung der Studie und zum anderen durch die gesammelten Daten entwickelt. Während der gesamten Analyse werden die Kategorien überprüft und können weiter angepasst werden (ebd. S 51).

Mit Hilfe des Interviewleitfadens wurden deduktiv Kategorien gebildet. Durch das vorliegende Textmaterial wurden dazu passende Unterkategorien gebildet.

## 5. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie, werden in dem folgenden Kapitel aufgeführt. Hierzu wird als erstes auf die Belastungen eingegangen, denen das Pflegepersonal ausgesetzt ist. Hierbei wird unterschieden zwischen physischen und psychischen Belastungen. Darauf folgt die Beschreibung der erfolgten sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz und dessen Bedeutung für das Pflegepersonal. Mit Hilfe des Stressmodels, werden zudem die Auswirkungen der sozialen Unterstützung auf das Pflegepersonal und die Arbeit mit den Patienten analysiert. Zum Schluss wird die Bedeutung der sozialen Unterstützung für die Maßnahmenplanung innerhalb des BGM erarbeitet. Hierfür wurde folgende Kategorienbildung vorgenommen.

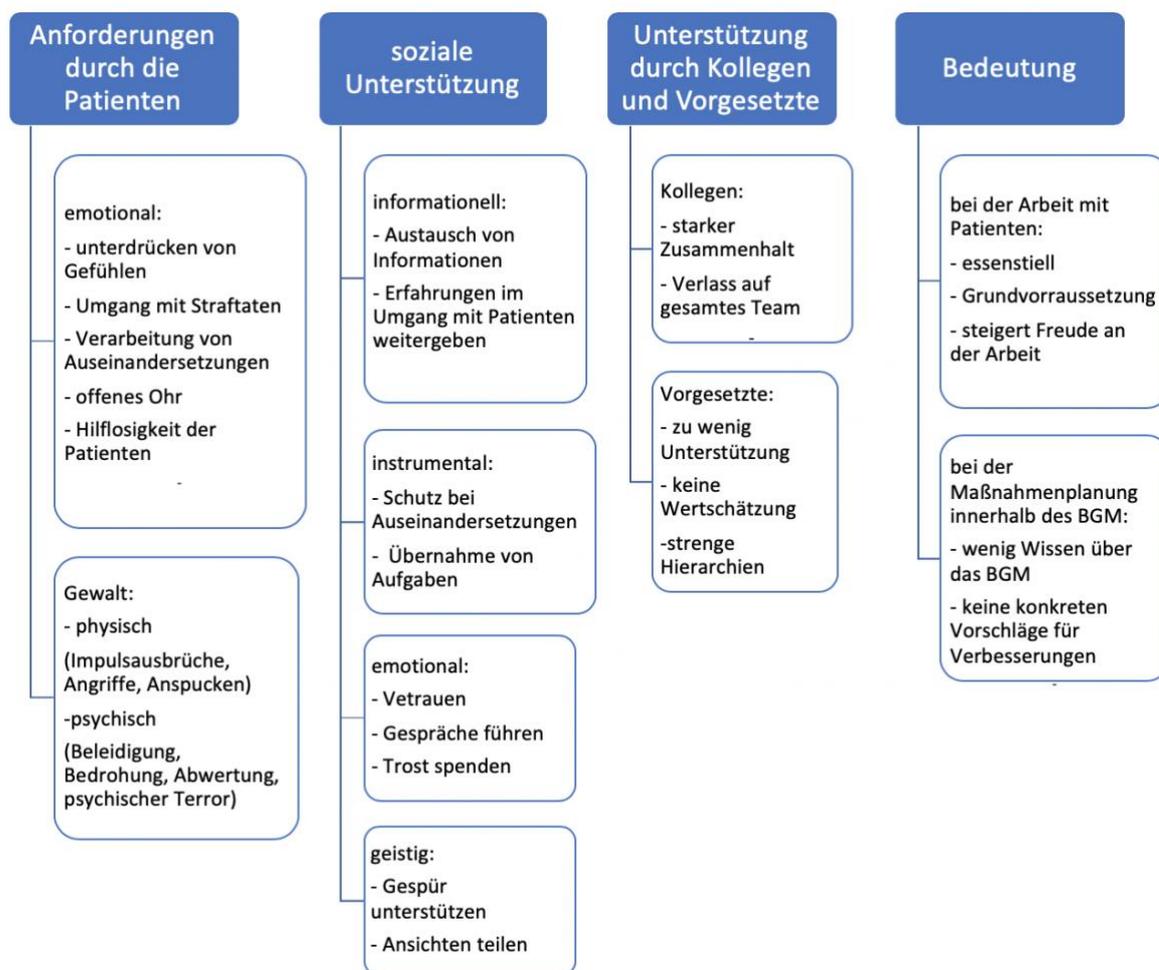


Abbildung 5: Kategorienbaum (eigene Darstellung)

Zum Einstieg in das Interview wurden die Beteiligten nach ihren Aufgaben innerhalb des Maßregelvollzugs befragt. Hierbei gaben alle Befragten an, dass ihre Hauptaufgabe in der Sicherung und Besserung der Patienten liegt. So gewährleiten sie die Versorgung der Patienten und strukturieren deren Tagesabläufe. Einer der Teilnehmenden gab, dass das Pflegepersonal als „Lifecoach“ für die Patienten fungiert. Sie unterstützen die Patienten bei den alltäglichen Aufgaben und helfen bei der Dilektarbeit. Somit herrscht ein sehr ausgeprägter Kontakt zu den Patienten, welcher auch Anforderungen und Belastungen mit sich bringt. Auf diese wird im Folgenden eingegangen.

## 5.1 Emotionale Anforderungen

Eine Anforderungen, die jeder der Teilnehmenden nannte, ist das Unterdrücken der eigenen Gefühle während der Arbeit. So gaben drei Befragte an, dass es zu ihrem professionellen Auftreten gehöre, die Emotionen, den Patienten gegenüber, nicht preiszugeben. *„Dadurch das ich so lange in dem Beruf bin, habe ich denke ich ein professionelles Verhalten zu den Patienten und in erster Linie ist da der Patient wichtig. Er wird von mir keine Emotionen erwarten können auch wenn es mir schlecht geht“* (Interview B, Z 12ff). Vier der Teilnehmenden beschrieben, dass dies für sie keine Belastung im Arbeitsalltag darstelle. Einer der Teilnehmenden empfindet das Unterdrücken der eigenen Emotionen allerdings als stressauslösend. *„Das bedeutet natürlich Profi sein und das ist natürlich Stress für mich, wenn es mir dann mal wirklich nicht gut geht.“* (Interview B, Z 14f). Ein Weiterer berichtete davon, dass Patienten das Preisgeben der eigenen Gefühlswelt als Angriffsfläche nutzen können um das Pflegepersonal zu verunsichern. *„Natürlich sollte man, wenn man Angst vor jemandem hat, dies nicht zeigen, da man sonst psychisch auch angegriffen werden kann und man von den Patienten ausgespielt wird“* (Interview E, Z 11f). Auch das Kontrollieren der eigenen Gefühle, in schwierigen Situationen, wurde als Anforderung angeführt. Dies insbesondere, wenn die Patienten provozierend handeln.

Alle Befragten erklärten, bei der Nachfrage der Belastungen durch die Straftaten der Patienten, dass sie den Umgang mit diesen nicht als Belastung empfinden, sich diese aber die gesamte Zeit über präsent halten. *„Also wenn man in der Forensik arbeitet und ich habe mich damit sehr viel befasst, ist es so, dass die Straftat ein Symptom der Krankheit ist. Diese Leute sind psychisch Krank und das muss man sich vor Augen halten ansonsten kann man hier nicht arbeiten“* (Interview B, Z 22ff). Die Straftaten der Patienten werden von dem Pflegepersonal als ein Symptom der jeweiligen

Krankheit verstanden. Dennoch gaben einige der Befragten an, die Straftaten im privaten Bereich, moralisch zu bewerten. Doch dies habe keine Auswirkung auf die Arbeit mit den Patienten.

Einige der Befragten gaben zudem an, dass besonders einprägsame Situationen mit den Patienten, wie zum Beispiel körperliche Angriffe, nur schwer verarbeitet werden können und noch im Nachhinein über solche Momente nachgedacht wird. Solche Auseinandersetzungen belasten die Pflegekräfte über einen längeren Zeitraum und können auch im privaten Bereich zu Einschränkungen, wie zum Beispiel Schlafstörungen führen.

Einer der Befragten gab ebenfalls an, dass es belastend sei für jeden Patienten ein offenes Ohr zu haben. *„[...]für jeden der da reinkommt, dann eben auch am besten immer vier Ohren zu haben weil man muss ständig da sein und dann wieder wo anders Dann ist man mit den Gedanken wieder beim nächsten Schritt, das ist manchmal eine hohe emotionale Belastung, irgendwie einfach schnell reagieren zu können.“* (Interview D, Z S. 33-36). Auch die Hintergrundgeschichten der Patienten, stellen teilweise eine Belastung für das Pflegepersonal dar. Sowie das mangelnde Verständnis einiger Patienten, über die Unterbringung innerhalb des MRV, bedingt durch deren Krankheiten. *„[...] wenn Patienten zu uns kommen und die gar nicht verstehen warum die hier sind und dann anfangen zu weinen, das geht mir sehr nah. Wenn der dann auch, nicht indirekt aber halt nach Hilfe schreit dann belastet mich das“* (Interview E, Z 19ff).

## 5.2 Gewalt durch Patienten

Das Vorkommen von Gewalt gegenüber dem Pflegepersonal, durch die Patienten wurde in zwei Kategorien unterteilt. Zum einen wurde nach der physischen Gewalt gefragt und zum anderen nach der psychischen Gewalt.

### **Physische Gewalt durch die Patienten**

Drei der Befragten gaben an, bereits körperliche durch die Patienten angegriffen worden zu sein. Dies geschieht meistens auf Grund von manischen Anfällen der Patienten oder Impulsausbrüchen, bei denen die Patienten das Pflegepersonal als Bedrohung wahrnehmen. Bei Fixierung komme es zu direkten körperlichen Angriffen, welche auch zu leichten Verletzungen führen können. *„[...] und er hat sich gewehrt und getreten und dann habe ich einen Tritt an den Oberarm abbekommen. Beim Fixieren hat er sich dann auch heftig gewährt, wo meine Hand dann umgeknickt ist.“* (Interview A, Z 52ff). Einige Befragte gaben außerdem an bereits mit Gegenständen und heißen Getränken beworfen wurden zu sein. Allerdings wurden Vorfälle, bei denen es zu Verletzungen kommt, als

selten beschrieben. Zudem wurde erwähnt, dass Frauen weniger von körperlichen Angriffen betroffen sind, da diese meist eine deeskalierende Position einnehmen.

Zwei der Befragten berichteten auch, bereits von Patienten angespuckt wurden zu sein. Da dies von den Befragten als Erniedrigung empfunden wurde, kann das Anspucken auch als ein Akt psychischer Gewalt gesehen werden „ich wurde schon mal angespuckt und auch mal geboxt, wobei ich dieses anspucken deutlich schlimmer fand, das finde ich sehr erniedrigend irgendwie“ (Interview D, Z 44f).

### **Psychische Gewalt durch die Patienten**

Alle der Befragten gaben an bereits unter psychischer Gewalt durch die Patienten gelitten zu haben. Hierzu zählen Beleidigungen und Bedrohungen, welche fast täglich vorkommen. *„Ich stech' dich ab, ich werde dich draußen finden, ich werde dich töten. Also ich glaube ich habe da schon vieles gehört“* (Interview E, Z 34f). Oft kommt es auch zu einer Abwertung des Pflegepersonals durch die Patienten. *„Ja, also das kommt relativ häufig vor, so verbale Beleidigungen und so. Dann natürlich auch so eine Abwertung von Patienten gegenüber des Pflegepersonals.“* (Interview D, Z 39f).

Einer der Befragten berichtete auch von dem Vorkommen psychischen Terrors über mehrere Tage, gerichtet auf einzelne Pflegekräfte. Diese Situation wurde für den Befragten so belastend, dass er dem Patienten für eine gewisse Zeit nicht mehr gegenübertreten konnte.

## **5.3 Erfolgte soziale Unterstützung am Arbeitsplatz**

Nachdem im Interview die Belastungen des Pflegepersonals durch die Patienten abgefragt wurden, sollten diese im nächsten Teil über die erhaltene soziale Unterstützung am Arbeitsplatz berichten. Hierzu wurden die Fragen in Unterstützung erfolgt durch Kollegen und Unterstützung erfolgt durch Vorgesetzte aufgeteilt. Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, kann die soziale Unterstützung in vier Formen unterteilt werden, aus diesem Grund wurden die Ergebnisse des Interviews ebenfalls dieser Untersteilung unterzogen.

