

Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

# Aggressionsergebnisse auf Notfallstationen

Häufigkeit und Charakteristika

**Verfasserin**

Ruth Steck-Egli  
Lehenmattstr. 236/13  
4052 Basel  
061 312 33 77  
ruth.steck@tiscalinet.ch

**Eingereicht bei**

Prof. Dr. H.-J. Haug  
Extraordinariat Psychopathologie  
Psychologisches Institut der Universität Zürich  
Schlösslistrasse  
8618 Oetwil am See

**Fachliche Begleitung**

C. Abderhalden, Pflegewissenschaftler MNSc

Basel, April 2005

---

## Dank

Diese Lizentiatsarbeit entstand in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Spitälern:

- Universitätsspital Basel, Herr O. Fricker
- Universitätsspital Zürich, Frau G. Haberkorn
- Stadtspital Triemli Zürich, Herr M. Herzog
- Stadtspital Waid Zürich, Frau S. Wunderlin
- Spital Uster, Frau S. Schmitt

Diese Institutionen zeigten grosses Interesse an der Thematik und stellten das Pflegepersonal zur Verfügung, das die Aggressionsereignisse erfasste. Nur dadurch war diese Erhebung erst möglich.

Mein ganz besonderer Dank gilt deshalb den mitwirkenden Institutionen, dem Pflegepersonal, aber auch den verantwortlichen Personen, die die Erhebung vor Ort leiteten.

Für die Betreuung der Lizentiatsarbeit bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. J.-H. Haug, insbesondere für die Unterstützung bei den verschiedenen Ethikanträgen. Herr Christoph Abderhalden begleitet mich fachlich. Auch ihm ein herzliches Danke für seine grosse Hilfsbereitschaft.

---

## Zusammenfassung

Gewalt durch Patienten gegenüber Mitarbeiter wurde auf Notfallstationen bisher wenig thematisiert. Wie die Situation in der Deutschschweiz aussieht, untersuchte diese Erhebung. Folgenden Fragen wurde nachgegangen: wie charakterisieren sich Aggressionsereignisse auf Notfallstationen, wie häufig sind diese und welche Unterschiede bestehen zwischen den Institutionen je nach Spitaltyp, resp. Einzugsgebiet (Stadt / Land).

Auf fünf Deutschschweizer Notfallstationen wurden prospektiv, während 90 Tagen Aggressionsereignisse mit dem SOAS-R\*<sup>1</sup> erfasst. Neben den Charakteristika der Ereignisse (Aggressor, Auslöser, Mittel, Ziele, Konsequenzen und getroffene Massnahmen) wurde auch der Schweregrad der Vorfälle erhoben.

Im Erhebungszeitraum kam es zu 88 Aggressionsereignissen auf 21'020 behandelte Patienten auf den Notfallstationen. Die meisten Aggressoren waren männlich und Patienten der Notfallstation. Nachts fielen die meisten Aggressionsereignisse an. Etwa ein Drittel trug sich an den Wochenenden zu. Die meisten Angriffe waren verbaler Natur, aber in etwa 40% der Fälle kam es zu tätlichen Übergriffen. Knapp die Hälfte der Aggressionsereignisse wies einen hohen Schweregrad auf.

Die häufigste Massnahme, um die Situation zu beruhigen, war das Gespräch mit der aggressiven Person.

Schulungen und Trainings der Mitarbeiter sind die zentralen Massnahmen um Aggressionsereignissen vorzubeugen.

---

<sup>1</sup> eigene an die Notfallstation angepassten Version des Staff Observation of Aggression Scale Revised

# 1 Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Inhaltsverzeichnis.....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Theoretischer Hintergrund .....</b>	<b>5</b>
3.1	Der Aggressionsbegriff.....	5
3.1.1	Abgrenzung zu ähnlichen Begriffen .....	6
3.1.2	Wahrnehmung der Aggression.....	7
3.1.3	Formen der Aggression.....	7
3.1.4	Erklärungsmodelle zur Entstehung von Aggression .....	8
3.2	Häufigkeit von Aggressionsereignissen .....	8
3.3	Charakteristika von Aggressionsereignissen .....	11
3.3.1	Aggressor .....	11
3.3.2	Aggressionszeitpunkt .....	12
3.3.3	Ursachen der Aggression.....	12
3.3.4	Mittel der Aggression.....	15
3.3.5	Ziele der Aggression.....	17
3.3.6	Folgen der Aggressionsereignisse .....	17
3.3.7	Massnahmen bei Aggressionsereignissen.....	18
3.4	Präventive Massnahmen und Interventionen.....	21
3.5	Zusammenfassung.....	22
<b>4</b>	<b>Fragestellung und Hypothesen .....</b>	<b>24</b>
<b>5</b>	<b>Methodik .....</b>	<b>26</b>
5.1	Beschreibung der Stichprobe.....	26
5.2	Erhebungsinstrument.....	27
5.3	Gütekriterien.....	29
5.4	Vorgehen.....	30
5.4.1	Pilotstudie .....	30
5.4.2	Ethische Überlegungen .....	30
5.4.3	Instruktion .....	30
5.4.4	Erhebung .....	31
5.4.5	Datenaufbereitung und -auswertung.....	31
5.4.6	Präsentation .....	32
5.5	Methodische Probleme .....	32
5.5.1	Erfassung .....	32
5.5.2	Fragebogen .....	33
5.5.3	Sample .....	33

---

<b>6</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>34</b>
6.1	Häufigkeit der Aggressionsereignisse	34
6.2	Charakteristika der Aggressionsereignisse	35
6.2.1	Aggressoren	35
6.2.2	Zeitpunkt und Ort des Vorfalls	37
6.2.3	Auslöser der Aggression	38
6.2.4	Mittel der Aggression	40
6.2.5	Ziele der Aggression	41
6.2.6	Konsequenzen der Aggression	42
6.2.7	Getroffene Massnahmen	42
6.2.8	Schweregrad der Aggressionsereignisse	42
6.3	Vergleich der Spitaltypen	43
6.3.1	Auslöser der Aggression	46
6.3.2	Mittel der Aggression	46
6.3.3	Ziele der Aggression	48
6.3.4	Konsequenzen der Aggression	48
6.3.5	Getroffene Massnahmen	49
6.4	Vergleich Einzugsgebiet (Stadt / Land)	51
<b>7</b>	<b>Diskussion</b>	<b>55</b>
7.1	Diskussion der Ergebnisse	55
7.2	Ableitung möglicher Massnahmen	62
7.3	Kritische Betrachtung und weiterführende Fragen	64
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>67</b>
<b>9</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>72</b>
<b>10</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>72</b>
<b>11</b>	<b>Anhang</b>	<b>73</b>
11.1	Fragebogen SOAS-R*	74
11.2	Infoblatt zum SOAS-R*	75
11.3	Powerpointpräsentation Infoveranstaltung	76
11.4	Statistische Auswertungen	77

## 2 Einleitung

Gewalt und Aggression sind Ursachen vieler Gesundheitsprobleme. Eine Form davon ist die Gewalt am Arbeitsplatz. Das Interesse an der Thematik hat in den letzten 30 Jahren stark zugenommen und eine Vielzahl von Artikeln ist publiziert worden (Henry & Ginn, 2002; Wells & Bowers, 2002). Die höchsten Inzidenzraten für Gewalt fand das National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH, US Department, 1996; zit. nach Henry & Ginn, 2002) bei Arbeitenden im Sozial- und Gesundheitsbereich.

