

Pflegerecht

Pflegerecht – Pflegewissenschaft

194 Der nicht entscheidungsfähige Patient –
Patientenverfügung, keine Patientenverfügung,
unklare oder überholte Weisungen (1. Teil)

Peter Breitschmid

208 Unerwünschte Ereignisse in der Pflege –
Ergebnisse der «Pflegefehlerstudie»

Henning Cramer/Monika Habermann

216 Pflegeexpertin APN: eine fortschrittliche Rolle
an der Schnittstelle von Pflege und Medizin

Christoph von Dach/Rahel Eschmann/Heidi Petry/Diana Staudacher/
Rebecca Spirig

224 Forum
Gewalt und Pflege



Stämpfli Verlag

4 | 16

Inhalt

EDITORIAL	193	RECHTSPRECHUNG	251
WISSENSCHAFT.....	194	INTERVIEW.....	253
FORUM.....	224	NEUIGKEITEN.....	255
GESETZGEBUNG	247		

Impressum

Schriftleiter

Prof. Dr. Hardy Landolt, LL.M.
Landolt Rechtsanwälte
Schweizerhofstrasse 14, Postfach, 8750 Glarus
Tel. 055 646 50 50, Fax 055 646 50 51
E-Mail: redaktion@pflugerecht.ch
www.pflugerecht.ch

Adressänderungen und Inserataufträge sind ausschliesslich an den Stämpfli Verlag AG, Postfach, 3001 Bern, zu richten. Die Aufnahme von Beiträgen erfolgt unter der Bedingung, dass das ausschliessliche Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung an den Stämpfli Verlag AG übergeht. Der Verlag behält sich alle Rechte am Inhalt der Zeitschrift «Pflugerecht» vor. Insbesondere die Vervielfältigung auf dem Weg der Fotokopie, der Mikrokopie, der Übernahme auf elektronische Datenträger und andere Verwertungen jedes Teils dieser Zeitschrift bedürfen der Zustimmung des Verlags. Die Zeitschrift erscheint viermal jährlich, im Februar, Mai, August, November.

Abonnementspreise

AboPlus (Zeitschrift und Onlinezugang)
– Schweiz: CHF 104.–
– Ausland: CHF 116.–
Onlineabo: CHF 84.–
Einzelheft: CHF 22.– (exkl. Porto)
Die Preise verstehen sich inkl. 2,5% resp. für Onlineangebote 8% MwSt.

Abonnemente

Tel. 031 300 63 41, Fax 031 300 66 88
E-Mail: periodika@staempfli.com

Inserate

Tel. 031 300 63 89, Fax 031 300 63 90
E-Mail: inserate@staempfli.com

© Stämpfli Verlag AG Bern 2016

Gesamtherstellung: Stämpfli AG, Bern
Printed in Switzerland,
Printausgabe ISSN 2235-2953
Onlineausgabe ISSN 2235-6851

Herausgeber

Hardy Landolt

Prof. Dr. iur., LL.M., Lehrbeauftragter an den Universitäten St. Gallen und Zürich für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungs- sowie Gesundheitsrecht, wissenschaftlicher Konsulent des Instituts für Rechtswissenschaft und Rechtspraxis der Universität St. Gallen, Rechtsanwalt und Notar in Glarus

Gemeinsam mit:

Brigitte Blum-Schneider

Dr. iur., Programmkoordinatorin PhD BmEL/Law Track an der Universität Zürich

Peter Breitschmid

Prof. Dr. iur., Professor an der Universität Zürich

Thomas Gächter

Prof. Dr. iur., Professor an der Universität Zürich, zugleich Kompetenzzentrum MERH UZH

Heidrun Gättinger

Mag., Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut IPW-FHS

Ueli Kieser

Prof. Dr. iur., Vizedirektor am Institut für Rechtswissenschaften und Rechtspraxis an der Universität St. Gallen, Titularprofessor an der Universität St. Gallen, Lehrbeauftragter an der Universität Bern, Rechtsanwalt in Zürich, Ersatzrichter am Verwaltungsgericht des Kantons Zürich

Julian Mausbach

Dr. iur., RA, Oberassistent Strafrecht an der Universität Zürich

Peter Mösch Payot

lic. iur., LL.M., Dozent am Institut Sozialarbeit und Recht der Hochschule Luzern

Kurt Pärli

Prof. Dr. iur., Dozent und Leiter Zentrum für Sozialrecht der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften sowie Privatdozent an der Universität St. Gallen



«Es ist eine Extremsituation!»