### **Informationelle Unterstützung**

Unter dem Pflegepersonal, findet ein kontinuierlicher Austausch von Informationen statt. Dieses betreffe unter anderem auch die direkte Arbeit mit den Patienten. So berichten die Befragten, dass sie sich über das Verhalten und die Tagesform der Patienten austauschen und somit besser auf deren Bedürfnisse eingehen können. *„Wenn man zur Arbeit kommt, wird auch immer direkt gesagt*

*wie welcher Patient heute drauf ist, so fällt man nie ins kalte Wasser. Das ist auch positiv für die Patienten, weil man direkt weiß wie man reagieren soll.*“ (Interview C, Z 64ff). Ebenfalls werden Erfahrungen im Umgang mit den Patienten an neue Mitarbeiter weitergegeben. Das heißt, die Mitarbeiter erhalten Unterstützung in Form von Wissen über die unterschiedlichen Krankheiten der Patienten oder auch Möglichkeiten der Deeskalation. Auch bei Fragen zur Medikamentenvergabe oder anderen Aufgaben, kann immer Hilfe durch Kollegen erwartet werden. *„Naja ich sag mal, wenn man irgendwelche Fragen hat zu den Medikamenten oder sonstigen Dingen, dann helfen die Anderen mit ihrem Wissen.“* (Interview C, Z 62f). So wird sich täglich durch die Weitergabe von Informationen geholfen und das Pflegepersonal unterstützt. Die geteilten Informationen, Erfahrungen und das Wissen können hierbei sowohl kleine als auch große Unterstützung für die Arbeit mit den Patienten darstellen.

### **Instrumentelle Unterstützung**

Auch die praktische Unterstützung am Arbeitsplatz wird umgesetzt. So mehrere der Befragten an, dass sie in schwierigen Situationen mit den Patienten durch das Eingreifen von Kollegen unterstützt werden. Dies geschieht zum Beispiel, wenn ein Patient aggressiv gegen die Pflegekräfte vorgeht. In solchen Situationen schützen sich die Kollegen auch gegenseitig. *„Die Kollegen sind sofort parat oder stehen sofort neben einem oder vor einem oder hinter einem und sind auf jeden Fall da“* (Interview D, Z 48f). Die Befragten gaben auch an, dass sie, sollte es ihnen nicht gut gehen oder eine Aufgabe zu einem bestimmten Zeitpunkt zu überfordernd sein, diese von Kollegen übernommen wird. *„[...]wenn ich dann signalisiere mach mal bitte, dann ist das auch kein Problem für die das zu übernehmen. Dann darf ich mich auch gerne in die zweite oder dritte Reihe stellen, das ist dann kein Problem“* Interview D, Z 50ff. Die Angesprochene instrumentale Unterstützung erfolgt, zum größten Teil, bei Problemsituationen zwischen den Patienten und dem Pflegepersonal. Diese wird in extrem Fällen durch einen Alarm gewährleistet. Jeder Mitarbeiter innerhalb des MRV trägt hierzu ein Telefon bei sich, sollte dies länger als 30 Sekunden senkrecht liegen, wird ein automatischer Alarm an alle andere Telefone gesendet. Sollte dies geschehen, sind alle sich im Dienst befindenden Mitarbeiter dazu verpflichtet unverzüglich der Betroffenen Person zu helfen.

### **Emotionale Unterstützung**

Das Vorkommen emotionaler Unterstützung, wurde von den Befragten am häufigsten genannt. Hierbei wurde von mehreren Teilnehmenden aufgeführt, dass man sich auf das Stationsteam verlassen kann. Dadurch wird deutlich, dass die Pflegenden in schwierigen Situationen nicht auf sich allein gestellt sind. Ebenfalls herrscht Vertrauen unter den Pflegenden, nach Vorfällen mit den Patienten werden diese Ereignisse besprochen und reflektiert. Hierbei ergreifen Mitarbeiter auch die Initiative und sprechen die Betroffenen aktiv an. *„Also wenn so etwas passiert ist, dass jemand so*

*angegangen wurde, gibt es immer Mitarbeiter, die dann mit einem darüber sprechen oder auch das Team.“* (Interview E, Z. 46f) Dieser Umgang wird von einigen Befragten auch privat gepflegt. So wird auch außerhalb der Arbeitsstätte, über die Ereignisse dort gesprochen. *„[...] dann redet man darüber. Und ich muss auch sagen auch mal privat zu Hause... also man schaltet ja ab aber man denkt dann ja trotzdem manchmal nach „Mensch morgen wieder zur Arbeit“ man nimmt das doch schon manchmal mit.“* (Interview A, Z 93-96). Einer der Befragten beschrieb dies als „Psychohygiene“ welche unter den Kollegen stattfindet. Das gemeinsame Reflektieren von Situationen, gehört für das Pflegepersonal somit zum Alltag.

### **Geistige Unterstützung**

Die geistige Unterstützung wurde von einem der Teilnehmenden angesprochen. Dieser berichtete, dass das Gespür von Mitarbeitern unterstützt wird. Somit teilen die Mitarbeiter Ansichten, welche die Arbeit mit den Patienten betreffen.

Die soziale Unterstützung durch Kollegen, beschrieben alle Befragten als sehr ausgeprägt. Innerhalb des Pflgeteams, herrsche ein starker Zusammenhalt. Die bisher aufgeführte erhaltene Unterstützung erfolgte Größtenteils durch diese Gruppe, die Gruppe der Einzeltherapeuten wurde ebenfalls vereinzelt angesprochen. Alle Befragten bemängelten jedoch das Vorkommen der sozialen Unterstützung durch Vorgesetzte. Hierbei handelt es sich besonders um die Gruppe der Ärzte. *„Auf der Ebene der Pflege läuft das sehr gut, ich würde mir manchmal von der akademischen Seite mehr Unterstützung wünschen.“* (Interview B, Z 76f). Einer der Befragten gab an, dass dieser Zustand durch die hierarchischen Strukturen innerhalb des Maßregelvollzugs bedingt sein könnte. *„[...] die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal könnte echt besser sein, das sind halt immer noch die starken Hierarchien die nicht aufgebrochen werden können, weil die Strukturen so verfestigt sind und man das vielleicht auch gar nicht will[...]“* (Interview D, Z 80ff). Seitens der Ärzte erfolge die soziale Unterstützung zum größten Teil informationell.

Bei der Frage nach der Bedeutung der sozialen Unterstützung innerhalb des MRV, waren sich alle Befragten einig, dass diese essentiell für die Arbeit mit den Patienten ist und eine Grundvoraussetzung darstellt. Hierbei wurde mit aufgeführt, dass gerade die besonderen Anforderung der forensischen Psychiatrie, die Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte unerlässlich machen. Einer der Teilnehmenden gab zudem an, dass durch die gute Zusammenarbeit im Team ebenfalls die Freude an der Arbeit gesteigert wird. Dennoch betonten alle Beteiligten, dass sie sich mehr Unterstützung durch die Vorgesetzten wünschen. Diese sollen sich aktiver in Krisensituationen miteinbinden und das Pflegepersonal auf Belastungen ansprechen um diese gemeinsam zu reflektieren. Außerdem gaben mehrere Befragte an, dass ihre Expertise gegenüber den Patienten zu wenig durch die Vorgesetzten wertgeschätzt wird. Gerade durch die tägliche

Nähe zu den Patienten, fühlt sich das Pflegepersonal dazu in der Lage, intensiver in Behandlungsentscheidungen miteingebunden zu werden. Doch häufig würden Entscheidungen, welche die Patienten betreffen, ohne die Meinungen des Pflegepersonals getroffen werden. Dadurch müsse das Pflegepersonal mit den Konsequenzen einiger, aus ihrer Sicht, Fehlentscheidungen umgehen. „[...] würde ich mir wünschen, dass das Pflegepersonal öfter mal ins Boot genommen wird und gefragt wird, wie wir das sehen. Denn wir arbeiten ja irgendwie ständig mit den Patienten zusammen und haben manchmal einen größeren Einblick oder auch Einfluss auf die Patienten. Manche Entscheidungen von den Ärzten sind nicht wirklich überlegt und führen eigentlich nur zu Problemen [...]“ (Interview D, Z 71-75).

## 5.4 Auswirkung der sozialen Unterstützung auf die Stressbewältigung des Pflegepersonals

Wie in den vorherigen Kapiteln beschrieben, ist das Pflegepersonal einigen Anforderungen und Belastungen durch die Arbeit mit den Patienten ausgesetzt. Diese Belastungen stellen Stressoren dar, welche sich auf die Gesundheit des Pflegepersonals auswirken können. In Kapitel 3.2 wurde das Transaktionale Stressmodell nach Lazarus vorgestellt, nun soll die soziale Unterstützung, die das Pflegepersonal innerhalb des MRV erfährt, darin eingeordnet werden.

Die soziale Unterstützung kann innerhalb des transaktionalen Stressmodells, in zwei Phasen wirken. So spielt die wahrgenommene soziale Unterstützung eine Rolle bei der Bewertung des Stressors. Hierbei schätzt das Individuum das Vorhandensein dieser Unterstützung ein und wie sich diese auf die Bewältigung des Stressors auswirken kann. Die Befragten gaben an, dass sie das Gefühl haben, sich auf ihr Stationsteam verlassen zu können, somit herrscht gerade unter den direkten Kollegen ein hohes Maß an wahrgenommener sozialer Unterstützung. Hierdurch können die Belastungen, die bei der Arbeit mit den Patienten entstehen, bereits als geringerer Stressor eingeordnet werden. Allerdings wird durch die Vorgesetzten keine bis wenig soziale Unterstützung wahrgenommen, hierdurch könnte die Bewertung der Ressourcen negativ ausfallen. Auch in der Phase der Bewältigung, kann die soziale Unterstützung vorkommen. Hierbei handelt es sich um die tatsächlich vorhandene soziale Unterstützung. Bei der Bewältigung des Stressors, können alle Formen der sozialen Unterstützung zum Tragen kommen. Im folgenden wird dies an Hand eines Beispiels erläutert. Die genutzte Darstellung ist dabei angelehnt, an das transaktionale Stressmodell (siehe Abb. 5).

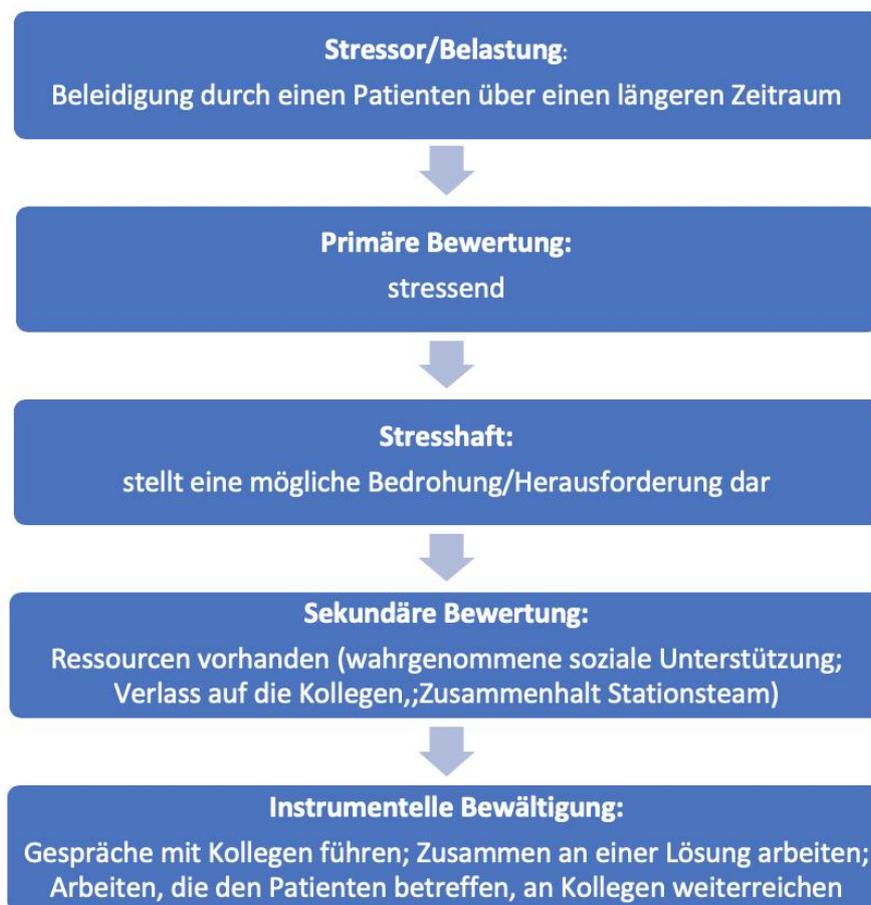


Abbildung 6: Die soziale Unterstützung als Ressource bei der Stressbewältigung (eigene Darstellung)

Die Beleidigungen durch den Patienten werden von der Person, innerhalb der primären Bewertung, als stresshaft eingestuft. Sie stellen somit eine Bedrohung oder auch eine Herausforderung dar. In der sekundären Bewertung werden anschließend die vorhandenen Ressourcen überprüft. In dem Beispiel wusste die Person, dass sie sich auf ihre Kollegen verlassen kann und somit Rückhalt erfährt. Anschließend wurde eine instrumentelle Bewältigung der Situation gewählt. Es wurden Gespräche mit den Kollegen geführt und Aufgaben abgegeben, die die Arbeit mit dem Patienten betreffen. Somit fand die soziale Unterstützung in emotionaler, praktischer und informationeller Form statt.