Auch aggressives Verhalten gegenüber Pflegepersonal hat zugenommen (May & Grubbs, 2002; Rippon, 2000). Ob diese Erhöhung nun ein Abbild der Zunahme der Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft allgemein ist (May & Grubbs, 2002) oder ob diese auf spezifische Ursachen wie längere Wartezeiten, ungenügende Sicherheitssysteme oder die Veränderungen in den Gesundheitsleistungen, zurückzuführen sind (Jones & Lyneham, 2000), kann nicht genau festgestellt werden.

In der psychiatrischen Pflege thematisiert man Gewalt durch Patienten<sup>1</sup> gegenüber Mitarbeitern schon länger. Im Akutspital hingegen gibt es wenig Untersuchungen dazu, obwohl auch dort Gewalt ein weit verbreitetes Thema ist (Winstanley & Whittington, 2002).

Ob Mitarbeiter auf Notfallstationen im Vergleich zu anderen Spitalbereichen vermehrt Attacken ausgesetzt sind, sind sich die Autoren nicht einig. Hesketh et al. (2003) fanden die höchsten Prozentzahlen im Psychiatrie- und Notfallbereich, während bei Whittington, Shuttleworth und Hill (1996) jede Spitalsparte etwa gleich stark betroffen war. Gewalt ist ein Problem für viele Pflegenden, wie Needham (2001a) durch seine Befragung auf Deutschschweizer Notfallstationen feststellte. Auch internationale Daten zeigen, dass die meisten Pflegenden im Laufe ihrer Tätigkeit Erfahrungen mit gewaltsamen Übergriffen machen (Mahoney, 1991; O'Connell, Young, Brooks, Hutchings & Lofthouse, 2000).

Die Folgen für Mitarbeiter, die angegriffen wurden, sind vielschichtig: Psychischer, physischer, aber auch sozialer Natur. Nicht nur die Gesundheit und Sicherheit des Pflegepersonals werden bedroht, sondern auch dessen Zufriedenheit im Beruf nimmt ab (Hesketh et al., 2003). Croker und Cummings (1995) haben in ihrer Untersuchung einen kumulativen

---

<sup>1</sup> Zugunsten der Lesbarkeit wird auf die Differenzierung der männlichen und weiblichen Wortformen verzichtet. Im gesamten Text finden die männlichen Wortformen Verwendung, die gleichzeitig für beide Geschlechter gelten.

Effekt beobachtet: Je mehr Aggression eine Person erlebt hat desto stärker sind ihre Reaktionen auf erneute Vorfälle.

Aggressionsereignisse haben nicht ausschliesslich Konsequenzen für die Mitarbeiter, sondern auch für die Patienten, da die Pflegequalität abnimmt und die Patienten-Mitarbeiter-Interaktion beeinträchtigt wird (Arntz & Arntz, 2001).

Während für die psychiatrischen Kliniken in der Schweiz Daten zu Aggressionsereignissen vorliegen, sind sie für Notfallstationen von Akutspitälern rar. Neben der Tatsache, dass Aggression für viele Pflegende im Berufsalltag ein Problem darstellt, hat sie auch vielschichtige Auswirkungen auf Spitalmitarbeiter und Patienten. Aus diesem Grund ist eine Untersuchung der Thematik wichtig.

## 3 Theoretischer Hintergrund

Im ersten Teil dieses Kapitels soll der Begriff „Aggression“ definiert, verschiedene Formen davon unterschieden und Erklärungsmodelle zur Entstehung von Aggressionen diskutiert werden. In einem zweiten Teil wird auf die Häufigkeit von Aggressionsereignissen eingegangen, dann folgen verschiedene Charakteristika, welche die Vorfälle beschreiben. Abschliessend werden mögliche präventive Massnahmen und Interventionen aufgelistet. Das gesamte Kapitel bezieht sich auf die aktuelle Literatur zur Thematik.

### 3.1 Der Aggressionsbegriff

Das Wort „Aggression“ kommt aus dem Lateinischen und umfasst laut Fremdwörterbuch (Buch und Zeit Verlagsgesellschaft, 1994, S. 44) die Begriffe *„gereizte Einstellung, Angriffsverhalten“* bis hin zu *„offener Feindseligkeit“*. Das „Duden Lexikon A-Z“ (Meyers Lexikonredaktion, 1995, S.20) nennt neben dem erwähnten Angriffsverhalten auch noch *„feindselige Haltung eines Menschen“*.

Schon diese einfachen Beschreibungen deuten auf die Komplexität des Begriffs hin. Er umfasst nicht nur ein Verhalten, sondern das ganze Spektrum einer Haltung, resp. Einstellung eines Menschen bis hin zu einer Tat.

Aggression wird auf unterschiedliche Weise definiert, so z.B. aus verschiedenen Perspektiven: Aufgrund des Handlungsinhaltes, der Intention und dem Ziel, das verfolgt wird oder aus der Sicht der geschädigten Person.

1. Aggressionsdefinition bezogen auf den Handlungsinhalt:

*„Aggressivität umfasst das Spektrum von leichter Gereiztheit, Verbalaggressivität, Gewalt gegen Gegenstände, Autoaggression, Tätlichkeit und körperliche Gewaltanwendung bis hin zu unkontrolliertem Toben...“ (Pajonk, 2001, S. 206)*

2. Aggressionsdefinition aufgrund der Intention und dem Ziel das verfolgt wird:

*Aggressives Verhalten beinhaltet „jede Form des Verhaltens, die darauf angelegt ist, eine Person gegen ihren Willen zu schädigen oder zu verletzen“.*  
(Breakwell, 1997/1998, S.19-20)



### 3. Aggressionsdefinition aus der Sicht der geschädigten Person:

*„Aggression liegt dann vor, wenn sich eine Person bedroht, angegriffen oder verletzt fühlt“. (Steinert, 1995; zit. nach Richter, 1999, S. 17)*

Dieser Arbeit wird die Definition von Morrison (1990) zugrunde gelegt, da das verwendete Erhebungsinstrument (SOAS-R) darauf basiert. Sie orientiert sich ebenfalls, wie die dritte Kategorie, an den Folgen für die angegriffene Person, ob sie bedroht worden oder zu Schaden gekommen ist.

*„Aggressives Verhalten umfasst jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten / die Patientin selbst, andere Personen, deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind“. (Morrison, 1990; zit. nach Nijman et al., 1999, S. 208<sup>2</sup>)*

Diese Aggressionsdefinition ist umfassend, da sie verbales, nonverbales und körperliches Verhalten mit einschließt. „Körperlich aggressiv“ ist klarer zu definieren, da es von aussen auf Grund der Tat oder des Schadens beobachtet werden kann. Schwieriger vom nicht aggressiven Verhalten abzugrenzen ist, verbale und nonverbale Aggression. Ob ein Verhalten, eine Ausdrucksweise, eine Geste als aggressiv eingestuft und als bedrohlich erlebt wird, ist mitunter von der subjektiven Wahrnehmung der „angegriffenen“ Person abhängig. So kann die gleiche Situation für den Einen bedrohlich wirken, während sie dies für den Anderen noch nicht ist.

In dieser Arbeit wird das Wort „bedrohlich“ im weiteren Sinne verstanden: Es umfasst nicht nur körperlich bedrohliches Verhalten, sondern auch Umstände, die für den Selbstwert, die Integrität und die Würde der angegriffenen Person bedrohlich sind.

#### **3.1.1 Abgrenzung zu ähnlichen Begriffen**

„Aggression“ steht in engem Zusammenhang mit den Begriffen „Selbstbehauptung“ und „Gewalt“.