Gewalt auf der Notfallstation: Möglichkeiten der Intervention und Prävention

Claudia Dell'Apollonia

Pflegeexpertin MNS,
Institut für Notfallmedizin,
Universitätsspital Zürich



Marianne Schärli-Purtschert

Fachführende Pflegeexpertin
MScN, Bereiche Traumatologie,
Dermatologie, Rheumatologie,
Plastische Chirurgie,
Institut für Notfallmedizin,
Universitätsspital Zürich



Patrik Honegger

Leiter Pflege, Institut für Notfall-
medizin, Universitätsspital Zürich



Diana Staudacher

Dr. phil., Wissenschaftliche
Assistentin, Direktion Pflege und
MTTB, Universitätsspital Zürich



Dagmar Keller Lang

Prof. Dr. med., Direktorin
Institut für Notfallmedizin,
Universitätsspital Zürich

diesem Vorfall Schürfwunden und ein Hämatom. Kollegen und der spitaleigene Sicherheitsdienst schritten unverzüglich ein, um eine Eskalation zu verhindern. Eine Massnahme war notwendig, die nur im Extremfall zum Einsatz kommt – die Fixation mit Gurtsystem. «Eine solche Situation ist immer ein Schock – aber wir müssen trotzdem professionell reagieren und ruhig bleiben. Unser Sicherheitskonzept hat sich damals sehr bewährt. Ich erhielt sofort Unterstützung vom Team. Dank des regelmässigen Trainings wusste ich, worauf ich achten muss, um Schlimmeres zu verhindern. Das gab mir Sicherheit. Dadurch war ich dem Geschehen nicht ohnmächtig ausgesetzt. Gut war auch, dass zum Beispiel keine Scheren im Behandlungsraum griffbereit waren. Wer weiss, was dann passiert wäre. Es hat sich bewährt, Scheren auf der Notfallstation wegzuschliessen – zur Sicherheit. Unmittelbar nach dem Ereignis haben wir ein Debriefing durchgeführt. Das hat mich zunächst einmal «aufgefangen». Aber der Schock sitzt noch immer tief. Die Supervision hat mir geholfen, das Geschehen zu verarbeiten. Aber ich merke, dass ich seit damals immer alarmiert bin, wenn es heisst: der Patient ist alkoholisiert. Dann kommt sofort die Erinnerung...»

Dieses Beispiel zeigt, dass Gewalterleben zum Arbeitsalltag auf einer Notfallstation gehört. Von Gewalt am Arbeitsplatz sind Mitarbeitende des Gesundheitsbereichs in hohem Masse betroffen, wie die Weltgesundheitsorganisation betont: «Lange Zeit war dies ein «vergessenes» Thema. Es hat sich jedoch in den letzten Jahren dramatisch verschärft und stellt nun ein prioritäres Problem dar».¹ Pflegefachpersonen auf Notfallstationen sind einem besonders hohen Gewaltrisiko ausgesetzt. Eine Studie in einem Schweizer Universitätsspital ermittelte, dass die Prävalenz der Gewaltereignisse während eines Jahres 51% betrug. Dabei entfielen 46% auf verbale Gewalt,

I. Ein Praxisbeispiel

«Ich habe nur den Vorhang geöffnet, um Blutdruck, Puls und Vitalparameter der Patientin abzuschreiben. Nie hätte ich damit gerechnet, dass sie sich aufsetzt und ohne jeden Anlass, völlig unerwartet zuschlägt. Dieser Faustschlag ist mir bis heute im Gedächtnis geblieben. Das lässt sich nicht mehr auslöschen. Die Patientin hatte Alkohol getrunken. Sie fing an zu toben, hat sich immer mehr hineingesteigert und wild um sich geschlagen...» Dies berichtet eine Pflegefachperson des Instituts für Notfallmedizin am Universitätsspitals Zürich. Sie erlitt bei

1 WORLD HEALTH ORGANISATION, Framework guidelines addressing workplace violence. Genf: WHO, 2002. Vgl. auch HAHN S, MUELLER M, NEEDHAM I, Measuring patient and visitor violence in general hospitals; feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-G-R and the POIS. Journal of Clinical Nursing 20 (2012) 2519-30.

17% auf physische Gewalt und 16% auf Drohungen.² Etwa 40% des Personals im Gesundheitssektor der Schweiz erleiden durch Gewaltereignisse geringe Körperverletzungen, 9% tragen schwere Verletzungen davon.³ Jedoch ist die Dunkelziffer hoch.⁴ Psychische Gewalt und Drohungen bleiben häufig unerfasst, obwohl sie verheerende Folgen für Betroffene haben.⁵ Besonders hoch ist das Gewaltisiko an Grossanlässen wie der Zürcher Street Parade. Interne Daten des Instituts für Notfallmedizin am Universitätsspital Zürich zeigen, dass sich 12% der Notfallpatienten am Tag der Street Parade 2015 gewalttätig gegenüber dem Fachpersonal verhielten.⁶

Von Gewalt betroffene Fachpersonen berichten von einer schwerwiegenden, lang anhaltenden psychischen Belastung.⁷ Die Folgen äussern sich in Angst, Wut, einem Gefühl von Machtlosigkeit bis zum posttraumatischen Syndrom.⁸ Auch Schuldgefühle können auftreten, wenn Fachpersonen befürchten, nicht richtig reagiert zu haben oder sogar für die Eskalation verantwortlich zu sein.⁹ Etwa 7 bis 11% der Betroffenen im Gesundheitswesen beanspruchen nach einem Gewaltereignis Krankheitstage.¹⁰

2 HAHN S/HANTIKAINEN V/NEEDAM I/DASSEN T/KOK G/HALFENS R., Patient and visitor violence against health care staff in Switzerland, contributing factors, interventions and consequences: A cross sectional survey, *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2012) 2685–2699.