Die soziale Unterstützung kann sich also positiv auf die Arbeit mit den Patienten auswirken, da sie die Entstehung und das Erleben von Stressoren mindern kann. Das Pflegepersonal kann bei der Arbeit mit den Patienten selbstsicherer auftreten, da sie sich der sozialen Unterstützung, durch die Kollegen, bewusst sind. Da die Pflegenden auch eine Vorbildfunktion gegenüber den Patienten haben, kann sich die soziale Unterstützung auch auf die persönliche Entwicklung der Patienten auswirken und so zu einem Teil der Milieuthérapie werden. So lernen diese ein funktionierendes

soziales Netzwerk kennen und können diese Strukturen in ihr Privatleben übernehmen. Sollte es allerdings zu Problemen innerhalb der Gruppe des Pflegepersonals kommen, könnten die Patienten dies wahrnehmen. Einige der Befragten gaben an, dass die Patienten diese Unsicherheiten ausnutzen würden, hierdurch könnten erneut verschiedene Belastungen für das Pflegepersonal entstehen.

Ein weiterer positiver Faktor der sozialen Unterstützung ist die Steigerung der Freude an der Arbeit. So wurde bereits aufgeführt, dass die Pflegenden auf Grund des kollegialen Zusammenhalts gerne zur Arbeit kommt. Dies kann sich auf die Arbeitszufriedenheit auswirken, welche ebenfalls direkte Auswirkungen auf die Fehlzeiten des Personals haben kann und das Risiko einer Gratifikationskrise mindert (Stadler und Spieß, 2012, S.15).

So wird deutlich, dass für eine funktionierende Behandlung der Patienten, das Vorkommen von sozialer Unterstützung unerlässlich ist. Da durch die soziale Unterstützung Belastungen reduziert oder auch komplett vermieden werden können, hat diese auch einen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Mit dem Hinblick auf die Prävention von Erkrankungen des Pflegepersonals, sollte dieses Ressource innerhalb der Maßnahmenplanung des BGM berücksichtigt werden.

## **5.5 Die soziale Unterstützung innerhalb der Maßnahmenplanung des BGM**

Innerhalb der Klinik, in welcher alle der Teilnehmenden arbeiten, ist ein BGM seit 2013 fester Bestandteil der Unternehmenskultur. Bislang sind alle implementierten Maßnahmen überwiegend verhaltenspräventiv. Das heißt, die Maßnahmen konzentrieren sich auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Arbeitnehmer und versuchen dieses zu beeinflussen (Blättner & Waller, 2011, S. 240). Hierzu wird jedes halbe Jahr ein Kursbuch an die Mitarbeiter verteilt, in welchem verschiedene Kursangebote aufgeführt sind. Größtenteils sind dies Fitnesskurse aber auch Themen wie Achtsamkeit oder Ernährungsverhalten werden in unterschiedlichen Angeboten bearbeitet. Auf der Verhältnissebene hingegen, werden Maßnahmen geplant, welche die Arbeitsbedingungen beeinflussen (ebd. S. 240). Die bisherigen Implementierungen bezogen sich dabei auf die ergonomische Gestaltung des Arbeitsplatzes.

Die Befragten gaben an, sich bisher nicht aktiv mit dem Thema BGM auseinandergesetzt zu haben. Es wussten alle, dass ein BGM innerhalb der Klinik existiert, doch nicht, welche Angebote ihnen zur

Verfügung stehen. Bekannt war ebenfalls das Kursbuch, doch dieses wird von den Befragten nicht genutzt. Keiner der Befragten gab an, bereits an einem Kurs oder einem anderen Angebot teilgenommen zu haben, nur am Betriebssport hat sich einer der Teilnehmenden beteiligt. Als Grund für die geringe Teilnahme an den Angeboten, wurden die Arbeit im Schichtdienst genannt. Auch kurze Angebote wie die Arbeitsplatzmassage, können nicht angenommen werden, da das Pflegepersonal nicht die Möglichkeit hat die Station während der Arbeitszeit zu verlassen. Ebenfalls merkten einige der Befragten an, dass sie sich nicht genug über die Angebote informiert fühlen und nicht denken, dass die Angebote für die Bedürfnisse des Pflegepersonals innerhalb des MRV zugeschnitten sind.

Die Teilnehmenden wurden zudem gefragt ob sie denken, dass das BGM einen Einfluss auf die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz haben kann. Aufgrund des geringen Wissens über das BGM, konnten die Befragten hierzu jedoch keine genauen Angaben machen und keine konkreten Vorschläge für die Maßnahmenplanung geben.

Aufgrund dessen, sollte das BGM innerhalb der Klinik und des MRV für die Mitarbeiter präserter gestaltet werden. Allgemein sollte zudem versucht werden, die Angebote auch für das Pflegepersonal im Schichtdienst zu ermöglichen. Hierzu könnten Online Plattformen genutzt werden, die es den Mitarbeitern ermöglichen, die Kurseinheiten zu von ihnen ausgewählten Zeiten durchzuführen. So könnten zu verschiedenen Themen weiterhin Experten eingeladen werden, welche ihre Vorträge aufzeichnen und digitalisieren lassen und diese Online zur Verfügung stellen. Denkbar wäre auch die Durchführung einiger Angebote auf den Stationen des MRV, dies könnten allerdings nur Maßnahmen sein, welche eine geringe Zeit in Anspruch nehmen und nicht den Stationsalltag der Patienten beeinflussen. Möglich wären hier zum Beispiel Achtsamkeitsübungen, welche in den Stationszimmern durchgeführt werden könnten.

Wegen der hohen Bedeutung der sozialen Unterstützung für das Pflegepersonal bei der Arbeit mit den Patienten, sollten ebenfalls Maßnahmen dahingehend implementiert werden. Den Befragten war es unter Anderem wichtig, sich über Geschehnisse und Situationen auszutauschen und durch ihre Kollegen emotionale Unterstützung zu erfahren. Deshalb sollten Workshops angeboten werden, in denen das Pflegepersonal verschiedene Arten der Gesprächsführung und Kommunikation trainieren kann, um somit auch in Krisensituationen auf die Bedürfnisse der Kollegen eingehen zu können.

Da die Befragten gerade die Unterstützung durch die Vorgesetzten bemängelten, sollten Maßnahmen zur mitarbeiterorientierten Führung umgesetzt werden. Zu diesem Thema könnten ebenfalls Workshops entwickelt werden oder auch externe Anbieter miteinbezogen werden. Diese

Kurse sollten für die Führungskräfte verpflichtend sein. Außerdem könnten regelmäßige Gespräche zwischen dem Pflegepersonal und den Vorgesetzten angesetzt werden, um so einen stärkeren Austausch zu schaffen. Um die bereits sehr ausgeprägte soziale Unterstützung unter den Kollegen zu stärken, könnten Teambildende Maßnahmen angeboten werden.

Das BGM sollte sich bei der Maßnahmenplanung auf die emotionale und instrumentelle Unterstützung fokussieren, da diese von den Befragten als am wichtigsten empfunden wurden.

Im Folgenden wird die Priorität der einzelnen Maßnahmegebiete an Hand der Interviews eingeteilt.

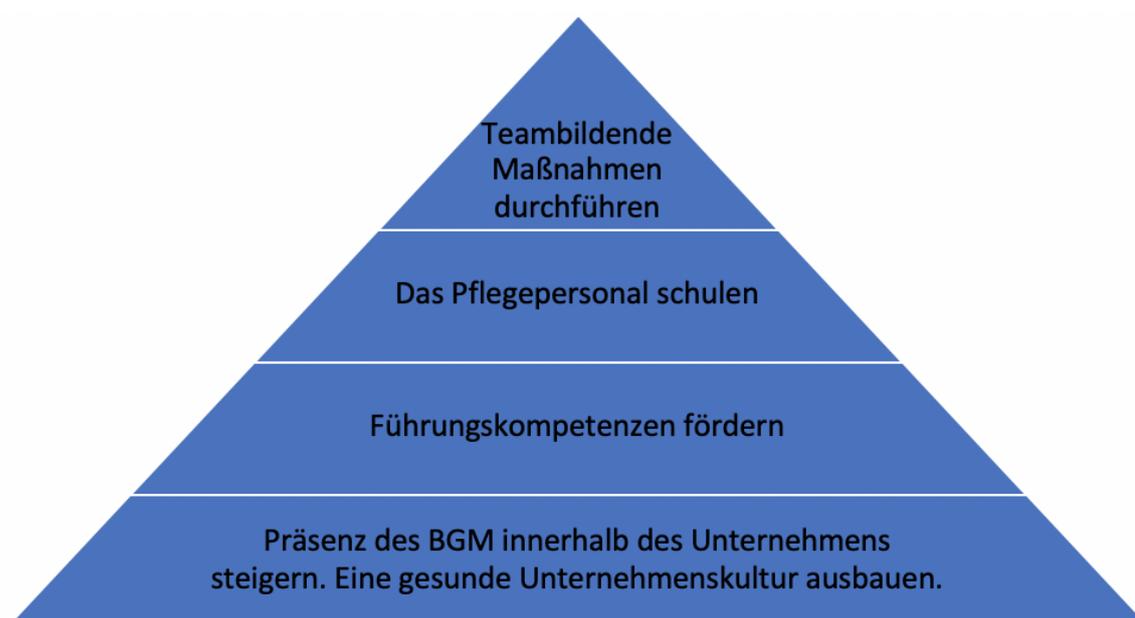


Abbildung 7: Priorität der Maßnahmenplanung (eigene Darstellung)

Zuerst sollte das BGM innerhalb der Klinik präsenter gemacht werden, dies kann gleichzeitig dazu führen, dass das Thema Mitarbeitergesundheit in der gesamten Unternehmenskultur stärker verankert wird. Als nächstes sollte sich auf die Implementierung von Maßnahmen konzentriert werden, welche die Führungskompetenzen der Vorgesetzten, in Bezug auf die soziale Unterstützung, ausbauen. Diese Maßnahmen sollten dazu führen, dass die Vorgesetzten ihren Mitarbeitern gegenüber zugewandter sind und häufiger das Gespräch mit diesen suchen. Anschließend sollte auch das Pflegepersonal in Bezug auf Kommunikation geschult werden. Zu Letzt können Teambildende Maßnahmen angeboten werden, in diese können auch die Vorgesetzten miteinbezogen werden. Dadurch kann das soziale Gefüge innerhalb der Station positiv beeinflusst werden und die Zusammenarbeit zwischen beiden Parteien verbessert.

## 6 Diskussion

### Durchführung

Innerhalb der Arbeit sollte ermittelt werden, welche Bedeutung der sozialen Unterstützung bei der Arbeit mit den Patienten innerhalb des MRV zukommt. Hierzu wurde sich für eine qualitative Forschungsmethode, in Form von Leitfadeninterviews entschieden. Diese wurden anschließend ausgewertet und interpretiert. Bei dieser Methode werden rein subjektive Antworten, der Befragten gesammelt.

Befragt wurde das Pflegepersonal einer Station des MRV, innerhalb einer psychiatrischen Klinik. Der Kontakt zu den Befragten konnte, durch ein in der spezifischen Einrichtung absolviertes Praktikum, hergestellt werden und erwies sich als unkompliziert. Es herrschte eine hohe Bereitschaft an der freiwilligen Teilnahme der Studie.

Durch das Interesse an der Studie gestalteten sich die Interviews als sehr offen, die Befragten waren somit auch bereit über ihre Belastungen zu sprechen. Zudem bestand zu den Teilnehmenden bereits vor den Interviewsituationen Kontakt, was ebenfalls zu einer angenehmen Interviewatmosphäre beitrug. Dennoch war die konkrete Interviewsituation für alle Beteiligten bisher unbekannt. Gerade der Umstand der Tonaufzeichnung, könnte so zu einer Verzerrung der Aussagen geführt haben, da eine möglichst natürliche Gesprächsführung erschwert wird. Auch die Interviewführung, kann auf Grund der mangelnden Erfahrung der Interviewerin, die Aussagekraft der gegebenen Antworten gemindert haben. Ebenfalls kann es sein, dass einige Aussagen der Befragten, bedingt durch die soziale Erwünschtheit, angepasst wurden (Gläser & Laudel, 2010, S. 138).