Bei der Selbstbehauptung besteht eine Person *„auf ihren Rechten oder Meinungen“* (Breakwell, 1997/1998, S. 19). Sich durchsetzen können, ist für Menschen wichtig. Dadurch kann die eigene Identität und Individualität aufrecht erhalten werden. Im Spital hingegen

---

<sup>2</sup> Von den Autoren der Originalversion autorisierte Übersetzung von I. Needham & C. Abderhalden

---

besteht die Gefahr, dass Durchsetzungswille leicht in Aggression umschlagen kann. Dieser Übergang kann fließend verlaufen (Breakwell, 1997/1998).

Die Abgrenzung der Begriffe „Aggression“ und „Gewalt“ ist ebenfalls schwierig, da sie in der Alltagssprache oftmals synonym verwendet werden.

Ruthemann (1993; zit. nach Falk & Kerres, 2001) wie auch Saines (1999) sind der Ansicht, dass bei der Aggression in Abgrenzung zur Gewalt eine Intention zur Schädigung vorliegen muss, während Gewaltanwendung auch unbeabsichtigt stattfinden kann. Breakwell (1997/1998) hingegen legt die Intention der „Gewalt“ und „Aggression“ zu Grunde. Wie die Auflistung der Definitionen im vorhergehenden Kapitel (3.1.1) zeigt, gibt es Aggressionsdefinitionen, die Intention beinhalten und andere, die diese nicht explizit erwähnen. Gewalt und Aggression werden in der Literatur nicht eindeutig und stimmig abgegrenzt. Zur Vereinfachung werden diese beiden Begriffe in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet, wie dies auch sonst in der Literatur häufig gemacht wird (Hislop & Melby, 2003).

### 3.1.2 Wahrnehmung der Aggression

Aggression ist im Kontext der Notfallstation etwas, das bekämpft und möglichst verhindert werden soll. Im Zentrum steht die Sicht der negativen Konsequenzen für die Gesundheit, Sicherheit sowie auch das Wohlbefinden des Personals. Die funktionale Seite der Aggression wie Territorium abgrenzen, Selbstschutz oder gesunder Gefühlsausdruck wird wenig berücksichtigt (Abderhalden, Needham, Friedli, Poelmans & Dassen, 2002). Das Hauptgewicht wird auf die „Aggression als unerwünschtes Phänomen“ gelegt, welches unakzeptierbar und unnötig ist. Entsprechend werden Massnahmen abgeleitet wie aggressives Verhalten eingedämmt oder ganz verhindert werden könnte.

### 3.1.3 Formen der Aggression

Nach Feshbach (1964 / 1970 / 1971; zit. nach Heckhausen, 1989) können drei Formen der Aggression unterschieden werden:

1. **Expressive Aggression**, der nicht beabsichtigte und nicht zielgerichtete Ausbruch von Ärger und Wut.
2. **Instrumentelle Aggression**, bei der die Aggression als Mittel zur Erreichung eines nicht aggressiven Ziels eingesetzt wird.
3. **Feindselige Aggression**, die das Ziel hat die andere Person zu schädigen.

Auf der Notfallstation können alle drei Formen vorkommen. Am häufigsten sind jedoch die expressive und die instrumentelle Aggression. Ein Beispiel für Erstere ist: Ein Patient be-

---

klagt sich lautstark über die langen Wartezeiten. Instrumentelle Aggression ist z.B. dann vorhanden, wenn eine Person eine Drohung ausspricht, um schneller behandelt zu werden.

### 3.1.4 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Aggression

Es gibt verschiedene Erklärungsmodelle zur Entstehung von Aggression: Biologische, ethnologische und psychologische Theorien. Bei Letzteren werden drei Kategorien unterschieden: Triebtheorien, Frustrations-Aggressions-Theorie und soziale Lerntheorien. Die Triebtheorien gehen von der Annahme aus, dass Aggression ein Bedürfnis (ein innerer Trieb) und deshalb nicht gelernt, sondern biologisch determiniert ist. Dieser Trieb hat die Aufgabe, die Art zu erhalten und deren Überleben zu sichern. Jedes Individuum hat nach dieser Theorie eine Disposition zur Aggression. Jedoch ist diese nicht bei jeder Person gleich stark ausgeprägt (Breakwell, 1997/1998).

Die Frustrations-Aggressions-Theorie wurde später, im Jahre 1939, von Dollard entwickelt. Hier ist *„Aggression kein automatisch, im Organismus entstehender Trieb, sondern die Folge von Frustration“* (Heckhausen, 1989, S. 320).

In der dritten Kategorie, sind soziale Lerntheorien, die auf dem theoretischen Hintergrund von Stimulus-Response entstanden. Die beiden einflussreichsten Vertreter dieser Theorien waren Berkowitz und Bandura. Sie gehen davon aus, dass Aggression wie jedes andere Verhalten lernbar ist (Heckhausen, 1989).

Jede dieser drei Erklärungen ist eindimensional und inadäquat um die Komplexität von Aggression zu erfassen oder gar zu erklären. Es muss von einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren ausgegangen werden (Breakwell, 1997/1998).

## 3.2 Häufigkeit von Aggressionsereignissen

Von einem Aggressionsereignis wird gesprochen, wenn eine Person oder eine Gruppe sich aggressiv (im Sinne der Definition von Morrison, 1990, siehe Kap. 3.1.1) verhält. Alle Attacken während eines Aufenthalts auf der Notfallstation werden als ein Aggressionsereignis erfasst.

Das National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH, US Department) stellte 1996 (zit. nach Henry & Ginn, 2002) die höchsten Inzidenzraten für Gewalt bei Arbeitenden im Sozial- und Gesundheitsbereich fest. Auch nach Breakwell (1997/1998) besteht für Mitarbeiter des Gesundheitswesens ein vielfach höheres Risiko erheblich verletzt zu werden, als für andere Personen. Das Paradoxe an dieser Situation ist, dass gerade jene Menschen angegriffen werden, die anderen helfen und sie unterstützen wollen.

---

Ob Mitarbeiter auf Notfallstationen im Vergleich zu anderen Spitalbereichen stärker Aggressionen ausgesetzt sind, sind sich die Autoren nicht einig. Fanden doch Hesketh et al. (2003) in ihrem Vergleich einzelner Pflegespezialisierungen, dass die Inzidenzraten für Gewalt im Psychiatrie- und Notfallbereich am höchsten sind. Hingegen identifizierten Whittington et al. (1996) Gewalt als Problem aller Sparten des Akutspitals.

Aggression und Gewalt sind auch auf Deutschschweizer Notfallstationen ein Thema. So zeigt die Umfrage von Needham (2001a), dass für 88% der befragten Pflegepersonen die Aggression von Patienten gegenüber Mitarbeitern ein Problem darstellt. Davon schätzen 22.1% die Thematik als gross bis sehr gross ein. Internationale Daten zeigen, dass die meisten Pflegenden im Laufe ihrer Tätigkeit auf der Notfallstation Erfahrungen mit Gewalt machen. Mahoney (1991) berichtete, dass 97.7% der befragten US-Amerikanischen Pflegenden, während ihrer beruflichen Laufbahn, angegriffen wurden. O'Connell et al. (2000) untersuchten dieselbe Fragestellung in Australien mit dem Ergebnis, dass 95% der Pflegenden verbale und 80% physische Aggression in den letzten 12 Monaten erlebt hatten. Diese Zahlen zeigen, dass regelmässig Aggressionsereignisse auf Notfallstationen vorkommen. Nun stellt sich die Frage, wie viele sind das und wie häufig sind sie?