3 HAHN S/HANTIKAINEN V/NEEDAM I/DASSEN T/KOK G/HALFENS R., Patient and visitor violence against health care staff in Switzerland, contributing factors, interventions and consequences: A cross sectional survey, *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2012) 2685–2699.

4 GATES SG, An epidemiological study of the magnitude and consequences of work-related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61 (2004) 495–503.

5 GERBERICH S/CHURCH T/MCGOVERN P/HANSEN H/NACHREINER N/GEISSER M ET AL., An epidemiological study of the magnitude and consequences of work-related violence: the Minnesota nurses study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61 (2002) 495–503.

6 UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH, Institut für Notfallmedizin, *Interne Statistik*, 2014–2015.

7 LAPOSA JM/ALDEN LE/FULLERTON LM, Work, stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses personnel, *Journal of Emergency Nursing*, 29 (2003) 23–28.

8 LAPOSA JM/ALDEN LE/FULLERTON LM, Work, stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses personnel, *Journal of Emergency Nursing*, 29 (2003) 23–28; PICH J/HAZELTON M/SUNDIN D/KABLE, Patient-related violence at triage. A qualitative-descriptive study. *International Emergency Nursing* (2011) 12–19.

9 GATES DM, The epidemic of violence against health care workers. No longer silent. *Occupational and Environmental Medicine*, 6 (2004) 649–650

10 HAHN S/HANTIKAINEN V/NEEDHAM I/DASSESEN T/KOK G/HALFENS RJG, Patient and visitor violence against health care staff in Switzerland, contributing factors, interventions and consequences: A cross sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2012), 2685–2699.

Die Zufriedenheit mit dem Beruf ist durch Gewalterleben stark beeinträchtigt.¹¹

Vor diesem Problemhintergrund stellen sich folgende Fragen:

Wie zeigt sich Gewalt im Praxisalltag der Notfallstation? Wie erleben Mitarbeitende Gewalt? Welche Interventions- und Präventionsmöglichkeiten gibt es?

II. Wie zeigt sich Gewalt im Praxisalltag der Notfallstation?

A. Definition von Gewalt

Unter «Gewalt am Arbeitsplatz» versteht die Weltgesundheitsorganisation «Ereignisse, bei denen das Personal misshandelt, bedroht oder angefallen wird und die verbunden sind mit einer expliziten oder impliziten Bedrohung der Sicherheit, des Wohlbefindens und der Gesundheit».¹²

Gewalt tritt auf der Notfallstation in verschiedenen Formen auf:

- verbal als Beschimpfen, Beleidigen oder Bedrohen,
- als belästigendes, schikanierendes oder einschüchterndes Verhalten,
- als körperlicher Angriff in Form von Schlagen, Kneifen, Stossen, Schubsen, Spucken oder Treten,
- als Waffengewalt,
- in Form von Sachbeschädigung.

B. Wie entsteht Gewalt auf der Notfallstation?

Charakteristisch für Notfallstationen ist die niedrige Zugangsschwelle für Patienten. Die Station ist 24 Stunden täglich in Betrieb und stellt eine Schnittstelle zwischen Rettungsdienst und stationärer Patientenversorgung dar. Dadurch entstehen spezifische Anforderungen sowohl an die fachliche Kompetenz des Notfallpersonals als auch an die organisatorischen Abläufe.¹³ Notfallstationen sind konfrontiert mit extremem Zeit- und Handlungsdruck, hoher Arbeitsverdichtung und häufiger Überbelegung. Diese Gegebenheiten können die Anspannung und Reizbarkeit der Patienten verstärken und Gewalt auslösen. Auch lange Wartezeiten tragen zu

11 SCHABLON A/ZEH A/WENDELER D/PETERS C/WOHLERT C/HARLING M/NIENHAUS A, Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study, *BMJ open*, 2012, 2: e001420.

12 WORLD HEALTH ORGANISATION, *Framework guidelines addressing workplace violence*. Genf: WHO, 2002.

13 MCCLELLAND H, Emergency care – more than just a collection of tasks. *International Emergency Nursing*, 18 (2010) 1–2.