Die Interviews wurden während der Arbeitszeit der Teilnehmenden, auf der jeweiligen Station durchgeführt. Der Ort der Befragung war den Teilnehmenden somit bekannt. Für die Durchführung wurden zwei unterschiedliche Räume genutzt, die jeweiligen Räume könnten auch Einfluss auf die Interviews genommen haben, so wie der Umstand, dass alle Befragten während der Interviews für die Kollegenerreichbar sein mussten. Wäre es während der Durchführung zu einem Notfall gekommen, hätte das Interview abgebrochen werden müssen. Durch den Arbeitskontext, kam es zu einer vorab getroffenen zeitlichen Eingrenzung der Interviews, diese wurde allerdings bei keinem der Interviews überschritten.

Aufgrund der kleinen Stichprobe ist zudem nicht komplett zu gewährleisten, dass keine Rückschlüsse auf die einzelnen Personen getroffen werden können. Dieses Risiko wurde versucht zu minimieren, indem nur kleine Interviewpassagen wörtlich zitiert wurden.

Bei der Aufstellung des Interviewleitfadens wurde zudem nicht auf die negative Unterstützung eingegangen, dieser Faktor blieb somit in der gesamten Arbeit unbeachtet. Auch die verwendete Transkriptionsregel, kann zu einem Informationsverlust geführt haben, da jegliche nonverbale Kommunikation nicht in die Auswertung einbezogen wurde.

### **Ergebnisse**

In den Interviews wurde deutlich, dass die soziale Unterstützung für die Pflegenden von großer Bedeutung ist, gerade durch die Kollegen fühlen diese sich unterstützt. Da die Gruppe der Befragten sehr klein war und diese untereinander ein gutes Verhältnis pflegen, könnte es bei anderen Pflegenden innerhalb des MRV zu anderen Ergebnissen kommen. Somit haben die Ergebnisse keine Allgemeingültigkeit für alle MRV in Deutschland, sondern bilden den Stand der spezifischen Klinik ab. Auch Pflegende die in Einrichtungen mit Patientinnen arbeiten, könnten anderen Anforderungen ausgesetzt sein und die Bedeutung der sozialen Unterstützung anders wahrnehmen. Die Arbeit mit Patienten nach StGB§ 64 konnte ebenfalls nicht abgedeckt werden, da keiner dieser Patienten auf der spezifischen Station behandelt wurde.

Da bei den Befragten kein Vorwissen zum Thema BGM bestand, konnten die Fragen innerhalb des Interviews diesbezüglich nur schwer beantwortet werden. Somit konnten von den Pflegenden, keine konkreten Vorschläge für die Maßnahmenplanung innerhalb des BGM gegeben werden. Aus diesem Grund fielen die Interviews auch kürzer aus, als sie ursprünglich vorgesehen waren, innerhalb des Pretest ergab sich dies leider nicht. Die Fragestellungen hätten angepasst werden können um mehr Informationen zu sammeln. Es wäre auch möglich gewesen vorab mehr Informationen über das Thema BGM für die Teilnehmenden bereitzustellen.

Während der Literaturrecherche wurde deutlich, dass bisher nur wenig Studien über das Pflegepersonal innerhalb des MRV durchgeführt wurden. Hauptsächlich werden auf diesem Gebiet die Patienten betrachtet. Seit dem Jahr 2015, gibt es zudem keine öffentlich zugänglichen Daten mehr über die Anzahl an Patienten innerhalb des MRV in Deutschland. Die letzten Patientenzahlen stammen aus dem Jahr 2013/2014 und wurden von dem Statistischen Bundesamt veröffentlicht (Statistisches Bundesamt, 2015).

Die Gestaltung der Arbeit, die Akquise der Teilnehmenden, die Durchführung der Interviews und deren Auswertung wurden allein von der Autorin umgesetzt. Somit wurden auch alle Ergebnisse der Studie, durch das subjektive Empfinden der Forschenden interpretiert.

Trotz der Limitationen dieser Arbeit, konnte die Forschungsfrage beantwortet und die Bedeutung der sozialen Unterstützung für das Pflegepersonal, innerhalb der spezifischen Klinik, dargestellt

werden. Dadurch konnten zudem Rückschlüsse, für die Maßnahmenplanung innerhalb des BGM gezogen werden.

## 7 Fazit

Das Pflegepersonal im MRV ist ständigen Anforderungen und Belastungen durch die Patienten ausgesetzt. So sind die Pflegenden fast täglich von emotionalen Belastungen, wie Beleidigungen und Bedrohungen betroffen und können zudem auch Opfer von Gewalttaten werden. Diese Belastungen können die Gesundheit der Arbeitnehmer beeinflussen und zur Entstehung von Krankheiten führen. Durch die soziale Unterstützung kann Einfluss auf diese Stressoren genommen werden. Aus diesem Grund sehen die Pflegenden, die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz als essentiell an. Gerade der Umgang unter den Kollegen spielt eine große Rolle. So findet viel emotionale Unterstützung statt, indem sich über Probleme ausgetauscht wird oder Trost gespendet wird. Auch die instrumentelle Unterstützung ist von großer Wichtigkeit, gerade in Problemsituationen mit den Patienten, bei denen es im schlimmsten Fall zu physischen Auseinandersetzungen kommen kann. Die soziale Unterstützung durch die Vorgesetzten aus dem akademischen Bereich, wird jedoch als nicht ausreichend beschrieben. Dies führt bei den Pflegenden zu dem Gefühl einer geringen Wertschätzung, durch die Vorgesetzten. Dieser Umstand kann somit, das Risiko einer Entstehung einer Gratifikationskrise auf Seiten der Pflegenden erhöhen.

Um die Gesundheit der Arbeitnehmer zu gewährleisten, implementieren Unternehmen ein BGM. Dieses kann auch zur Verbesserung und Stärkung der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz beitragen. Durch die Untersuchung, konnten Erkenntnisse für die Maßnahmenplanung innerhalb des BGM gewonnen werden. Wichtig wäre es, das BGM für die Mitarbeiter prägnanter zu gestalten und eine fürsorgliche Unternehmenskultur zu gestalten. Zudem sollten Führungskompetenzen, im Hinblick auf die soziale Unterstützung, weiter ausgebaut werden. Des Weiteren können Maßnahmen angeboten werden, welche den kollegialen Zusammenhalt weiter stärken. Bei der Maßnahmenplanung sollte darauf geachtet werden, dass die Angebote für das Pflegepersonal umsetzbar sind, da gerade die Schichtarbeit die Teilnahme an diesen erschwert.

Insgesamt wird deutlich, dass die soziale Unterstützung eine wichtige Ressource für die Arbeit mit Patienten innerhalb des MRV darstellt. Bei einem gelungenen Ausbau dieser Ressource, könnten die Belastungen durch die Patienten für die Pflegenden gemindert werden. Sinnvoll wäre weitere

Forschung im Bereich der unterschiedlichen Abteilungen des MRV, um dortige Wissenslücken zu schließen.

## Literaturverzeichnis

- Adams, J., Claus, A., Claus, M., Schöne, K., Rose, D-M. & Sammito, S. (2017). Soziale Unterstützung und Arbeitszufriedenheit. *Prävention und Gesundheitsförderung* 13, S. 18-23.
- Badura, B. & Steinke, M. (2009). *Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation*. Hans Böckler Stiftung. Universität Bielefeld.
- Blättner, B. & Waller H. (2011). *Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung* (5. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- Runde, B. & Tenberg, E. (2016). Gesundheitsmanagement im Krankenhaus – auf dem Weg zu einem Good-Practice-Modell. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg), *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 213-226). Wiesbaden: Springer
- Borgmann, L-S., Rattay, P. & Lampert, T. (2017). Soziale Unterstützung als Ressource für die Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2, 4, S. 117-123.
- De Tribolet-Hardy, F. & Habermeyer, E. (2016). Forensische Psychiatrie zwischen Therapie und Zwang. *Forensische Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 10, S.265-273.
- Döring, N., Bortz, J. & Pöschl, S. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Fuß, S.. & Karbach, U. (2019). *Grundlagen der Transkription (2. Auflage)*. Verlag Barbara Budrich: Opladen & Toronto.
- Gerrig, R. J. (2016). *Psychologie* (20. Auflage). Hallbergmoos: Pearson.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Ausgabe). Wiesbaden: GWV Fachverlage GmbH.
- Hillert, A., Hiller, S. & Lehr, D. (2019). Selbstwertschätzung in Pflege-Berufen: ein (mit) entscheidender Resilienz-Faktor. *Pflege Zeitschrift* 72, S. 20-25.
- Höwler, E. (2019). Im Maßregelvollzug. *Pflege Zeitschrift* 72, S. 36-39.
- Kammeier, H. (2013). Die Pflege strafrechtlich nach §63 StGB in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebrachter Personen. *Pflege und Gesellschaft* 2, S. 117-138.

- Knoll, N., Scholz, U. & Rieckmann, N. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (4. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag
- Kolbe, H. J. (2013). Forensich-psychiatrische Pflege im Maßregelvollzug. *Pflege und Gesellschaft* 2, S. 101-116.
- Laireiter, A. R., Fuchs, M. & Pichler, M. E. (2007). Negative Soziale Unterstützung bei der Bewältigung von Lebensbelastungen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 15 (2), S. 43-56.
- Leygraf, N. (2018). Behandlung im Maßregelvollzug. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 12 (2), S. 91-92.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse* (12. Überarbeitete Auflage). Weinheim & Basel: Beltz.
- Misoch, S. (2019). *Qualitative Interviews* (2.Auflage). Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Muyers, J., Lux H. & Senger, S. (2011). Behandlung im Maßregelvollzug. *Psychiatrie und Psychotherapie. Up2date* 5 (2), s. 113-128.
- Sayed, M. & Kubalski, S. (2016). Überwindung betrieblicher Barrieren für ein betriebliches Gesundheitsmanagement in kleinen und mittelständischen Unternehmen. In M. A. Pfanstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 1-21). Wiesbaden: Springer
- Schmidt-Quernheim, f. & Hax-Schoppenhorst (Hrsg.) (2018). *Praxisbuch Forensische Psychiatrie* (3. Auflage). Bern: Hogrefe.
- Schulz, U. & Schwarzer, R (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen. *Diagnostica* 49, S. 73-82
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Eine Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Seifert, D., Klink, M. & Landwehr, S. (2018). *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 12, S. 136-148.
- Siegrist, J. (2013). Berufliche Gratifikationskrisen und depressive Störungen. *Nervenarzt* 84, S. 33-37.
- Stadler, P & Spieß, E. (2002). *Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Statistisches Bundesamt (2015). *Im psychiatrischen Krankenhaus und in der Entziehungsanstalt aufgrund strafrechtlicher Anordnung Untergebrachte*. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/krankenhaus-massregelvollzug-5243202149004.html> [01.05.2020]

Stiller, C., Hotze, E. & Löhr, M. (2015). Das Phänomen Gewalt in der forensischen Psychiatrie. *Psych. Pflege* 21, S. 129-134.

Weißkerber, M. (2019). Rollenkonflikte im Maßregelvollzug. *Psych. Pflege Heute* 25, S. 126-130.

## Rechtsquellenverzeichnis

Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13.11.1998 (BGBl. I S. 3322), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. Juni 2020 (BGBl. I S. 1247)

## Anhang

### A.1 Einverständniserklärung

#### Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Thema: Soziale Unterstützung als Ressource bei der Arbeit mit PatientInnen innerhalb des Maßregelvollzugs – Eine qualitative Studie

Interviewerin: Aileen Udowenko

Datum: \_\_\_\_\_

Die Interviews werden mit Hilfe eines Aufnahmegeräts aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Innerhalb der Arbeit werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert.

Personenbezogene Kontaktdaten werden getrennt von den Interviewdaten gespeichert und somit für Dritte unzugänglich gemacht. Nach Fertigstellung der Arbeit werden die personenbezogenen Kontaktdaten gelöscht.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie können zu jeder Zeit ein Interview abbrechen und Ihr Einverständnis zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer Interviewdaten zurückziehen, ohne dass dies negative Folgen nach sich zieht.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen der genannten Bachelor Thesis an einem Interview teilzunehmen.