Es gibt Studien, die Inzidenzraten von Aggressionsereignissen für den psychiatrischen Bereich, das Akutspital oder für die Notfallstationen speziell berechnet haben. Die Probleme der Vergleiche sind in allen drei Bereichen die selben:

Als Erstes werden die Begriffe „Aggression“, resp. „Gewalt“ unterschiedlich weit gefasst, was dazu führt, dass je nach Definition aggressives Verhalten nur physische Angriffe oder auch verbale Attacken beinhalten kann.

Des Weiteren hat die Lage des Spitals einen Einfluss auf die Häufigkeit von Aggressionsereignissen. Je nach Land, Region, resp. Stadt unterscheiden sich die Kriminalitätsraten, Anzahl der Substanzabhängigen und die Gewaltbereitschaft in der Gesellschaft stark, was das Klientel im Gesundheitsbereich prägt (Levin, Hewitt & Misner, 1998; Schanda & Taylor, 2001).

Drittens stehen zur Erfassung von Aggressionsereignissen mehrere Methoden zur Verfügung. Verschiedene Studien (u.a. Needham, 2001a; Schnieden & Marren-Bell, 1995; Whittington et al., 1996) erfragten retrospektiv die Häufigkeit der Vorfälle auf einen bestimmten Zeitraum bezogen. Dieses Vorgehen hat die Nachteile, dass es eine Verzerrung aufgrund der Vergessensrate gibt, und dass schwerwiegende Ereignisse besser erinnert werden (Breakwell, 1997/1998). Besonders verbale Attacken gehen mit diesem System häufig verloren.

---

Werden hingegen offizielle Reportingsysteme ausgewertet, wird ein grosser Teil der Vorfälle nicht erfasst, da von einem schwerwiegenden Underreporting der Aggressionsereignisse ausgegangen werden muss. Verbale Aggression wird weniger häufig rapportiert, als physische Angriffe. Die höchsten Underreporting-Zahlen dafür liefern Jenkins, Rocke, McNicholl & Hughes (1998) mit 86% nicht rapportierter verbaler Vorfälle, gefolgt von Fernandes et al. (1999) mit 66.6%, Rose (1997) mit 63% und Fernandes et al. (2002) mit 51.4%. Es kann also davon ausgegangen werden, dass etwa zwei Drittel der verbalen Aggressionen nicht weiter rapportiert oder festgehalten werden. Dies könnte unter anderem daran liegen, da diese zur „Normalität“ auf der Notfallstation gehören (Jenkins et al., 1998) oder dass keine adäquaten Meldesysteme für verbale Angriffe vorhanden sind (Rose, 1997).

Auch die physischen Übergriffe werden ungenügend rapportiert: Bei Rose (1997) wurden 20%, bei Fernandes et al. (2002) 36.4% und bei Falk und Kerres (2001) sogar 54% nicht gemeldet. Also könnte hier von einem Underreporting von etwa einem Drittel ausgegangen werden. Ein Grund für die fehlende Rapportierung könnte darin liegen, dass der gewaltsame Übergriff als persönliches Versagen oder Blamage gesehen wird und deshalb ungern dokumentiert wird (Breakwell, 1997/1998; Cembrowicz & Shepherd, 1992). Sicher mit ein Grund für das Underreporting allgemein ist aber, dass viele Pflegenden vom Verständnis ausgehen, dass aggressives Verhalten ihnen gegenüber zum Job gehört (Erickson & Williams-Evans, 2000; Lyneham, 2000).

Eine vierte Schwierigkeit der Vergleiche sind die Bezugsgrössen die für die Inzidenzberechnungen verwendet werden: Werden Anzahl Fälle pro Spitalbett, Anzahl Fälle pro Personal, Anzahl Fälle pro Patienteneintritte oder werden sie überhaupt keiner Grösse gegenüber gestellt (Schanda & Taylor, 2001).

Fünftens zeigt die Untersuchung von Cembrowicz und Shepherd (1992), dass grosse Schwankungen, bei den rapportierten Vorfällen über die Jahre zu verzeichnen sind. So wurden 1985 44 Fälle dokumentiert, während es 1989 nur drei waren. Also kann auch der Erhebungszeitraum einen Einfluss auf die Anzahl erhobener Fälle haben.

Diese Ausführungen zeigen, dass Inzidenzraten für Aggressionsereignisse verschiedener Untersuchungen schwer vergleichbar sind. Besonders Erhebungen aus anderen Spitalbereichen, z.B. der Psychiatrie, sind für den Vergleich wenig sinnvoll, da die Bezugsgrösse anders gewählt wurde (meist Berechnungen pro Bett). Deshalb sollten am ehesten Inzidenzzahlen von anderen Notfallstationen beigezogen werden. Obwohl auch dort wiederum Einschränkungen gemacht werden müssen, z.B. aufgrund kultureller Unterschiede, anderer Kriminalitätsraten oder Einzugsgebiete.

Wie oben erwähnt, werteten Cembrowicz & Shepherd (1992) die rapportierten Vorfälle auf Notfallstationen in Grossbritannien aus und fanden dabei durchschnittlich über 10 Jahre eine Inzidenzrate für Aggressionseignisse von 0.05% (berechnet im Verhältnis zur Anzahl Eintritte pro Jahr). Diese Rate schwankte jedoch über diesen Zeitraum zwischen 0.01% und 0.09%.

Foust (1993) erfasste prospektiv in den USA neun Monate lang alle Vorfälle und ermittelte 19 physische Attacken auf 48'938 behandelte Patienten. Dies entspricht einer Inzidenzrate für Aggressionseignisse (ebenfalls im Verhältnis zu den Patienteneintritten) von 0.04%. Beide Erhebungen berücksichtigen jedoch nur die physischen Angriffe. Bei Graydon et al. (1994) war der Anteil tätlicher Übergriffe 32.5% der Vorfälle. Wird folge dessen etwa von einem Drittel physischer Angriffe ausgegangen, ergäbe sich eine Inzidenzrate für verbale und physische Aggressionseignisse von etwa 0.12% - 0.15% der Zahlen von Cembrowicz & Shepherd (1992), resp. Foust (1993).

Natürlich müsste, entsprechend der Diskussion zum Underreporting, von noch mehr Fällen ausgegangen werden.

### 3.3 Charakteristika von Aggressionseignissen

Aggressionseignisse können aufgrund der folgenden Fragen beschrieben werden, welche verschiedene Charakteristika aufzeigen (siehe Tab.1). In den Unterkapiteln werden diese Fragen anhand der Literatur diskutiert.

**Tab. 1: Charakteristika von Aggressionseignissen**

Wer?	Wann?	Warum?	Wie?	Wogegen?	Welche Folgen?	Wie reagiert?
Aggressor	Zeit	Auslöser	Mittel	Ziel	Konsequenzen	Massnahmen

#### 3.3.1 Aggressor

Wer ist der Angreifer?

Die meisten Untersuchungen stimmen darin überein, dass Männer häufiger die Aggressoren sind als Frauen. Im Akutspital allgemein fanden May und Grubbs (2002) nur einen gering höheren Anteil Männer (50.6%), während es bei Croker & Cummings (1995) 79% und bei Rosenthal, Edwards, Rosenthal & Ackerman (1992) 78% Männer waren. Einzig Foust (1993) untersuchte ausschliesslich Aggressionseignisse auf Notfallstationen, erhielt jedoch dasselbe Resultat: 79% waren Männer.