Abb. 1: Risikofaktoren der Entstehung von Gewalt (Quelle: eigene Darstellung)



einem erhöhten Risiko für Gewalt auf Notfallstationen bei.¹⁴

Faktoren, welche die Entstehung von Gewaltereignissen in Notfallstationen begünstigen, sind in Abbildung 1 dargestellt.¹⁵

Patienten neigen aus unterschiedlichen Gründen zu aggressivem Verhalten. Oft handelt es sich um den Ausdruck einer zugrunde liegenden neurologischen, internistisch-endokrinen, degenerativen oder psychiatrischen Erkrankung. Auch akute Schmerzen können eine Ursache darstellen. Ebenso fördern Drogen und/oder Alkoholeinfluss aggressives Verhalten.

Umgebungsfaktoren können ebenfalls Gewaltereignisse auslösen, beispielsweise unvertraute Räumlichkeiten, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, Überforderung oder ein hoher Lärmpegel. Unsicherheit und Angst vor dem Verlust der Autonomie gelten ebenfalls als gewaltauslösend. Auch beim Warten auf

eine Diagnose oder einen Befund können Ängste aufkommen, die gewaltsames Verhalten fördern.¹⁶

Studienergebnisse zeigen, dass Gewalt auf Notfallstationen mehrheitlich von Männern ausgeht und die Wahrscheinlichkeit eines Gewaltereignisses nachts am höchsten ist.¹⁷ Besonders häufig betroffen ist das Personal in der Wartezone, wo die Triage erfolgt.¹⁸

Abweisendes Verhalten und Nichtzuhören des Personals sowie fehlende Informationen können aggressives Verhalten begünstigen. Insbesondere Mitarbeitende in der Ausbildung mit wenig Berufserfahrung sind einem höheren Risiko ausgesetzt, Opfer gewalttätigen Verhaltens zu werden.¹⁹

14 MORPHET J/GRIFFITHS T/PLUMMER V/INNES K/FAIRHALL R/BEATTIE J, At the crossroads of violence and aggression in the Emergency Department: Perspectives of Australian emergency nurses, *Australian Health Review*, 38 (2014) 194–201.

15 Modifiziertes Grundlagenmodell von HAHN S/HANTIKAINEN V/NEEDHAM I/DASSESN T/KOK G/HALFENS RJG, Patient and visitor violence against health care staff in Switzerland, contributing factors, interventions and consequences: A cross sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2012) 2685–2699.

16 ANGLAND S/DOWLING M, Nurses perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 22 (2014) 134–139.

17 INDIG D/COPELAND J/CONIGRAVE KM/ROTKO I., Attitudes and beliefs of emergency department staff regarding alcohol-related presentations, *International Emergency Nursing*, 16 (2009) 223–232.

PAJONAK FGB/D'AMELIO R, Erregungszustände, Aggression und gewalttätiges Verhalten im Not- und Rettungsdienst, *Der Notarzt*, 25 (2009) 41–48.

18 RAMACIATTI N/CECCAGNOLI A/ADDEY B, Violence against nurses in the Triage area: An Italian qualitative study, *International Emergency Nursing*, 23 (2015) 274–280.

19 POWLEY D, Reducing violence and aggression in the emergency department, *Emergency Nursing*, 21 (2013) 26–29.

Interaktionelle Faktoren wie ein schroffer Umgangston oder das bewusste Zurückhalten von Informationen tragen ebenfalls zur Entstehung von Gewalt bei.²⁰

III. Wie erleben Mitarbeitende Gewalt auf der Notfallstation?

Mitarbeitende des interprofessionellen Behandlungsteams im Institut für Notfallmedizin am Universitätsspital Zürich berichteten im Rahmen einer Befragung, dass sie vielfältige Formen von Gewalt erleben.²¹ Auslöser ist häufig die unterschiedliche Wahrnehmung einer Situation. Für Betroffene und Fachpersonen stehen jeweils unterschiedliche Aspekte im Vordergrund. Möchte beispielsweise eine Pflegefachperson einen Patienten vor akutem Schmerz schützen, können ihre Worte eine Reaktion auslösen, die sie nicht beabsichtigt hat:

«Ich erklärte dem Patienten, dass er nicht alleine aufstehen soll. Er hatte eine Fraktur an der unteren Extremität. Trotzdem stand er auf und hatte so starke Schmerzen, dass er gleich wieder in den Rollstuhl sitzen musste. Ich ging wieder zu ihm, um ihm zu helfen. Dass er nun so starke Schmerzen hatte, fand er gar nicht gut. Er beschimpfte mich und schlug mir ins Gesicht (...) Ich hatte dann Kratzwunden auf den Wangen.»

Die Konfrontation mit alkoholisierten Patienten ist besonders herausfordernd, da die Behandlung aufgrund ihres Zustandes eine aggressive Reaktion auslösen kann:

«Ein intoxikierter Patient mit Alkohol- und möglicherweise auch Drogenkonsum hatte eine Wunde am Kopf, die genäht werden musste. Am Anfang liess er die Blutentnahme und Infusion noch zu. Dann wurde er aber zunehmend lauter und auffälliger. Er verweigerte jegliche Behandlung, wurde verbal und körperlich aggressiv. Er stand vom Bett auf und wollte gehen. Wir versuchten, ihm zu erklären, wie es weitergeht. Der Patient kickte mit dem Fuss um sich, traf die Pflegenden und den Oberarzt.»