Ja     Nein

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname in Druckschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum / Unterschrift

## A.2 Begleitfragebogen

1. Alter

---

2. Geschlecht

Weiblich     Männlich     Divers

3. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

---

4. Wie lange Arbeiten Sie schon im Maßregelvollzug?

---

5. Wie lange Arbeiten Sie schon auf dieser Station?

---

6. Wie viele Stunden arbeiten Sie in der Woche?

---

7. Arbeiten Sie im Schichtdienst?

Ja     Nein

8. Was wissen Sie über das Betriebliche Gesundheitsmanagement?

### A.3 Interviewleitfaden

Kategorie	Frage	Mögliche Ausprägung	Hintergrund
Aufwärmphase	1) Welche Arbeitsaufgaben ergeben sich aus der unmittelbaren Arbeit mit den Patienten für Sie?		Tätigkeiten abfragen
<b>Belastungen durch die Patienten</b>	2) Welche emotionalen Anforderungen erleben Sie durch die Arbeit mit den Patienten?	Emotionen verstecken, Umgang mit den Straftaten, Erleben emotional belastender Situationen etc.	(FFAW) (GDA, 2017, S. 17ff)
	2.1) Waren Sie schon Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt? Inwiefern hat Sie das belastet?	Beleidigung, Bedrohung, Verletzung etc.	Definition Gewalt am Arbeitsplatz (ILO, 2002, S.3f)
	Paraphrasieren der Antworten und nach noch fehlenden Belastungen fragen.		
<b>Vorkommen sozialer Unterstützung</b>	3) In welchen Situationen erfahren Sie soziale Unterstützung durch KollegInnen?	Situationen, Tätigkeitsbereiche etc.	Wann erfolgt soziale Unterstützung
	3.2) Wann erfahren Sie soziale Unterstützung durch Ihre Vorgesetzten?		
	3.3) Wie werden Sie unterstützt?	Informationen, instrumentell, emotional, geistig	Welche Formen der Unterstützung

			erfolgen (Kaluza, 2018, S.52)
	4.) Wie erleben Sie die soziale Unterstützung?	Hilfreich, überfordernd etc.	
<b>Bedeutung der sozialen Unterstützung</b>	5.) Wie beurteilen Sie die Wichtigkeit der sozialen Unterstützung, bei Ihrer Arbeit mit den Patienten?	Unwichtig, sehr wichtig, essentiell etc.	Soziale Unterstützung als Ressource (Stadler & Spieß, 2002. S. 8)
	5.1) Welche Bedeutung hat für Sie der kollegiale Zusammenhalt?		(GDA, 2017, S.17ff)
	5.2) Wie wichtig ist die Unterstützung durch Vorgesetzte für Sie?		(ebd.)
	6.) Was ist für Sie in Bezug auf soziale Unterstützung im Stationsalltag am wichtigsten?	Vertrauen, Kooperation, Ansprechpartner etc.	Welche Formen der Unterstützung sind für das Pflegepersonal am wichtigsten
Abschlussphase	7.) Was kann aus Ihrer Sicht das BGM zur Bewältigung der Belastungen ergänzen?		

#### A.4 Interview A

1 I: Die erste Frage, etwas allgemeiner gestellt, welche Arbeitsaufgabe ergeben sich im direkten  
2 Kontakt mit den Patienten für dich?

3 B: Ja, erstmal ist unser Auftrag die Sicherung und Besserung der Patienten, die Versorgung der  
4 Patienten gewährleisten. Ja... wenn man es ganz stumpf runterbricht Essen verteilen, dann ähm  
5 dass sie Ihre Medikamente einnehmen, dass sie ihre Runde Hofgarten kriegen, Ähm.. ja eben bei  
6 den alltäglichen Dingen des Lebens helfen. Irgendwie so es ist Morgenrunde, dass wir dann den  
7 Tagesablauf erklären. Das sie zu den Mahlzeiten erscheinen, dass sie zur Arbeit gehen, dass du sie  
8 darauf hinweist dass sie mal duschen sollen, sich pflegen sollen, sowas... Und natürlich dass man  
9 hilft, dass sie an ihren Problem arbeiten, ist natürlich schwierig, einige verweigern das nämlich aber  
10 bei denen die sich halt verändern wollen, dabei zu unterstützen und gegebenenfalls, Gespräche  
11 anbieten. Ja, man ist irgendwie wie so ein Lifecoach.

12 I: Hast du während dieser Aufgaben das Gefühl, dass du durch die Patienten emotionalen  
13 Belastungen ausgesetzt bist?.

14 B: Also was mich jetzt betrifft?

15 I: Ja, zum Beispiel wäre eine Anforderung, wenn du eine Emotion nach Außen zeigen musst, die du  
16 in echt nicht fühlst.

17 B: Das trifft eigentlich schon zu, man muss immer professionell bleiben, auch im Team werden  
18 manchmal Entscheidungen gefällt bei denen man manchmal einfach nicht mitgehen kann. Auch  
19 wenn ein Patient mit mehreren Straftaten untergebracht wird sagt einer, das ist gar nicht so  
20 schlimm und der andere findet das richtig schlimm und wenn man da nicht einer Meinung ist dann  
21 ärgert man sich manchmal. Und da muss man sich manchmal zurückhalten, weil man ja nicht alleine  
22 hier ist.

23 I: Und wenn du jetzt an die Patienten denkst, wie ist das für dich, wenn du hörst welche Straftaten  
24 die begangen haben?

25 B: Das ist für mich überhaupt nicht schlimm. Ich habe auch mal darüber nachgedacht, wenn man  
26 mal Vater wird und dann Vergewaltiger kommen, ob man dann anders denkt. Ist natürlich schon  
27 komisch aber mir geht das überhaupt nicht nah, muss ich sagen. Da bin ich echt professionell, das  
28 ist deren Leben, das haben die verhunzt und draußen gibt es auch Leute die irgendwie mal Mist  
29 machen und das ist für mich, finde ich, keine Belastung.

30 I: Ok aber findest du denn, dass das Emotionen zurückhalten eine Belastung darstellt?

31 B: Ja, also damit habe ich jetzt auch nicht so die Probleme. Also es gibt Situationen da muss man...  
32 also zum Beispiel in Gefahren Situationen oder man wird angespuckt, entwickelt man schon Hass  
33 aber das ist schwierig manchmal da professionell zu werden. Man muss sich echt gut beherrschen  
34 können.

35 I: Du kamst jetzt ja schon zu Gefahren Situationen, warst du denn schon einmal Gewalt am  
36 Arbeitsplatz ausgesetzt? Und nicht nur rein physisch sondern vielleicht auch psychisch?

37 B: Ja, man wird sehr oft beleidigt oder bedroht.

38 I: Und in welcher Form passiert das genau?

39 B: Man wird beleidigt, irgendwie.. Halts Maul oder Fick dich du Schlampe.. oder ja so was. Oder  
40 Beleidigungen ganz Stumpf. Oder jemand wird dann mal laut und schreit dich an und sowas.

41 I: Und wurdest du schon einmal verletzt oder angegriffen?

42 B: Ja ich wurde schon mal angegriffen aber habe mich verteidigt und konnte das irgendwie  
43 abwehren.

44 I: Und wie war die Situation?

45 B: Mh... an eine Situation an die ich mich ganz speziell erinnere, da war jemand in der Isolationszelle,  
46 der hatte seinen Fernseher kaputt geworfen und dann waren überall Glassplitter auf dem Boden,  
47 das war ein Röhrenfernseher und dann hatte der so eine Fernsehplatine noch hinten drin und dann  
48 hat der daneben noch randaliert und gegen die Türen getreten. Und dann haben wir die Polizei  
49 gerufen, die dann mit einem Spezial Kommando kommen wollten und dann lag dahinten noch ein  
50 Fernsehkabel und dann hat der das genommen und es war eine Kamera in der Ecke... und hat das  
51 zu einer Schlaufe gebunden und wollte sich dann äh aufhängen... hat er dann auch gemacht und  
52 dann sind wir reingestürmt, dann waren da natürlich überall Glassplitter und es war rutschig und  
53 er hat sich gewährt und getreten und dann habe ich einen Tritt an den Oberarm abbekommen.  
54 Beim Fixieren hat er sich dann auch heftig gewehrt, wo meine Hand dann umgeknickt ist. Ja und  
55 hin und wieder, wenn man mal jemanden in die Iso zurück führt, muss man mal härter anpacken  
56 aber so schwer verletzt wurden bin ich noch nicht. Also ich musste mich nie krankmelden oder so.  
57 Trotzdem war das, eine Situation die sich bei mir eingebrannt hat. Man denkt da halt länger darüber  
58 nach.

59 I: Und wie geht es dir damit wenn du siehst, dass sich jemand umbringen möchte?

60 B: Joa.. Ist sein Leben ne? Ich hab auch noch nie irgendwie jemanden im Zimmer entdeckt, es gab  
61 wohl mal hier schon einen Fall wo sich zwei suizidiert haben aber ich glaube im ersten Moment  
62 erstmal komisch aber weiß nicht... gehört dazu. Würde mich glaube ich nicht so belasten. Obwohl  
63 diese Situation, wenn ich drüber nachdenke, ist schon hängen geblieben aber nicht so, dass es mir  
64 deshalb schlecht geht.

65 I: Dann würde ich jetzt gerne zu dem Punkt kommen wo es um die soziale Unterstützung geht und  
66 nicht mehr nur um die Belastungen. In welchen Situation erhältst du Unterstützung durch die  
67 Kollegen?

68 B: Ja, also das ist bei uns im Team eigentlich gut, dass man sich gegenseitig Hilft...und ich finde eben  
69 auch in diesen Bereich, im Maßregelvollzug, ist das sehr wichtig, dass man sich auf seine Kollegen  
70 verlassen kann. Man tauscht sich natürlich viel aus, so ganz Stumpf irgendwie, dass man sich  
71 abmeldet damit der Kollege weiß wo man ist oder anruft, wenn jemand schon länger nicht da ist.  
72 Oder wenn ein Kollege der schon länger hier ist oder einfach ein gutes Gespür hat merkt, der Patient  
73 da ist wirklich komisch, dass man das mitteilt und zusammen guckt und entscheidet. Und  
74 Rücksprachen hält, auch mit den Akademikern, den Ärzten die hier sind oder die Kollegen von  
75 anderen Stationen, wenn man mal irgendwas nicht weiß. Ich meine wir sind alle nur Menschen  
76 irgendwie, dann fragt man halt einfach und da ist die Unterstützung doch irgendwie groß finde ich.  
77 Oder auch wenn da mal eine Situation war mit schwierigen Patienten wir halten auch zusammen,  
78 obwohl das so schwierig ist... Also man kann darüber reden und man ist halt immer für sich da so.

79 I: Und erlebst du das auch durch Vorgesetzte?

80 B: Nein das würde ich so nicht sagen. Gerade die Oberärzte und die Vollzugsleitung sind so weit  
81 weg von uns, dass die Entscheidungen anhand von Dokumentationen treffen anstatt sich selber  
82 mal ein Bild zu machen und dann können wir das manchmal gar nicht nachvollziehen, weil sie  
83 eigentlich gar nicht dabei sind. Die schwingen dann einmal den Hammer, kommen dann einmal die  
84 Woche zur Visite und wir dürfen das dann ausbaden, weil die Patienten sauer sind und die  
85 Entscheidungen auch nicht nachvollziehen können und das ist für uns manchmal dann schwierig.  
86 So wir im Pflorgeteam ja, der nächste ist dann ja Stationsarzt und Psychologe und mit dem Arzt ist  
87 das auch schwierig, mit den Psychologen kann man nochmal ein bisschen reden und sagen „Mensch  
88 guck mal, der macht auch mal“. Da fängt das dann schon an und die Entscheidungen erschweren  
89 dann unsere Arbeit.

90 I: Du hast das ja schon ein bisschen angesprochen wie die Unterstützung stattfindet aber hast du  
91 da noch andere Beispiele die dir einfallen?

92 B: Also ich finde alles basiert auf Vertrauen. Wie kann ich das am besten formulieren?...Wenn mal  
93 Situationen sind, wenn mal ein Patient Sachen kaputt macht, dann redet man darüber. Und ich  
94 muss auch sagen auch mal privat zu Hause... also man schaltet ja ab aber man denkt dann ja  
95 trotzdem manchmal nach „Mensch morgen wieder zur Arbeit“ man nimmt das doch schon  
96 manchmal mit. Es ist dann irgendwie immer Unterstützung da, wenn man mit dann mit Kollegen  
97 redet.

98 I: Und welche Bedeutung hat für dich diese soziale Unterstützung durch Kollegen?

99 B: Schon sehr also das Team muss irgendwie passen. Also ich komm gerne zur Arbeit und ich finde  
100 das schon wichtig, dass man sich versteht.

101 I: Und gibt es Bereiche in denen du dir mehr Unterstützung wünschst?

102 B: Ja auch wie ich schon meinte. Gerade durch die Vollzugsleitung und Stationsarzt, dass die einfach  
103 mal näher an der Basis sind. Ich meine wir sind 24 Stunden hier und können die Patienten manchmal  
104 besser einschätzen als die aus der Ferne. Natürlich ist das auch mal hilfreich wenn jemand mal einen  
105 Blick von außen hat oder auch durch Wissen profitieren aber das Verhältnis ist so distanziert. Ich  
106 weiß nicht... Wenn man häufiger mal zusammen kommt, würden alle davon profitieren.

107 I: Also fehlt dir die Unterstützung eher durch die Vorgesetzten?

108 B: Ja bei den Kollegen kann ich mich drauf verlassen.

109 I: Du hast im Interview jetzt ja schon deine Belastungen erwähnt, was dagegen Helfen soll ist ja das  
110 BGM, deshalb hätte ich da noch ein paar Fragen dazu.