---

Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Männer eher körperlich tätlich werden, während Frauen früh gelernt haben, dass sie körperlich weniger stark sind und deshalb vor allem eine verbale oder manipulative Strategie bevorzugen (Björkqvist, 1994). Da je nach Definition nur die physische Gewalt erfasst wird, kann sich dieser Umstand direkt auf die Prozentzahlen auswirken. Es wäre also voreilig aufgrund dieser Resultate, Frauen als weniger aggressiv einzustufen als Männer.

Nicht nur Patienten können sich aggressiv verhalten, sondern auch Angehörige, Begleitpersonen, Freunde oder auch Besucher der Patienten.

Am häufigsten waren die Angriffe durch die Patienten selbst, gefolgt von den Freunden und Angehörigen (Jenkins et al., 1998; O'Connell et al., 2000). Auch bei Hesketh et al. (2003) zeigte sich, dass Patienten in den meisten Fällen die Angreifer sind.

Nicht nur einzelne Personen können aggressiv sein, sondern auch ganze Gruppen. Bei mehreren Personen liegt die Verantwortung für aggressives Verhalten nicht komplett beim einzelnen. Deshalb kann das Auftreten aggressiver sein, da sich jeder anonym wähnt (Breakwell, 1997/1998). Dieser Umstand wird durch den Begriff „Verantwortungsdiffusion“ beschrieben: Während eine einzelne Person für ihr Handeln verantwortlich ist, bietet sich bei einer Gruppe deren Aufteilung an. Keiner fühlt sich voll verantwortlich (Bierhoff, 1988/1996).

Es gibt auch Personen, die wiederholt auf derselben Notfallstation durch ihr aggressives Verhalten auffallen und dadurch beim Personal und der Polizei bekannt sind (Cembrowicz & Shepherd, 1992).

### **3.3.2 Aggressionszeitpunkt**

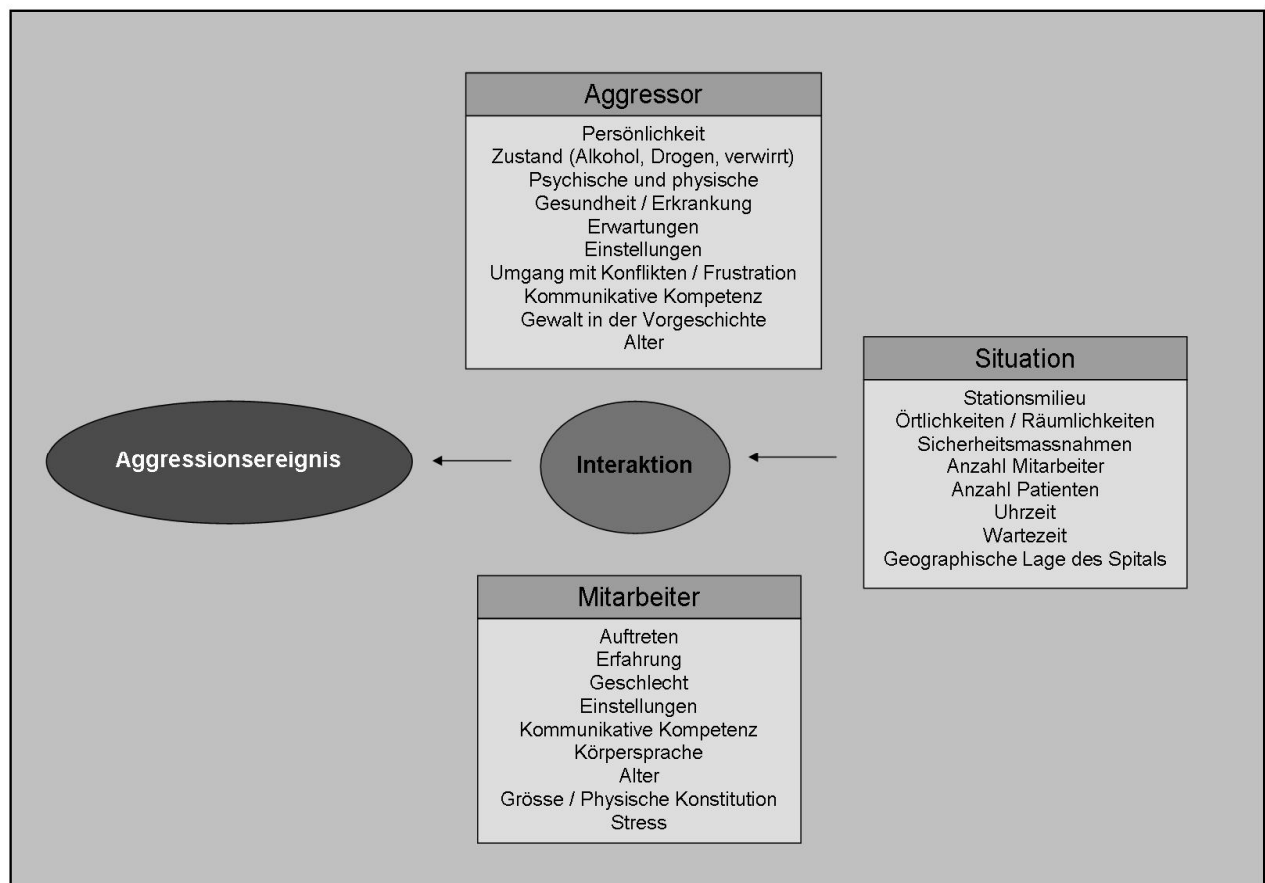
Foust (1993) fand, dass sich Aggressionseignisse auf der Notfallstation in den Abendstunden und in der Nachtschicht häufen. Im Gegensatz dazu verzeichneten stationäre Abteilungen mehr Vorfälle tagsüber, z.B. bei der Hilfe alltäglicher Verrichtungen (Mahoney, 1991). Besonders überfüllt sind Notfallstationen in der Innenstadt in den Nächten von Freitag auf Samstag und von Samstag auf Sonntag (Derlet & Richards, 2000).

### **3.3.3 Ursachen der Aggression**

Welches sind mögliche Auslöser für Aggressionseignisse auf Notfallstationen oder im Akutspital allgemein? Wie im Kapitel 3.1.5 beschrieben wurde, muss von einem Zusammenwirken verschiedener Faktoren ausgegangen werden. Zu dieser Interaktion wurden

verschiedene Modelle aufgestellt (Falk & Kerres, 2001; Levin et al., 1998; MacKey, 1994; zit. nach Richter, 1998): Alle beinhalten die Unterteilung in personale und situative Faktoren.

Auf diesen Grundlagen basierend wurde ein eigenes Modell zur Entstehung von Aggressionsereignissen auf Notfallstationen zusammengestellt (siehe Abb.1). Darin wird unterschieden zwischen den Faktoren Aggressor, Mitarbeiter und den situativen Rahmenbedingungen, die an der Entstehung aggressiven Verhaltens mitwirken können.



**Abb. 1: Faktoren zur Entstehung von Aggressionsereignissen**

Modell abgeleitet aus 3 Modellen: Modell der Faktoren, die zur Entstehung von Aggressionsereignissen beitragen (Levin et al., 1998, S. 251); Grundlagenmodell zur Erklärung aggressiven Verhaltens (Falk & Kerrers, 2001, S. 27) und dem Modell zur Entstehung von Gewalt (MacKey, 1994; zit. nach Richter, 1998, S. 120).