Ein Arzt berichtete, dass ein Angehöriger gewalttätig reagierte, weil die Reaktion der Fachpersonen nicht seinen Erwartungen und seiner Wahrnehmung der Situation entsprach:

«Ein Angehöriger wurde sehr laut und aggressiv, als seine Ehefrau synkopte und er das Gefühl hatte, wir würden ihr nicht helfen – obwohl sofort zwei Pflegenden und ein Arzt zur Stelle waren.»

Gewalt kann sich zunächst nur auf Gegenstände richten:

«Ein Patient im psychischen Ausnahmezustand wirft Material umher, tritt gegen die Wand und den Abfalleimer. Er schiebt den Blutentnahmewagen gegen die Wand und wirft den Wäschewagen um.»

Was Gewalterleben in den betroffenen Fachpersonen auslöst, deutet sich in der Aussage einer Pflegefachperson an:

«Für mich sind solche Ereignisse sehr belastend und stressvoll, da sie viel Persönliches bei mir auslösen. Daher versuche ich, diese Situationen zu vermeiden oder mich zu distanzieren, wann immer es möglich ist.»

Alle befragten Fachpersonen erlebten Gewaltereignisse als einschneidend und herausfordernd. Sie thematisierten, dass sie nicht immer sicher sind, wie sie mit einer Gewaltsituation umgehen sollen – obwohl regelmässig Schulungen und Fallbesprechungen stattfinden. Eine Pflegefachperson beschrieb dies so:

«Es ist eine Extremsituation! Man hat den Wunsch, sofort einzugreifen, um andere zu schützen. Zugleich besteht Unsicherheit, weil nicht klar ist, was ich eigentlich darf und was nicht.»

Obwohl Gewalt auf Notfallstationen ein hochrelevantes Thema darstellt, liegt bisher nur eine begrenzte Anzahl von Studien vor, die das Erleben der Betroffenen beschreiben.²²

IV. Was kann das Behandlungsteam der Notfallstation tun?

Im Umgang mit fremd- oder selbstaggressiven Patienten und Angehörigen stehen dem Team einer Notfallstation verschiedene Interventionsmöglichkeiten und Präventionsstrategien zur Verfügung (Abbildung 2)²³:

20 MUNTILIN AM/GUNNINGBERG LA, CARLSSON MA, Different patients group request different emergency care – A survey in a Swedish emergency department, *International Emergency Nursing*, 16 (2008), 223–232.

21 UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH, Institut für Notfallmedizin, Erhebung zum Erleben von Gewalt auf der Notfallstation (2016) [Internes Dokument]. 23 von insgesamt 90 Mitarbeitenden des Behandlungsteams der Notfallstation nahmen an der Befragung mittels eines elektronischen Fragebogens teil, darunter Ärzte und Pflegefachpersonen. Die Datenanalyse erfolgte deskriptiv.

22 MACKINNON PS, Emergency nurses' experience of violent acts in the workplace. University of Massachusetts Medical School (2009). http://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=gsn_diss

23 Grundlagenmodell abgeleitet von FALK J/KERRES A, Didaktisch-methodische Anregungen für einen konstruktiven Umgang mit Aggressionen, *Pflegemagazin*, 2001, 24–31; HAHN S/HANTIKAINEN V/NEEDHAM I/DASSESN T/KOK G/HALFENS RJG, Patient and visitor violence against health care staff in Switzerland, contributing factors, interventions and consequences: A cross sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (2012) 2685–2699.

Abb. 2: Überblick: Umgang mit Gewalt
(Quelle: eigene Darstellung)

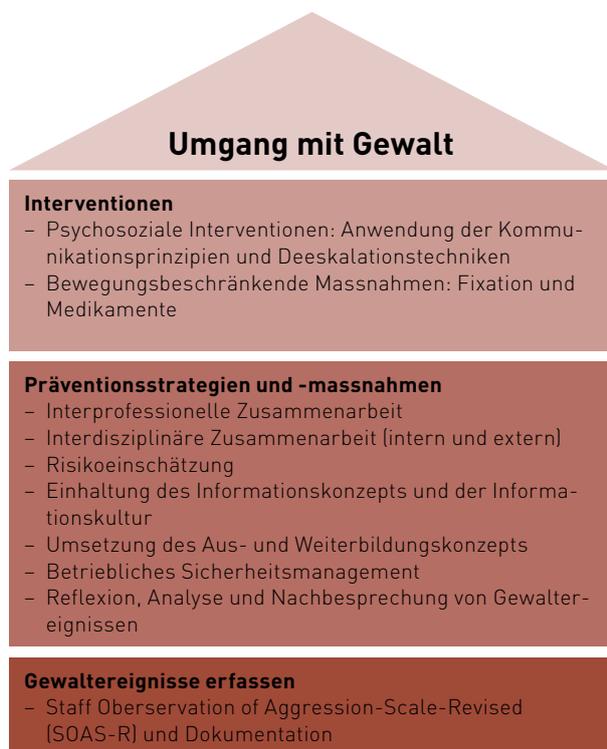


Abb. 3: Zehn Grundprinzipien der Deeskalation
(Quelle: eigene Darstellung)