111 B: Ja, da weiß ich nicht so viel.

112 I: Das ist ja nicht schlimm. Aber welche Angebote kennst du denn aus dem BGM?

113 B: Also nicht so viel. Ich kenne dieses Kursbuch, da stehen ja irgendwie Veranstaltungen drin. Ich  
114 hatte mal gelesen, dass man Boni kriegt wenn man mit dem Rad zur Arbeit fährt, aber was genau  
115 weiß ich auch nicht... Ach ja und es gibt Arbeitsplatzmassagen, da geht manchmal eine E-Mail rum.  
116 Und dann gibt es hier noch Betriebssport in der Halle. Aber ich habe sowas noch nie in Anspruch  
117 genommen.

118 I: Ok, das wäre meine nächste Frage gewesen. Hat die Station denn mal so etwas in Anspruch  
119 genommen?

- 120 B: Ne also ich habe noch nie mitgemacht weil ich auch nicht irgendwie weiß wie das abläuft, das ist  
121 nicht so gut erklärt. Im Schichtdienst ist das ja eh alles schwierig.
- 122 I: Und denkst du das das BGM etwas zur Stärkung der soziale Unterstützung beitragen kann?
- 123 B: Also ganz ehrlich, keine Ahnung. Ich kenne mich damit wirklich nicht aus.
- 124 I: Ok, alles klar. Das sind wir jetzt am Ende, möchtest du noch etwas ergänzen zum Thema soziale  
125 Unterstützung ergänzen?
- 126 B: Ne... Ich glaube ich habe alles gesagt.
- 127 I: Sehr gut, dann vielen Dank

## A.5 Interview B

1 I: Meine erste Frage ist, welche Aufgaben sich aus der unmittelbaren Arbeit mit den Patienten für  
2 dich ergeben.

3 B: Also überwiegend kümmere ich mich um die Organisation auf der Station und das alles korrekt  
4 abläuft. Dann passiert natürlich sehr viel Arbeit mit den Patienten... Bezugspflege wird viel gemacht,  
5 das heißt mir werden Patienten zugeteilt für die ich dann verantwortlich bin. Viele Gespräche aber  
6 auch sowas wie Essen verteilen. Natürlich auch die Dokumentation. Ähm... die  
7 Medikamentenvergabe ist auch immer wichtig. Man... jetzt fällt mir gerade gar nichts ein. Ach ja,  
8 ich begleite die Patienten auch bei ihren Lockerungen oder wenn sie Gerichtstermine haben.  
9 Außerdem müssen wir uns bei einigen auch um die Körperpflege kümmern.

10 I: Ok. Dann würde ich schon zu der Frage kommen welche Belastungen du durch die Patienten  
11 erlebst. Und als erstes welche emotionalen Belastungen du erlebst.

12 B: Dadurch, dass ich so lange in dem Beruf bin, habe ich denke ich ein professionelles Verhalten zu  
13 den Patienten und in erster Linie ist der Patient wichtig. Er wird von mir keine Emotionen erwarten  
14 können auch wenn es mir schlecht geht. Das bedeutet natürlich Profi sein und das ist natürlich  
15 Stress für mich, wenn es mir dann mal wirklich nicht gut geht. Und der Alltag hier ist natürlich auch  
16 teilweise von hoher Achtsamkeit des Personals geprägt, dadurch das wir hier so ein hohes  
17 Gewaltpotenzial haben, natürlich durch das Klientel. Und das bedeutet natürlich einen  
18 professionellen Umgang mit Nähe und Distanz. Man weiß nie wie die Patienten in den nächsten  
19 Momenten sind, das ist alles unberechenbar, das hat man dann im Kopf. Aber das muss einem dann  
20 bewusst sein.

21 I: Und wie erlebst du selbst den Umgang mit den Straftaten? Geht dir das manchmal nahe?

22 B: Also wenn man in der Forensik arbeitet und ich habe mich damit sehr viel befasst, ist es so, dass  
23 die Straftat ein Symptom der Krankheit ist. Diese Leute sind psychisch Krank und das muss man sich  
24 vor Augen halten ansonsten kann man hier nicht arbeiten. Natürlich bewerte ich als Privatperson  
25 moralisch diese Dilekte, ist denke ich verständlich, aber im Umgang mit den Patienten ist die  
26 Straftat eben ein Symptom der psychischen Erkrankung. Der Auftrag den wir hier haben ist  
27 Sicherung und Besserung und das muss in einem professionellen Rahmen hier geschehen. Wenn  
28 man sich so etwas die ganze Zeit vor Augen halten würde, dann könnte man hier nicht arbeiten,  
29 glaube ich. Dennoch ist es natürlich auch wichtig zu wissen was die Patienten gemacht haben um  
30 zu sehen wie sie reagieren könnten oder wie man sich bei einem nicht verhalten sollte.

31 I: Und warst du schon einmal explizit Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt? Sowohl psychisch als auch  
32 physisch.

33 B: Ja, täglich.

34 I: Und in welcher Form?

35 B: Verbal und im Verhalten. Allein wenn die Patienten Impulsdurchbrüche haben... aggressive  
36 Impulsdurchbrüche, sie uns dann ja auch als Gegner sehen oder als verlängerten Arm des Gerichtes,  
37 dann können sie uns auch verbal und durch ihr Verhalten übergriffig werden und auch körperlich  
38 Übergriffig werden, das begleitet unsern Alltag. Beleidigungen hört man täglich, die sind teilweise  
39 auch echt schlimm. Sowa habe ich dann manchmal noch nicht außerhalb der Station gehört. Aber  
40 auch das sind oft Symptome der Krankheiten. Viele der Patienten machen auch große Sprüche und  
41 testen aus, wie weit sie gehen können aber im Endeffekt passiert dann nichts. Angst bekommt man  
42 aber dennoch manchmal aber eher weil man sich erschreckt, wenn man mal angebrüllt wird oder  
43 so.

44 I: Und bist du selber schon einmal körperlich angegriffen wurden?

45 B: Ich bin körperlich noch nicht im Maßregelvollzug angegriffen wurden, es ist eigentlich so das  
46 Frauen deeskalierend wirken. Aber meine Kollegen wurden schon angegriffen und dann bin ich  
47 auch zur Hilfe gekommen. Aber bis jetzt waren es bei mir immer nur Bedrohungen, die dann nicht  
48 wahrgemacht wurden.

49 I: Also erlebst du Anforderungen durch die Unterdrückung von Emotionen und durch die verbalen  
50 Angriffe von Patienten. Erlebst du in solchen Momenten oder auch anderen, dann soziale  
51 Unterstützung durch Kollegen?

52 B: Mh. Eigentlich in allen, wir arbeiten hier absolut im Team und unterstützen uns gegenseitig und  
53 hier ist auch niemand alleine und ähm, alle achten auf sich und alle achten untereinander auf sich.  
54 Und es gibt hier auch viele Möglichkeiten den Stress des Alltags zu bewältigen, das ist das wir uns  
55 immer austauschen, das sind Teamsitzungen, das sind Fallbesprechungen, Supervisionen. Wir  
56 sprechen viel miteinander und machen auch Psychohygiene untereinander. Also wir sind  
57 aufeinander angewiesen, auf eine hohe Flexibilität im Team und eben auch auf soziale  
58 Kompetenzen, das man hier niemandem im Stich lässt, das ist hier überhaupt nicht.

59 I: Also ist gerade die emotionale Unterstützung wichtig?

60 B: Immer. Ich finde gerade wichtig, dass man sich ähm, auf Kollegen verlassen kann, dass man weiß  
61 jemand ist da. Sonst würde man immer unglücklich zur Arbeit kommen oder hätte Angst.

62 I: Erlebst du denn auch praktische Unterstützung?

63 B: Ähm, was meinst du damit genau?

64 I: Zum Beispiel, dass die jemand unter die Arme greift, wenn du etwas alleine nicht schaffst.

65 B: Es gibt Arbeitsanweisungen, da muss sich jeder dran halten. Wenn nicht gibt es Konsequenzen.  
66 Es sei denn man hat körperliche Einschränkungen. Aber wenn es zum Beispiel einem Kollegen  
67 schlecht geht, dann sage ich auch von mir aus schon „bleib mal hier ich mach das“. Also wir  
68 unterstützen uns gegenseitig. Da merkt man auch, wenn jemand gerade nicht mehr kann oder  
69 einen schlechten Tag hat.

70 I: Und welche Bedeutung hat die Unterstützung für dich?

71 B: Es ist die Grundvoraussetzung um hier zu arbeiten. Sonst würde nichts funktionieren. Denke  
72 gerade hier ist das halt super wichtig, bei den Patienten. Vielleicht hat man in anderen Berufen  
73 nicht diese...Anforderungen. Aber hier im Maßregelbereich musst du dich auf das Team verlassen  
74 können.

75 I: Hast du denn das Gefühl es gibt Bereiche in denen du dir mehr Unterstützung wünschst.

76 B: Auf der Ebene der Pflege läuft das sehr gut, ich würde mir manchmal von der akademischen Seite  
77 mehr Unterstützung wünschen. Also ich bin ja dazwischen, ich muss die Interessen der Mitarbeiter  
78 vertreten und auch die der Leitung, das ist manchmal nicht einfach. Da muss man Erfahrung haben  
79 und manchmal würde ich mir mehr Unterstützung von oben wünschen. Es wird zu wenig auf uns  
80 eingegangen und unsere Meinung oft nicht gehört. Aber ich glaube das ändert sich nicht.

81 I: Hm. Die soziale Unterstützung könnte vielleicht durch das BGM weiter gefördert werden. Dazu  
82 würde ich dir abschließend würde ich dir abschließend auch gerne noch ein paar Fragen stellen.

83 B: Ok.

84 I: Welche Angebote kennst du denn vom BGM.

85 B: Also Massagen, Betriebssport, also ich nehme dieses Programm gar nicht war, da das in der  
86 Dienstzeit nicht funktioniert. Nach dem Dienst möchte ich nach Hause. Das Angebot ist nicht  
87 schlecht aber ich habe es nicht in Anspruch genommen... dazu kommt man hier einfach nicht. Aber  
88 so richtig weiß ich auch nicht darüber Bescheid, also über das Angebot.

89 I: Und hat die Station schon einmal an einem Angebot teilgenommen?

90 B: Ne, auch noch nicht. Ich glaube auch keiner der Kollegen.

91 I: Denkst du denn, dass das BGM etwas zur Verbesserung der sozialen Unterstützung beitragen  
92 kann?

93 B: Ich weiß nicht ob das BGM dafür richtig ist, für mich ist das ja mehr die Unterstützung. 38 Jahre  
94 hat sich hier niemand gekümmert, jetzt fängt das erst an. Für die Pflege sind denke ich andere Dinge  
95 wichtig, wie das alle Stellen besetzt sind. Man kann den Patienten so nicht gerecht werden.

96 I: Hättest du denn trotzdem konkrete Vorschläge?

97 B: Hm... ne, so jetzt nicht. Tut mir leid.

98 I: Alles gut, ist gar kein Problem. Möchtest du denn sonst noch etwas hinzufügen? Etwas zum Thema  
99 soziale Unterstützung hier im Maßregelvollzug?

100 B: Also ich glaube ich habe soweit alles gesagt.

101 I: Ok, dann sind wir auch schon am Ende. Vielen Dank!

## A.6 Interview C

1 I: Zu allererst würde ich gerne wissen, welche Arbeitsaufgaben ergeben sich für dich in der direkten  
2 Arbeit mit den Patienten?

3 B: Ja, im Grunde genommen ist es ja die Sicherung und Besserung der Patienten, sprich quasi eine  
4 Aufsicht über die Patienten. Dann muss ich sie zu verschiedenen Programmen hinbringen, wenn sie  
5 zum Beispiel Sport haben oder Therapiegruppen auf anderen Stationen. Die Therapiegruppen  
6 müssen wir dann auch begleiten. Dann gibt's halt verschiedene Aufgabenbereiche, wie zum Beispiel  
7 eine Urinkontrolle die wir morgens abnehmen müssen bei den Patienten...ähm...ja, Dokumentation  
8 ist natürlich auch ein Großteil der Aufgaben. Dann natürlich die Hofgarten Ausführung, die wir  
9 jeden Tag gewährleisten müssen, es hat ja jeder Patient hier ein Anrecht von einer Stunde. Ähm, ja  
10 und sonst halt viele Kleinigkeiten von draußen, zum Beispiel Frühstück, Mittag, Abendbrot auf die  
11 Stationen bringen, weil die Patienten die Station ja nicht verlassen dürfen. Viel Bezugsarbeit, viele  
12 Gespräche mit den Patienten werden geführt. Das sind ja so, sag ich mal, erstmal die  
13 Hauptaufgaben.

14 I: Und hast du das Gefühl, dass du während des Arbeitsalltags manchmal emotionale  
15 Anforderungen erlebst?

16 B: Wenn man sich manchmal die einzelnen Geschichten der Patienten anhört, was die so erlebt  
17 haben, was vielleicht auch so mit Grund ist warum sie hier sind, trifft mich persönlich jetzt nicht  
18 unbedingt aber man kann schon so ein bisschen mitfühlen. Die meisten haben halt wirklich  
19 schlimme Erfahrungen gemacht, schon als Kind. Aber emotional belastet bin ich dadurch nicht.