Wenn bei Untersuchungen den Auslösern von Aggressionsereignissen nachgegangen wurde, befragte man meistens das Pflegepersonal, welche Ursachen sie vergangenen Aggressionsereignissen zuschreiben und welche sie davon am häufigsten halten.



---

Pflegende auf Notfallstationen in Grossbritannien und Irland fanden, dass Alkohol, Drogen und die Wartezeiten aggressives Verhalten fördern (Jenkins et al., 1998). Auch Lyneham (2000) eruierte durch seine Befragung in Australien die gleichen drei Hauptfaktoren.

„Alkohol wirkt beruhigend auf das Zentralnervensystem, hilft Angst und Hemmungen zu überwinden, Minderwertigkeitsgefühle, Spannungen und Furcht vor dem Versagen zu verringern, Freude zu verstärken und Einsamkeit zu mindern“ (Beratung und Therapie online, 2002). Während geringe Alkoholmengen anregend und stimmungssteigernd sind, schlägt der Konsum höherer Dosen oft von heiterer Stimmung in Gereiztheit und Gewalt um (Deutsche Hauptstelle für Sucht, 2004). Auch Wells und Graham vom Centre of Addiction and Mental Health, London (2003; zit. nach Themenservice Alkohol, 2003), fanden in ihren Untersuchungen, dass das Ausmass des Rauschzustandes ein wichtiger Prädiktor für die Heftigkeit des aggressiven Verhaltens ist. Giancola (2003; zit. nach Themenservice Alkohol, 2003) schränkt dem gegenüber jedoch ein, dass Alkohol zwar in Zusammenhang mit Aggressivität steht, doch steigert der Alkoholkonsum vor allem bei jenen Personen die Aggression, die eine ausgeprägte Disposition dafür haben. Wie der Zusammenhang zwischen Alkohol und aggressivem Verhalten ist, wer, und bei welcher Dosis jemand aggressiv wird, kann in dieser kurzen Auflistung nicht geklärt werden. Sicher ist, dass Mitarbeiter von Notfallstationen häufig von Personen angegriffen werden, die unter Alkohol- und / oder Drogeneinfluss stehen. Bei Mahoney (1991) ist dies bei mehr als der Hälfte der Ereignisse vorgekommen.

Zu Wartezeiten kommt es auf der Notfallstation, wenn viele Patienten gleichzeitig vor Ort eintreffen und eine Behandlung wünschen. Derlet und Richards (2000) nennen verschiedene Faktoren, die zu vermehrten Wartezeiten führen: U.a. mehr und komplexere Patienten, Engpässe bei den Untersuchungen (Labor, Röntengeräten etc.), zu kleine, enge Behandlungseinheiten (Betten, Sitzplätze), mehr administrative Aufwendungen, zu wenig Personal für eine grosse Anzahl Patienten, zunehmende Probleme mit der sprachlichen Verständigung und Kulturunterschiede.

Während der Wartezeiten prallen zwei Sichtweisen aufeinander. Die Perspektive des Patienten, der auf die Notfallstation kommt, mit dem Wunsch nach sofortiger und rascher Behandlung. Muss er warten, fühlt er sich mit seinem Problem nicht ernst genommen und wird verärgert. Die Sicht der Mitarbeiter hingegen ist, dass manche Patienten keine direkten „Notfallpatienten“ sind, und entsprechend nach den „wirklich lebensbedrohlich“ Verletzten behandelt werden (Akerström, 1997). Dies führt bei den Patienten zu Unzufriedenheit, Frustration und schlussendlich zu Aggression (Derlet & Richards, 2000).

Weitere Auslöser für aggressives Verhalten können psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie, Manie, agitierte Depression, Demenzen etc., aber auch neurologische (Schädel-Hirn-Trauma, entzündliche Hirnerkrankungen, Oligophrenie etc.), internistisch-endokrinologische (u.a. Hyperthyreose, Hypoglykämie) oder auch pharmakologische Ursachen (Kortikosteroide, Antibiotika etc.) sein (Pajonk, 2001; Presley & Robinson, 2002).

Aber auch die Institution kann aggressives Verhalten fördern. Dazu zählt NIOSH (2002; zit. nach McPhaul & Lipscomb, 2004): Wenig Personal zu den Hauptstosszeiten, überfüllte und unkomfortable Warteräume, ungenügende Sicherheitsmassnahmen und allgemein schlechte Bedingungen wie enge Räume und Korridore oder zu wenig Parkplätze.

In einem Akutspital unterscheiden sich Patienten und Angehörige bezüglich Auslösefaktoren laut der Befragung von May und Grubbs (2002) wie folgt: Während bei Patienten Hirnverletzungen, Demenzen, Entwicklungsstörungen (79.1%) und der Substanzmissbrauch (60.5%) die häufigsten Ursachen sind, spielt bei den Angehörigen der Ärger über gewisse Dinge eine grosse Rolle. Ärger über Patientensituationen oder Konditionen (58.1%), Ärger über lange Wartezeiten (47.4%) und Wut über das Gesundheitssystem (46.5%). Dann erst folgt bei ihnen der Substanzmissbrauch (22.1%).

### 3.3.4 Mittel der Aggression

Die Definition von Morrison (1990), der dieser Arbeit zugrunde liegt, unterscheidet zwischen drei Formen von aggressivem Verhalten: Das verbale, nonverbale und körperliche Verhalten. Was diese Kategorien konkret beinhalten können, wird in der folgenden Tabelle (2) zusammengefasst.

An dieser Aufzählung lässt sich erkennen, wie breit das Spektrum von aggressiven Verhaltens- und Ausdrucksweisen ist. Es geht über *„leichte Gereiztheit, Verbalaggressivität, Gewalt gegen Gegenstände, Autoaggression, Tätlichkeit und körperliche Gewaltanwendung bis hin zu unkontrolliertem Toben“* (Pajonk, 2001, S. 206).

Die verbale Aggression ist die häufigste Form der Attacke. Graydon et al. (1994) fanden in ihrer Untersuchung, dass etwa zwei Drittel rein verbale Angriffe sind. Fast immer folgen aber den verbalen auch körperliche Attacken. Die Fälle mit der Kombination beider Verhaltensweisen betragen bei Graydon et al. (1994) 22.5% und 10% waren ausschliesslich physische Angriffe. Auch bei Schnieden und Marren-Bell (1995) ergaben die Untersuchungen, dass 86.6% der Vorkommnisse verbale Gewalt beinhalteten. Diese umfassten zu 48.6% Unanständigkeiten, 28.1% ungerichtete Drohungen und eine relativ geringe Zahl an Dro-

hungen, die sich konkret gegen eine Person richteten (7.9%) oder eine sexuelle Belästigung beinhalteten (7.9%).