1. Zeigen Sie Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit und Fairness.
2. Seien Sie realistisch in Ihren Erwartungen: Lässt sich diese Situation wirklich ohne Gewalt bewältigen?
3. Kontrollieren Sie nicht Ihr Gegenüber, kontrollieren Sie die Situation.
4. Sprechen Sie sich – falls möglich – mit Ihren KollegInnen ab hinsichtlich der Risikoeinschätzung, der Entscheidung, der Verantwortung und der Handlungen.
5. Deeskalation wirkt am besten als frühe Intervention.
6. Versuchen Sie, Zeit zu gewinnen für sorgfältige Entscheidungen und zur Reduktion der Spannung.
7. Halten Sie mindestens eine Armlänge Abstand zum Gegenüber.
8. Führen Sie die Intervention mit sichtbarem Selbstbewusstsein aus, ohne zu provozieren.
9. Vermeiden Sie Machtspiele zwischen Ihnen und dem Patienten.
10. Beachten Sie auch die Sicherheit unbeteiligter Personen.

A. Interventionsmöglichkeiten

Potenzielle Gewaltsituationen lassen sich durch geeignete Deeskalationstechniken entschärfen. Sie zielen vor allem darauf ab, die aggressive Person zu beruhigen und die Ursachen ihres Verhaltens zu verstehen.²⁴ Die Wahl einer Deeskalationstechnik ist abhängig von der jeweiligen Situation und Umgebung. Zehn Grundprinzipien haben sich bewährt (siehe Abbildung 3).²⁵

Besteht eine akute Krisensituation, in der ein Patient andere Personen oder sich selbst gefährdet, steht die Sicherheit des Personals bzw. des Patienten im Vordergrund. Greifen diese Massnahmen nicht, ist der Einsatz bewegungseinschränkender Massnahmen zu erwägen: Darunter ist «jegliche Einschränkung der individuellen Bewegungsfreiheit [zu verstehen]. Die Einschränkung kann mit mechanischen Methoden, Medikamenten, aber auch mit psychologischen Mitteln erfolgen».²⁶ Dabei handelt

es sich um einen schwerwiegenden Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf persönliche Freiheit. Obwohl es das vorrangige Ziel von Pflege und Medizin ist, Zwang zu vermeiden, «sind Zwangsmassnahmen als ultima ratio nicht immer zu umgehen. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung stellen sie manchmal die einzige zur Verfügung stehende Möglichkeit dar, um grösseren Schaden abzuwenden. [...] In Notfallsituationen mit einem hohen Grad an Selbst- und Fremdgefährdung ist die Notwendigkeit von Zwangsmassnahmen kaum bestritten».²⁷

B. Präventionsmassnahmen

Um Gewaltereignissen vorzubeugen, eignen sich Massnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention.²⁸

24 OUD W/WALTER G, Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, Bern: Verlag Hans Huber, 2012.

25 RICHTER D, Non-physical conflict management and de-escalation, Violence in Mental Health Settings, Causes, Consequences, Management, New York: Springer, 2006, 125–144.

26 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN, Medizinisch-ethische Richtlinien: Zwangsmassnahmen in der Medizin, Bern: SAMW, 2015.

27 SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN, Medizinisch-ethische Richtlinien: Zwangsmassnahmen in der Medizin, Schweizerische Ärztezeitung 86 (2005), 34.

28 OUD W/WALTER G, Aggression und Aggressionsmanagement: Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, Bern: Verlag Hans Huber, 2012.

1. Primäre Prävention

Schwierige und komplexe Situationen sollten möglichst gar nicht erst eskalieren, sondern durch eine frühzeitige Risikoeinschätzung verhindert werden. Deshalb ist es wichtig, bestimmte Anzeichen zu erkennen, die wenige Minuten vor Gewaltereignissen auftreten. Beispiele hierfür sind lautes und schnelles Sprechen, verbale Bedrohung und/oder Beschimpfung sowie eine feindselige Grundstimmung. Weitere Signale sind psychomotorische Erregung, starrer Blickkontakt, bedrohliche Haltung bzw. Gesten, Gewalt gegen Sachen, Distanzüberschreitung oder Verwirrtheit, Halluzinationen und Wahnvorstellungen.²⁹

Notwendig ist ein betriebliches Sicherheitsmanagement mit spitalinternem Sicherheitspersonal, das bei eskalierenden Situationen einsatzbereit ist. Hierfür sind Notrufsysteme oder Zutritt zur Notfallstation mit Sichtausweis erforderlich, ebenso eine Videoüberwachung im Triage- und Wartebereich. Um in drohenden Gewaltsituationen schnell und richtig zu handeln, ist eine Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Professionen und Disziplinen unabdingbar.³⁰ Eine enge Kooperation mit der Polizei zur zusätzlichen Unterstützung im Falle einer drohenden Eskalation ist ebenfalls festzulegen.