20 I: Und hast du das Gefühl, wenn es dir selbst nicht gut geht, dass du dann deine eigenen Emotionen  
21 den Patienten gegenüber verstecken musst?

22 B: Es kommt natürlich auch mal bei mir vor, dass ich einen schlechten Tag hab aber das fällt  
23 eigentlich so weiter nicht auf. Natürlich sollte der Patient das nicht mitbekommen aber ganz  
24 verhindern kann man das auch nicht immer.

25 I: Hm,ok.

26 B: Naja, wenn ich so darüber nachdenke macht man das schon öfter.

27 I: Was jetzt genau?

28 B: Emotionen zurückhalten. Ähm... zum Beispiel wenn man verärgert ist oder ein Patient versucht  
29 einen zu provozieren, dann darf man das auf keinen Fall zeigen oder darauf eingehen.

30 I: Aber du nimmst das nicht direkt als Belastung wahr?

31 B: Nein, nicht wirklich. Es kommt vor aber es gehört halt irgendwie dazu.

32 I: Okay. Und warst du schon mal Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt? Sei es physisch oder auch  
33 Beleidigung oder Bedrohung?

34 B: Also ich persönlich noch nicht, man hört natürlich immer mal von anderen Kollegen die dann  
35 angegriffen wurden aber ich persönlich habe das noch nicht erlebt. Bin da auch ganz glücklich  
36 drüber.

37 I: Und wurdest du schon mal Beleidigt oder bedroht?

38 B: Schon, aber nicht wirklich schlimm.

39 I: Achso, ok. Also auch nicht häufig?

40 B: Obwohl na gut, eigentlich schon häufig aber man tut das schon ab. So kleine Beleidigungen sind  
41 alltäglich. Da denkt man nicht weiter nach.

42 I: Alles klar. Ähm...

43 B: Manchmal wird man doch schon hart beleidigt, und angeschrien. Das habe ich irgendwie schon  
44 voll ausgeblendet gerade.

45 I: Hm. Vielleicht, weil es so oft passiert.

46 B: Ja, das mag sein.

47 I: Und wenn du jetzt mal an die soziale Unterstützung denkst, in welchen Situationen erhältst du  
48 die durch Kollegen?

49 B: Naja ich sag mal, wenn es mir zum Beispiel nicht gut geht oder ich doch durch irgendwas belastet  
50 bin, kann ich zum Beispiel immer mit meiner Stationsleitung darüber reden. Die haben eigentlich  
51 immer ein offenes Ohr für einen und bieten das auch an. Mit denen komm ich auch so gut aus. Man  
52 macht auch mal privat etwas, da baut man dann eine Bindung auf.

53 I: Und erfährst du diese Unterstützung auch durch deine Vorgesetzten?

54 B: Naja wenn man irgendwelche Fragen hat dann kann man die schon Fragen. Also nicht immer  
55 aber manchmal.

56 I: Also geht es dabei dann eher um Fragen, wenn du etwas mal nicht weißt? Das heißt  
57 Informationen?

58 B: Ja, genau. Man weiß ja nicht alles aber einer kennt immer die Antwort.

59 I: Also erlebst du durch die Vorgesetzten sonst eher keine Unterstützung?

60 B: Also ich würde sagen, am meisten so.

61 I: Ok. Und in welcher Form wirst du von deinen Kollegen meistens unterstützt?

62 B: Naja ich sag mal, wenn man irgendwelche Fragen hat zu den Medikamenten oder sonstigen  
63 Dingen, dann helfen die Anderen mit ihrem Wissen. Aber es wird auch viel geredet, auch wenn man  
64 mal ein Problem hat oder ähm, eine Auseinandersetzung mit einem Patienten. Wenn man zur  
65 Arbeit kommt, wird auch immer direkt gesagt wie welcher Patient heute drauf ist, so fällt man nie  
66 ins kalte Wasser. Das ist auch positiv für die Patienten, weil man direkt weiß wie man reagieren soll.

67 I: Und welche Bedeutung hat das für dich? Also die soziale Unterstützung am Arbeitsplatz?

68 B: Naja schon, eine recht hohe, ist natürlich wichtig für einen. Gerade in diesem Umfeld.

69 I: Und was ist dir wichtiger? Die Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte?

70 B: Auf jeden Fall die der Kollegen, man arbeitet ja viel enger zusammen und sieht sich jeden Tag.  
71 Mit den Ärzten ist das ganz anders, die sind irgendwie weiter weg.

72 I: Und gibt es Bereiche in denen du dir das trotzdem mehr wünschst durch Kollegen?

73 B: Wüsste ich so jetzt nicht.

74 I: Und durch Vorgesetzte?

75 B: Durch Vorgesetzte würde ich mir auf jeden Fall mehr wünschen. Manchmal hat man das Gefühl  
76 im Stich gelassen zu werden, wenn es zu schwierigen Situationen kommt.

77 I: Ok, und würdest du auch sagen dass die emotionale Unterstützung hier wichtig ist?

78 B: Definitiv, ja.

79 I: Gut, jetzt hätte ich nur noch ein paar Fragen zum BGM. Welche Angebote kennst du denn vom  
80 BGM?

81 B: Also ich kenne nur die Arbeitsplatzmassage, weil das immer per E-Mail rumgeschickt wird aber  
82 sonst habe ich keine Ahnung.

83 I: Und hast du das schon mal in Anspruch genommen?

84 B: Ne, habe ich noch nicht.

85 I: Warum?

86 B: Habe da ehrlich gesagt kein Interesse daran. Und das passt auch gar nicht, wegen den  
87 Arbeitszeiten.

88 I: Und weißt du ob das Stationsteam schon mal was in Anspruch genommen hat?

89 B: Ich glaube irgendjemand war da schon mal aber weiß ich nicht genau.

90 I: Ok, denkst du denn trotzdem, dass das BGM etwas zur Stärkung der sozialen Unterstützung  
91 beitragen könnte?

92 B: Also, weiß nicht, kenne mich damit echt nicht aus. Dazu kann ich nichts sagen, tut mir leid.

93 I: Ja alles gut, dann war es das auch schon oder möchtest du noch etwas ergänzen zu dem soziale  
94 Unterstützung?

95 B: Ich wüsste jetzt nicht was. Sorry.

96 Du brauchst dich nicht zu entschuldigen. Dann bedanke ich mich!

## A.7 Interview D

1 I: Meine erste Frage wäre dann wie dein Arbeitsalltag so aus sieht und welche Aufgaben sich direkt  
2 mit den Patienten ergeben.

3 B: Mein Arbeitsauftrag ist hier die Patienten zu sichern und am besten natürlich die Patienten auch  
4 in ihrer Therapie zu ermutigen, dass sie diese überhaupt erstmal machen wollen und diese dann  
5 währenddessen zu begleiten und zu motivieren und zu unterstützen. Das ist erstmal so der erste  
6 Auftrag den ich so für mich sehe. Und dann mache ich auch noch so Tätigkeiten wie Stationsrunden,  
7 Morgenrunden, so tägliche Runden sind das wo der erst Kontakt hergestellt wird am Tag. Wo es  
8 dann so eine Tagesstrukturierung gibt, so was liegt heute noch an. Und natürlich die anderen  
9 Tätigkeiten, so wie Essen etc. Ja, das liegt immer an. Mein erster Auftrag ist aber die Patienten in  
10 Kontakt zu bringen und zu motivieren, an sich zu arbeiten, für Fragen da zu sein und sie zu  
11 unterstützen.

12 I: Und hast du das Gefühl, dass du bei der Arbeit mit den Patienten irgendwelche emotionalen  
13 Anforderungen erlebst?

14 B: Ja also klar, ich bin auch ein Mensch und ich unterliege auch irgendwelchen  
15 Stimmungsschwankungen aber ich sehe das schon irgendwie als meine Professionalität an, das  
16 nicht an die Patienten weiterzugeben. Gelingt mir manchmal besser als an anderen Tagen aber ich  
17 denke mit einer offenen und ehrlichen Art ist das für die Patienten auch ganz gut zu verstehen. So  
18 das ich sie nicht grundlos anmache oder so.

19 I: Also erlebst du das nicht unbedingt als Belastung?

20 B: Nein, nicht wirklich. Das muss einem in dem Job halt bewusst sein.

21 I: Und wenn du so an die Straftaten denkst die begangen wurden, wie geht's dir damit?

22 B: Ähm.. die habe ich nicht ständig präsent, ganz ehrlich. Das ist vielleicht auch ganz gut, das sehe  
23 ich in erster Linie nicht, natürlich blitzen die immer mal auf in meinem Kopf aber es ist nicht so das  
24 die ständig da sind.

25 I: Also würdest du sagen dass du dadurch nicht so eine Belastung verspürst?

26 B: Ja ne, eher nicht. Ich halte die mir manchmal vor Augen um nochmal zu sehen wie der Patient in  
27 gewissen Situationen oder in Überforderung reagieren könnte aber ähm das ist ein ganz gutes  
28 Mittel um den Patienten nochmal richtig einzuordnen und belasten tun mich diese Straftaten eher

29 weniger. Weil ich weiß ja, die sind hier in dem geschützten Umfeld oder Rahmen hier und ich werde  
30 die erstmal auch nicht rauslassen, es sei denn die haben andere Lockerungen.

31 I: Und hast du sonst noch das Gefühl das andere emotionale Anforderungen hier im Job auf dich  
32 zukommen?

33 B: Hier? Ja die emotionale Anforderung ist irgendwie ständig ein offenes Wort zu haben, für jeden  
34 der da reinkommt, dann eben auch am besten immer vier Ohren zu haben, weil man muss ständig  
35 da sein und dann wieder wo anders. Dann ist man mit den Gedanken wieder beim nächsten Schritt,  
36 das ist manchmal eine hohe emotionale Belastung, irgendwie einfach schnell reagieren zu können.

37 I: Und warst du schon mal Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt, jetzt nicht nur physischer sondern  
38 auch psychischer?

39 B: Ja, also das kommt relativ häufig vor, so verbale Beleidigungen so. Dann natürlich auch so eine  
40 Abwertung von Patienten gegenüber des Pflegepersonals. Die sehen einen halt manchmal als  
41 Feind, durch die Krankheit. Ja mehr eigentlich nicht. Klar körperliche Gewalt gibt es auch mal, ist  
42 aber nicht an der Tagesordnung, bei Fixierungen oder so.

43 I: Und was ist dir da dann passiert?

44 B: Ähm ich wurde schon mal angespuckt und auch mal geboxt, wobei ich dieses anspucken deutlich  
45 schlimmer fand, das finde ich sehr erniedrigend irgendwie.

46 I: Ja. Und wenn du jetzt an eine Situation denkst in der du gefordert warst, hast du da Unterstützung  
47 erhalten durch Kollegen?

48 B: Ja, auf jeden Fall. Die Kollegen sind sofort parat oder stehen sofort neben einem oder vor einem  
49 oder hinter einem und sind auf jeden Fall da. Versuchen auch erstmal nicht die Situation an sich zu  
50 reißen, sondern mir erstmal beizustehen und wenn ich dann signalisiere mach mal bitte, dann ist  
51 das auch kein Problem für die das zu übernehmen. Dann darf ich mich auch gerne in die zweite  
52 oder dritte Reihe stellen, das ist dann kein Problem. Also von den Kollegen her ist das super aber  
53 halt weil sie auch alle relativ blickig sind und ähm einen dadurch unterstützen.

54 I: Hast du Beispiele von Situationen in denen du diese Unterstützung erhältst?

55 B: Ja, gibt es. Die Kollegen sind sehr professionell, wenn es zu Situationen kommt in denen man  
56 Hilfe benötigt, zum Beispiel wenn ein Patient dich ernsthaft bedroht oder angeht. Die Fragen dann  
57 auch, willst du da nochmal sprechen darüber oder dann wird die ganze Situation nochmal reflektiert

58 aber das habe ich nur von meinen unmittelbaren Kollegen die mit mir im Dienst sind, das wird nicht  
59 von anderen Berufsgruppen gefördert.

60 I: Ah ok, das wäre nämlich meine nächste Frage, wie das bei deinen Vorgesetzten aussieht.

61 B: Eher nicht, also von den Einzeltherapeuten aber da muss man auch schon wieder unterscheiden,  
62 von unserem Psychologen der sehr darauf bedacht ist, das solche Situationen nochmal reflektiert  
63 werden. Von unserem Arzt oder Oberärztin habe ich das Gefühl, dass sie sich eher weniger dafür  
64 interessiert, eigentlich gar nicht.