**Tab. 2: Beispiele für aggressives verbales, nonverbales und körperliches Verhalten**

Verbale Aggression	Nonverbale Aggression	Körperliche Aggression
Beschimpfung	Gestik	Packen
Anschreien	Körpersprache	Schlagen
Beschuldigung	Gebärden	Kneifen
Verfluchen		Spucken
Beleidigen		Treten
Erniedrigen		Stossen
Drohen (mündlich / schriftlich)		Schütteln
Verbale sexuelle Belästigung		Beissen
Rassistische Bemerkungen		Würgen
Einschüchterung		Kratzen
		An den Haaren reissen
		Werfen von Gegenständen
		Beschädigen von Gegenständen
		Einsatz einer Waffe
		Türe zuschlagen
		Körperliche sexuelle Belästigung

In Anlehnung an die Liste von Glaus, 2003, Anhang 11

Oft werden Waffen mit aggressiven Übergriffen in Verbindung gebracht. Sie machen jedoch nur einen kleinen Prozentsatz aus (Mahoney, 1991). Goetz, Bloom, Chenell und Moorhead (1991) durchsuchten Patienten einer Notfallstation nach Waffen. Bei 0.2% aller Patienten fanden sie Dinge, die als Waffen bezeichnet werden können: 86% davon waren Messer, 12% gefährliche Gegenstände wie Rasiermesser, Schlagstöcke oder Gummiknüppel und nur 1% davon waren Feuerwaffen. Weitere Dinge, die zur Schädigung oder Bedrohung eingesetzt werden können, sind Teile der Spitaleinrichtung (Cembrowicz & Shepherd, 1992) oder auch infizierte Spritzen (Lyneham, 2000).

Je nachdem wer der Angreifer ist, steht eine andere Form der Aggression im Vordergrund. Die Patienten sind vor allem für verbale und physische Angriffe verantwortlich, während Angehörige und Freunde neben der verbalen Aggression oft auch auf die Einschüchterung der Mitarbeiter ausgerichtet sind (O'Connell et al., 2000).

### 3.3.5 Ziele der Aggression

Wer oder was Ziel eines Angriffs ist, wird in der Literatur nur spärlich beschrieben. Richter (1999) stellte fest, dass Pflegepersonen in einer Psychiatrischen Klinik im Vergleich zu anderen Mitarbeitern, vermehrt Aggressionen ausgesetzt sind. Dies führt er darauf zurück, dass Pflegende die meiste Zeit mit den Patienten verbringen. Cembrowicz und Shepherd (1992) untersuchten die gleiche Fragestellung auf den Notfallstationen und fanden ebenfalls, dass in 60% der Fälle Pflegepersonal Ziel des Angriffs war.

In 19% waren es Ärzte, 8% der Sicherheitsdienst und ebenfalls gleich häufig das Ambulanzpersonal. In 3% der Fälle wurde die Polizei und bei 1% das Empfangspersonal angegriffen.

### 3.3.6 Folgen der Aggressionsergebnisse

Die Folgen für die angegriffenen Mitarbeiter sind vielschichtig: Psychischer, physischer aber auch sozialer Natur. Sie werden in sofortige, mittel- und langfristige Folgen eingeteilt.

Direkt nach dem Aggressionserlebnis folgt zuerst eine Phase der Depression. Sie ist gekennzeichnet durch Hoffnungslosigkeit und Unglauben über das Geschehene (Breakwell, 1997/1998). Wir Menschen gehen von der persönlichen Unverwundbarkeit aus. Kommt es dann trotzdem zu einem Übergriff auf die eigene Person, wird dieses Konzept stark in Frage gestellt (Richter, 1998), was zu Erschütterung und Verwirrung führen kann.

Neben solchen unmittelbaren Folgen können aber auch mittel- und langfristig psychische und physische Reaktionen auf Aggressionsergebnisse auftreten.

In der Literatur wird eine Vielzahl von Emotionen aufgezählt. Besonders häufig wurden Frustration, Wut und Angst genannt. Aber auch Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit und Verwirrung über die Situation, können Begleiterscheinungen sein (Chambers, 1998; Levin et al., 1998; Fernandes et al., 2002; May & Grubbs, 2002; O'Connell et al., 2000). Manche Mitarbeiter fühlen sich nach einem Angriff energielos und müde (Wykes & Whittington, 1991). Auch Schuldgefühle können auftreten, besonders nach verbalen Übergriffen (O'Connell et al., 2000).

Die Folgen eines Aggressionsergebnisses können sich auch körperlich auswirken:

Erstens als direkte Konsequenz eines physischen Angriffs. Die meisten Attacken bleiben zum Glück ohne schweren Folgen (Richter, 1998). Duchateau, Bajolet-Laplante, Chollet, Ricard-Hibon und Marty (2002) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass 49% der tätlichen Angriffe keine körperlichen Konsequenzen hatten. 40% der Attackierten zogen sich eine

---

Quetschungen oder Prellungen zu, 9% hatten Schmerzen und 2% trugen eine Fraktur davon. Cembrowicz und Shepherd (1992) meinen, dass neben oberflächlichen Schnittwunden, Schürfwunden und Kontusionen die häufigsten Verletzungen seien.

Körperliche Erkrankungen können auch eine indirekte Folge verbaler, resp. physischer Aggression sein. Genannt wurden dazu Kopfschmerzen, Magenschmerzen, Schlafprobleme und Muskelverspannungen (Fricke, 1998; Wykes & Whittington, 1991).

Etwa 20% der betroffenen Mitarbeiter musste sich nach dem Angriff krankschreiben lassen (O'Connell et al., 2000).

Neben den psychischen und physischen Reaktionen konnten weitere Folgen beobachtet werden: Verschiedene Personen hatten den Wunsch zu Rauchen, Alkohol oder Drogen zu konsumieren oder Medikamente einzunehmen (O'Connell et al., 2000; Wykes & Whittington, 1991).

Bei den meisten Pflegenden führte ein Übergriff dazu, dass die Freude an der beruflichen Tätigkeit abnahm, manche bekamen ein professionelles Burnout und für andere war es mit ein Grund die Arbeitsstelle zu wechseln. (Fernandes et al., 1999; Keough, Schlomer & Boltenberg, 2003; Levin et al., 1998; O'Connell et al., 2000).

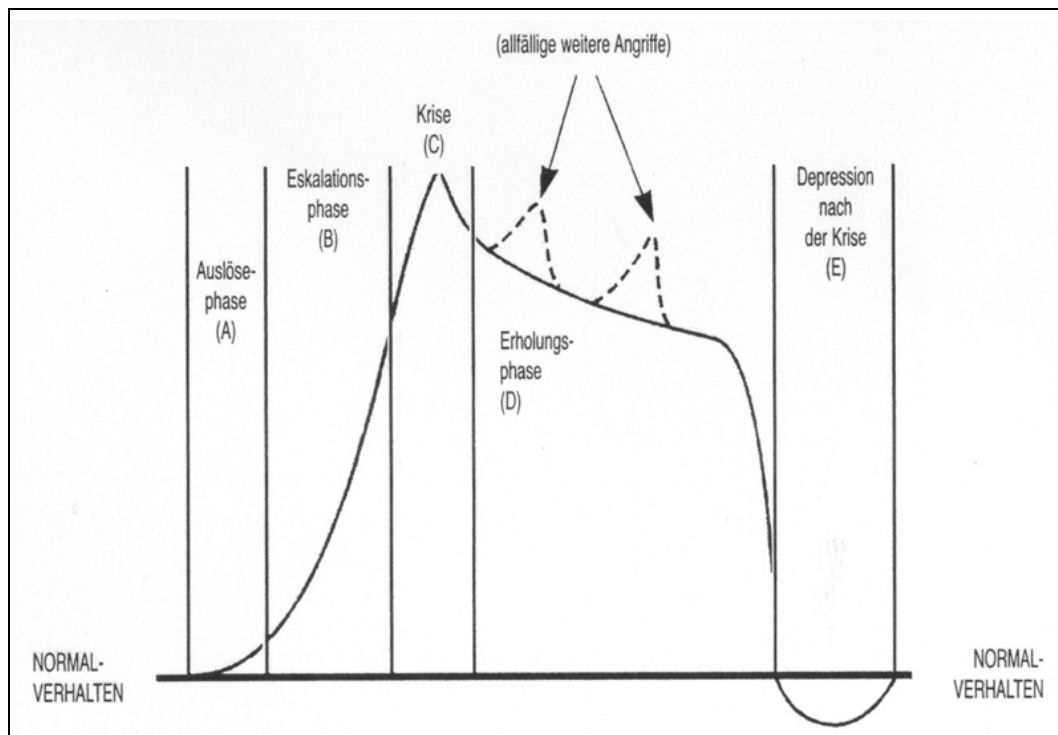
Croker und Cummings (1995) beobachteten in ihrer Untersuchung einen kumulativen Effekt: Je mehr Ereignisse eine Person erlebt hatte, desto stärker waren ihre Reaktionen auf erneute Vorfälle.