Zur primären Prävention gehört auch ein klares Informationskonzept. Dieses umfasst beispielsweise die regelmässige Information des betroffenen Patienten und der Angehörigen.

2. Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention bezieht sich auf Aus- und Weiterbildungskonzepte für Mitarbeitende zu theoretischen Grundlagen von Gewalt sowie regelmässiges Training spezifischer Techniken für den kontrollierten Umgang mit Gewaltereignissen. Der Fokus liegt auf Kommunikationsgrundsätzen und Strategien zur Deeskalierung.³¹ Sicherheitstraining ist ein wichtiger Bestandteil der Sekundärprävention. Schulungen zur fachgerechten Handhabung der Fixationstechniken sowie zur korrekten Indikationstel-

lung und Dosierung der medikamentösen Sedation sind ebenfalls notwendig.

3. Tertiäre Prävention

Regelmässiges Nachbesprechen eines Gewaltereignisses ist ein wesentlicher Bestandteil der tertiären Prävention. Dadurch besteht die Möglichkeit, durch Reflexion und Analyse das Ereignis besser zu verstehen und zu verarbeiten.

Bedeutsam ist auch, Präventionsstrategien weiterzuentwickeln und zu optimieren.³²

C. Gewaltereignisse erfassen

Zahlreiche Instrumente dienen dazu, Gewaltereignisse zu erfassen und zu quantifizieren.³³ Für die Notfallstation hat sich die revidierte Form der «Staff Observation of Aggression Scale» (SOAS-R) bewährt.³⁴ Dieses standardisierte und validierte Instrument erfasst in fünf Spalten verschiedene Faktoren eines Gewaltereignisses: Auslöser, eingesetzte Mittel, Ziel und Konsequenzen der Gewalt sowie getroffene Massnahmen.

Gewaltereignisse systematisch zu erfassen, dient der Übersicht über die Art bzw. Häufigkeit der Vorkommnisse sowie über die Folgen für Mitarbeitende. Zugleich entsteht dadurch eine Grundlage für Nachbesprechungen.

V. Fazit

Gewalt auf Notfallstationen ist kein «natürlicher Bestandteil» der Arbeit. Es ist erschreckend, dass 44% der Pflegenden in einer Studie Gewaltereignisse nicht meldeten, weil sie davon ausgingen, Gewalt gehöre zu ihrer Arbeit dazu.³⁵ Umso wichtiger ist es, ein differenziertes Sicherheitskonzept für die Notfallstation zu erarbeiten, um Mitarbeitende maximal zu schüt-

29 PAJONAK FG, D'AMELIO R, Psychosocial emergencies – Agitation, aggression and violence in emergency and search and rescue services, *AINS*, 43 (2008) 514–521.

30 Im Institut für Notfallmedizin am USZ unterscheiden wir zwischen interprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit: «Interprofessionell» bezieht sich auf die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Medizin. Der Begriff «interdisziplinär» umfasst den spitaleigenen Sicherheitsdienst, den Rettungsdienst, die Anästhesie, die Radiologie u. a.

31 RAMACCIATI N/CECCAGNOLI A/ADDEY B/LUMINI E/RASERO L, Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches, *Open Access Emergency Medicine*, 8 (2016) 17–27.

32 KETELSEN R/PIETERS V, Prävention durch Nachbereitung – Massnahmen zur tertiären Prävention, Bonn: Psychiatrie Verlag, 2004.

33 NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE (NICE), The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments, 2005.

34 NIJAM H/MURIS P/MERCKELBACH J/PALMSTIERNIA P/WISTEDT B/VOS AM/RIXTEL A/ALERTZ W, The Staff Observation of Aggression Scale-Revised (SOAS-R), *Aggressive Behaviour*, 25 (1999) 197–209.

35 GERBERICH S/CHURCH T/MCGOVERN P/HANSEN H/NACHREINER N/GEISSER M ET AL., An epidemiological study of the magnitude and consequences of work-related violence: the Minnesota nurses study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61 (2002) 495–503.

zen. Hier stehen Leitungspersonen und Institutionen in der Verantwortung.

Im Umgang mit Gewalt auf der Notfallstation lassen sich folgende Kernpunkte festhalten:

- Es gilt, Frühwarnzeichen zu erkennen, um die Eskalation einer Situation zu vermeiden.
- Ein professioneller Umgang mit Gewalt setzt ein institutionelles Sicherheitskonzept voraus.
- Regelmässiges Training der Mitarbeitenden zu Präventionsstrategien und Interventionsmöglichkeiten ist erforderlich.
- Interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit im Umgang mit eskalierenden Situationen hat einen zentralen Stellenwert.