65 I: Und wenn du an die Unterstützung deiner Kollegen denkst, was bedeutet dir das?

66 B: Total wichtig! Finde ich total wichtig, ist gerade hier in der Psychiatrie im forensischen Bereich  
67 das Nonplusultra. Das ist zwingend notwendig und halte ich für sehr wichtig, ansonsten läuft der  
68 Laden hier nicht.

69 I: Gibt es denn trotzdem Bereiche in denen du dir mehr Unterstützung wünschst?

70 B: Ja gibt es und das ist bei der Verlegung von Patienten von der Station in die WG oder bei der  
71 Pharmakologischen Therapie. Da ähm würde ich mir wünschen, dass das Pflegepersonal öfter mal  
72 ins Boot genommen wird und gefragt wird, wie wir das sehen. Denn wir arbeiten ja irgendwie  
73 ständig mit den Patienten zusammen und haben manchmal einen größeren Einblick oder auch  
74 Einfluss auf die Patienten. Manche Entscheidungen von den Ärzten sind nicht wirklich überlegt und  
75 führen eigentlich nur zu Problemen, da würde ich mir wünschen, dass das Pflegepersonal öfter mal  
76 gehört wird und dass Sachen auch mal durchgeführt werden die empfohlen werden, denn das  
77 passiert relativ wenig. Ein wirkliches Verständnis oder Umsetzung von diesen Sachen gibt es nicht.

78 I: Also fehlt dir quasi eine Kooperation zwischen den Berufsgruppen.

79 B: Naja hier auf dem Gelände herrschen irgendwie Strukturen die an das letzte Jahrhundert  
80 erinnern, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal könnte echt besser sein, das  
81 sind halt immer noch die starken Hierarchien die nicht aufgebrochen werden können, weil die  
82 Strukturen so verfestigt sind und man das vielleicht auch gar nicht will, ich weiß es nicht.

83 I: Also sollte dort dringend etwas getan werden?

84 B: Ja, das sehe ich schon so.

85 I: Ok. Das wären dann auch alle Fragen zum Hauptteil, jetzt hätte ich noch ein paar Fragen zum  
86 BGM. Welche Angebote kennst du denn davon?

87 B: Du ganz ehrlich, Arbeitsplatzmassage? Ich les immer die tollen Mails die kommen aber wir  
88 können das gar nicht nutzen, da wir hier nicht von der Station können. Da fehlt es dann an Personal.  
89 Ansonsten, keine Ahnung.

90 I: Also hast du noch kein Angebot genutzt?

91 B: Ne, noch gar nicht.

92 I: Glaubst du denn, dass das BGM etwas zur Stärkung der sozialen Unterstützung hier beitragen  
93 kann?

94 B: Denke schon aber dann kommt es auf die Angebote an und ob es sich nicht nur toll anhört. Man  
95 könnte versuchen die einzelnen Mitarbeiter abzuholen wo sie stehen. Dienstpläne anpassen oder  
96 auch Gesprächsgruppen einführen. Ich glaube für unseren Bereich ist mal ein Dienstplan wichtig,  
97 der sich mit dem privat Leben vereinbaren lässt. Und vielleicht wäre es auch sinnvoll mehr Personal  
98 einzustellen, ich weiß nicht.

99 I: Ok. Möchtest du denn sonst noch etwas ergänzen, dass zum Thema soziale Unterstützung hier  
100 gehört?

101 B: Also jetzt fällt mir nichts mehr ein.

102 I: Alles klar. Das wäre dann auch schon alles. Ich bedanke mich.

## A.8 Interview E

1 I: Zu Beginn würde ich gerne wissen, wie dein Arbeitsalltag aussieht?

2 B: Naja wenn wir morgens anfangen haben wir unsere Morgenrunde, da kann jeder Patient seine  
3 Wünsche, Bedürfnisse und seinen Tagesablauf klären. Da gucken wir auch ob die Patienten  
4 Absprache fähig sind oder nicht. Dann haben wir die Medikamentenausgabe, dann ist das Frühstück  
5 und dann bringen wir sie zur Arbeitstherapie, die wird aber von Ergotherapeuten durchgeführt.  
6 Dann gibt es die Visite, dann haben wir eine ABC Gruppe die auch von einer Pflegekraft mitgeleitet  
7 wird, Wochenrunden, eine Stationsgruppe, Bezugsgespräche die wir wöchentlichen führen aber  
8 natürlich können die auch jeden anderen Tag kommen und mit uns sprechen.

9 I: Erlebst du während dieser Aufgaben oder über den Tag emotionale Anforderungen durch die  
10 Arbeit?

11 B: Natürlich sollte man, wenn man Angst vor jemandem hat, dies nicht zeigen, da man sonst  
12 psychisch auch angegriffen werden kann und man von den Patienten ausgespielt wird. Bei manchen  
13 Patienten habe ich im Hinterkopf was sie gemacht haben aber Angst oder Vorurteile habe ich  
14 dadurch nicht. Zum Beispiel bei einem Mörder oder so. Ich rede da zu Hause gerne mal so zehn  
15 Minuten drüber aber dann ist die Sache auch gegessen.

16 I: Also belasten dich die Straftaten nicht?

17 B: Nein, wie gesagt, man hat die im Kopf aber ich habe deshalb keine Angst oder so.

18 I: Fallen dir sonst noch emotionale Anforderungen ein?

19 B: Ähm, wenn Patienten zu uns kommen und die gar nicht verstehen warum die hier sind und dann  
20 anfangen zu weinen, das geht mir sehr nah. Wenn der dann auch, nicht indirekt aber halt nach Hilfe  
21 schreit dann belastet mich das. Wir arbeiten ja halt mit Menschen und dass das auch mal nahe geht  
22 lässt sich nicht verhindern.

23 I: Und warst du schon mal Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt?

24 B: Ja, das war ich auch schon.

25 I: Was ist denn passiert?

26 B: Da kann ich mich noch gut dran erinnern, das war Weihnachten, da hatten wir einen Patienten  
27 und der saß neben dem Dienstzimmer und hatte eine Manie und hat mich psychisch fertig gemacht.  
28 Ich habe die Tür aufgemacht und wollte ihm essen bringen, da fing er an mich zu beleidigen, wie  
29 dumm ich doch wär und die ganze Zeit fielen da irgendwelche Schimpfwörter. Das war zwar nicht

30 körperlich aber psychisch war das so, dass ich am dritten Tag zu einem Kollegen gesagt habe, ich  
31 kann da nicht mehr rein, du musst mal übernehmen, was er dann auch getan hat. Das war krass. In  
32 diesen Nächten konnte ich auch nicht schlafen, das hat mich verfolgt.

33 I: Und wurdest du dabei auch bedroht?

34 B: Ja das wurde ich auch, davon gab es aber schon mehrere Situationen. Ich stech' dich ab, ich  
35 werde dich draußen finden, ich werde dich töten. Also ich glaube ich habe da schon vieles gehört.

36 I: Und beunruhigt dich das, wenn Patienten sagen sie finden dich draußen?

37 B: Nein, eigentlich nicht. Ich weiß einfach, dass die meisten eh nichts machen würden. Das sind  
38 immer nur Phasen die die haben, am nächsten Tag können die auch wieder super lieb zu dir sein.

39 I: Und wurdest du schon physisch angegriffen?

40 B: Ähm ... ich habe einen Schlag in den Bauch abbekommen, hab eine Urinflasche abbekommen,  
41 ein Teller wurde nach mir geworfen und ein heißer Tee. Ansonsten halt auch bei Fixierungen, da  
42 wehren sich die Patienten auch mal, ansonsten nichts.

43 I: Waren deine Verletzungen dabei schlimm?

44 B: Nein, das waren nur blaue Flecke und vielleicht mal Kratzer.

45 I: Erfährst du in solchen Momenten dann Unterstützung durch Kollegen?

46 B: Also wenn so etwas passiert ist ,dass jemand so angegangen wurde, gibt es immer Mitarbeiter  
47 die dann mit einem darüber sprechen oder auch das Team. Es gab einen Vorfall wo wir jemanden  
48 zu Boden bringen mussten und das wurde im Nachhinein auch mit allen Beteiligten besprochen.  
49 Das fand ich eigentlich ganz gut. Aber auch so tauscht man sich immer mit den Kollegen aus. Auch  
50 als ich neu war, da hat man mir direkt gesagt worauf ich bei wem achten soll, das hat mir auch  
51 geholfen. Da gab es direkt Tipps.

52 I: Und wann erfährst du Unterstützung durch deine Vorgesetzten?

53 B: Also von unserem Arzt null, der nimmt sich komplett raus, wenn ich ein Problem habe kann ich  
54 aber immer zu unserem Psychologen gehen, der hat immer ein offenes Ohr und moderiert auch  
55 Gespräche wenn es Vorfälle mit Patienten gibt. Unsere PDL können wir auch immer kontaktieren.  
56 Aber von Chef und Oberarzt kommt weniger.

57 I: Okay. In welcher Form erfährst du denn dann die Unterstützung?

58 B: Also wir haben einen Mitarbeiter der nach schwierigen Situation nochmal explizit auf einen  
59 zukommt und dich nochmal anspricht, ob es einen gut geht. Es ist auch so wenn man vor einer  
60 Situation ist die man selber gerade nicht bewältigen kann, springen auch Kollegen für dich ein. Im  
61 Team wird sich einfach über alles informiert.

62 I: Wie ist das wenn du Fragen hast, wird dir da geholfen?

63 B: Ja, auf jeden Fall. Man kann eigentlich echt alle fragen und jeder gibt dir auch gerne die Antwort,  
64 wenn er sie weiß.

65 I: Du hast jetzt ja das Vorkommen der sozialen Unterstützung beschrieben, welche Bedeutung hat  
66 die denn für dich ?

67 B: Eine sehr wertschätzende Bedeutung. Und sehr wichtig, gerade in dem Raum in dem wir uns  
68 bewegen, weil die Patienten sehr feinfühlig sind und Patienten Momente auch ausnutzen können.

69 I: Was meinst du damit?

70 B: Naja, wenn es dir schlecht geht wissen die das und versuchen dann alles bei dir, damit sie ähm...  
71 sozusagen Macht über dich bekommen.

72 I: Wenn du an solche Situationen denkst, wie wichtig ist dir dann Unterstützung durch Vorgesetzte?

73 B: Finde ich auch sehr wichtig aber da ist irgendwie weniger los. Gerade die Ärzte sind sehr  
74 abgeschottet von uns und machen so ihr eigenes Ding.

75 I: Hm. Gibt es denn Bereiche in denen du dir mehr Unterstützung von Kollegen wünschst?

76 B: Manchmal mehr Absprache, das man sich mehr und besser austauscht. Die Organisation im  
77 Dienstzimmer ist manchmal nicht so toll aber ansonsten weiß ich einfach dass ich mich zu hundert  
78 Prozent auf jeden verlassen kann. Da würde ich auch niemals das Team tauschen wollen.

79 I: Und in welchen Bereichen würdest du dir denn mehr von deinen Vorgesetzten wünschen?

80 B: Naja, dass die auch einfach mal in Krisensituationen dazukommen, sich miteinbringen und  
81 danach auch mal das Gespräch suchen. Gerade bei handgreiflichen Sachen möchte ich das einfach  
82 mal geklärt haben und mich mitteilen. Da wünsche ich mir, dass die auf mich zukommen und  
83 nachfragen. Allgemein sollten mehr Gespräche stattfinden, das wäre auch besser für die  
84 Behandlung der Patienten, auf lange Sicht.

85 I: Alles klar. Schon mal Danke. Abschließend habe ich noch ein paar Fragen zum BGM, welche  
86 Angebote kennst du denn?

87 B: Ja es gibt immer so ein kleines Heftchen was bei uns rumliegt. Es gibt Betriebssport und mehrere  
88 Kurse irgendwie. Ansonsten weiß ich nicht genau. Ich glaube auch Massagen.

89 I: Hast du denn schon mal ein Angebot genutzt?

90 B: Ich habe mal beim Betriebssport teilgenommen. Ansonsten noch nicht, da fehlt aber auch die  
91 Zeit.

92 I: Hm. Hast du denn Idee, was das BGM tun könnte um die soziale Unterstützung im  
93 Maßregelvollzug weiter zu fördern?

94 B: Ich glaube das wird schwierig, gerade bei den Vorgesetzten, weiß aber nicht genau. Vielleicht  
95 mehr Gespräche machen oder mehr Entscheidungen zusammen fällen.

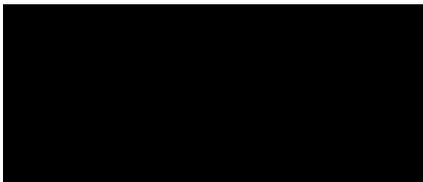
96 I: Okay, das ist auch schon das Ende. Möchtest du noch etwas Ergänzen hier im Zusammenhang?

97 B: Also... eigentlich nicht.

98 I: Dann vielen Dank für deine Zeit.

## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Textpassagen, die wörtlich oder dem Sinn nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.



Unterschrift

Reppenstedt, 26.06.2020