«Nicht länger schweigen!» – so lautete die Botschaft eines Artikels zur «Epidemie der Gewalt gegen Mitarbeitende des Gesundheitswesens». ³⁶ Dieser

36 GATES DM, The epidemic of violence against health care workers. No longer silent. *Occupational and Environmental Medicine*, 6 (2004), 649–650.

Aufruf ist noch immer aktuell. Die Herausforderung besteht darin, dass sich Gewalt auf der Notfallstation nie völlig ausschliessen lässt, da sich Patienten und Angehörige häufig in Krisen- und Ausnahmesituationen befinden. Um die damit verbundenen hohen Anforderungen zu bewältigen, brauchen Mitarbeitende eine unterstützende Umgebung, die ihnen bestmöglichen Rückhalt bieten kann. ³⁷ Zugleich ist es unverzichtbar, Gewaltereignisse regelmässig zu dokumentieren und gemeinsam aus ihnen zu lernen. Dieses Vorgehen hat sich im Institut für Notfallmedizin am Universitätsspital Zürich bewährt.

37 GERBERICH S, CHURCH T, MCGOVERN P, HANSEN H, NACHREINER GEISSER ET AL. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work-related violence: the Minnesota nurses study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61 (2002), 495–503.



Aggression in der Langzeitpflege – Theoretische Überlegungen und empirische Daten

Dirk Richter

Dr. phil. habil.; Leiter Forschung und Entwicklung, Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Direktion Psychiatrische Rehabilitation; Dozent Forschung und Entwicklung Pflege, Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit

I. Einleitung

Aggressionshandlungen kommen in allen Sektoren des Gesundheits- sowie des Sozialwesens vor, die Langzeitpflege macht hier keine Ausnahme. ¹ Histo-

risch interessant ist jedoch, dass das Themenfeld Aggression/Gewalt aus wissenschaftlicher Perspektive sich über lange Jahre hinweg nahezu ausschliesslich mit Handlungen gegen Bewohnende bzw. ältere Menschen befasst hat. Erst in jüngerer Zeit ist eine Forschungsliteratur entstanden, welche sich – analog zu Entwicklungen in der Psychiatrie sowie in somatischen Einrichtungen – mit der gesamten Komplexität des Feldes befasst und Aggressionshandlungen zwischen, aber auch innerhalb aller beteiligten Personengruppen (Bewohnende, Mitarbeitende, Angehörige) untersucht.

1 Diese Ausführung basieren auf einer umfassenden veröffentlichten Literatursichtung im Auftrag von Curaviva: RICHTER D (2013) Aggression in der Langzeitpflege – Ein differenzierte Überblick über die Problematik, Bern: Curaviva.



Pflegerecht - Pflegewissenschaft

Hardy Landolt (Herausgeber)

Jahresabonnement CHF 104.–

Erscheint 4x jährlich, deutsch, geheftet, 2235-2953

Stämpfli
Verlag

Bleiben Sie ständig auf dem Laufenden mit der ersten Schweizer Zeitschrift zum Thema Pflegerecht und Pflegewissenschaft.

Kompetente Autoren setzen sich zuverlässig und praxisbezogen mit aktuellen Rechtsfragen auseinander und liefern vertiefte Analysen zu pflegerechtlich und pflegewissenschaftlich relevanten Themen. Die Zeitschrift *Pflegerecht - Pflegewissenschaft* erleichtert die interdisziplinäre Arbeit mit der Darstellung der pflegerelevanten Rechtsgrundlagen (Gesetze und kommentierte Urteile) aus dem In- und Ausland und beantwortet konkrete Rechtsfragen des Pflegealltags.

Die Zeitschrift *Pflegerecht - Pflegewissenschaft* richtet sich an Anwälte, Behörden und alle Juristen, die sich professionell mit pflegerelevanten Problemen auseinandersetzen, an alle Pflegefachpersonen, Spitex-Betriebe, Pflegeheime und Behinderteneinrichtungen sowie an weitere Organisationen, die im Alltag mit pflegerechtlichen Fragen konfrontiert werden.

Stämpfli Verlag AG

Wölflistrasse 1

Postfach 5662

CH-3001 Bern

Tel. +41 31 300 66 44

Fax +41 31 300 66 88

verlag@staempfli.com

www.staempfliverlag.com

Ich bestelle

___ Ex. **Printabonnement Inland, CHF 104.–**

___ Ex. **Onlineabonnement, CHF 84.–**

___ Ex. **Einzelheft (exkl. Porto), CHF 22.–**

Preisänderungen vorbehalten.

Name, Vorname _____

Firma _____

Strasse/PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Ich abonniere den Newsletter _____

Datum, Unterschrift _____