### **3.3.7 Massnahmen bei Aggressionseignissen**

Welche Massnahmen innerhalb eines Aggressionseignisses getroffen werden können, werden in der Fachliteratur wenig beschrieben. Nach Breakwell (1997/1998) kann jedoch ein typischer Verlauf eines Aggressionseignisses aufgezeichnet werden (siehe Abb.2), bei dem je nach Phase, andere Interventionen möglich sind.

#### **1. Auslösungsphase**

Jeder Mensch verfügt über eine Grundausstattung von Verhaltensweisen, die meist nicht aggressiv sind. Die Auslösephase ist der Moment, in welchem eine Person, aufgrund eines bestimmten Auslösers, von ihren normalen Handlungsweisen abweicht. Diese Veränderungen können sich in verbalem und nonverbalem Verhalten äussern, z.B. unterbrechen in einem Satz, nicht zuhören, Weigerung sich zu setzen, kein Augenkontakt. Je weniger man die Person kennt, desto schwieriger sind solche Veränderungen zu erkennen.



**Abb. 2: Typische Angriffsphasen nach Breakwell (1997/1998, S. 56)**

## 2. Eskalation

Die zunehmend aggressive Person weicht immer stärker und offensichtlicher von ihren normalen Grundverhaltensweisen ab: Z.B. durch hin und her gehen, erhöhte Sprechgeschwindigkeit und Lautstärke. In dieser Phase werden Handlungen anderer Personen leicht fehlgedeutet, z.B. Mimik, Gestik, Körperhaltungen.

In diesen ersten Phasen ist die aggressive Person noch zugänglich für Interventionen. Werden die beschriebenen Verhaltensänderungen wahrgenommen, können Mitarbeiter auf das eigene Verhalten achten und zu diesem Zeitpunkt schon beruhigend (z.B. durch gelernte Deseskalationsmassnahmen) eingreifen. Garnham (2001) stellte eine Liste der Veränderungen, die auf Ärger, Frustration und Aggression schliessen lassen, zusammen (siehe Tab.3).

## 3. Krise (kann bis zu 90 Minuten dauern)

Die aggressive Person wird zunehmend physisch und psychisch erregt und die Kontrolle über aggressive Impulse wird schwächer. Es kommt zur Eskalation z.B. durch Werfen von Gegenständen oder tätliche Angriffe.

Kommt es zum Ausbruch der Krise, sind Interventionen kaum noch möglich, verbale Argumentation oder Konfrontation heizen die Situation nur noch mehr an. Im Zentrum steht: Sich

selber in Sicherheit bringen. Gegebenenfalls muss Hilfe herbeigezogen werden, z.B. durch Alarmierung des Sicherheitsdienstes oder der Polizei (Levin et al., 1998).

**Tab. 3: Verhaltensveränderungen, die auf Ärger, Frustration und Aggression hindeuten**

	Verhalten
Stimme	Zitternde, weinerliche Stimme
Atem	Stossender Atem
Gesicht	Blässe, Grimassen schneiden
Augen	Augenkontakt vermeiden, Starren
Sprache	Stammeln, erhöhte Lautstärke, schnelle Sprache
Zähne	Zähne knirschen oder zusammen beißen
Hände	Sich selbst oder Einrichtungsgegenstände schlagen
Motorik	Auf und ab gehen, an etwas herumzupfen, Körper hin und her wiegen, übertriebene Gestik, nervöses Klopfen, schnelle und ruckartige Bewegungen, punktierte Handbewegungen, stampfen, schaukeln
Körper	Zittern, sich abwenden, vorlehnen, zu nahe stehen, sich in der vollen Grösse aufrichten, abwehrende Haltung einnehmen, Kopf senken
Verhalten	Unhöfliches, verletzendes und herausforderndes Verhalten, wiederholen, unterbrechen beim Sprechen, Verweigerung zuzuhören oder zu sprechen, provozierende Aussagen, ausgedehntes Fluchen, Sarkasmus, weinen, unangepasstes Lachen

In Anlehnung an die Auflistung von Garnham (2001 „Identifying behaviors in anger, violence and aggression“, S. 39)

#### **4. Erholung**

Die Person kehrt nach dem Gewaltakt wieder langsam zu ihren normalen Grundverhaltensweisen zurück. Sie ist jedoch in dieser Phase besonders empfindlich für neue Auslösefaktoren, was zum Rückfall in die Krise führen kann.

#### **5. Depression nach der Krise**

In der Phase der Depression wird der aggressiven Person bewusst, was abgelaufen ist, Erschöpfung, Reue aber auch Scham kann über sie kommen.

In den Phase 4 und 5 kann wieder auf gelernte Massnahmen wie Beruhigung und Konfliktmanagement zurückgegriffen werden, um die Situation zu entschärfen oder auch Probleme zu klären und mögliche Lösungen zu suchen.

Nicht nur die aggressiv gewordene Person braucht Betreuung und Massnahmen, sondern auch die involvierten Mitarbeiter.

Pflegende wurden durch May und Grubbs (2002) befragt, was sie sich nach einem Vorfall wünschten: 68.6% möchten ein obligatorisches Reportingsystem für physische Angriffe und Drohungen, 54.7% wünschten eine Entfernung der gewalttätigen Person von der Notfallstation und 47.7% wären froh, wenn sie nach dem Ereignis sofort die Erlaubnis bekämen, die Schicht zu verlassen. Das individuelle Debriefing wurde von 52.3% gewünscht. Es sollte Informationen zum möglichen Verlauf und den Folgen, sowie das Behandlungsangebot beinhalten (Levin et al., 1998). Interessant ist jedoch, dass mehr als 90% der befragten Personen bei Needham (2001a), trotz bestehendem Angebot, kein Debriefing in Anspruch nahmen.

### 3.4 Präventive Massnahmen und Interventionen

In der Literatur werden, um Aggressionsereignissen vorzubeugen, verschiedene Präventionsmassnahmen aufgeführt. May und Grubbs (2002) eruierten durch ihre Befragung drei Schwerpunkte: Speziell trainiertes Sicherheitspersonal, Schulungen und andere Sicherheitsmassnahmen (z.B. Notrufknöpfe, Metalldetektoren).

**Tab. 4: Schulungsinhalte um Aggressionsereignissen vorzubeugen**

Allgemeine Informationen	Präventive Massnahmen	Interventionsmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Konfliktmanagement</li> <li>• Kommunikationstraining</li> <li>• Gesetzliche Grundlagen</li> <li>• Umgang mit eigener Aggression</li> <li>• Stressreduzierende Übungen</li> <li>• Umgang mit kritischen Situationen allgemein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beurteilungskriterien drohender Gewalttätigkeit</li> <li>• Wissen über Ursachen von Aggression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseskalationstechniken</li> <li>• Selbstverteidigungstechniken</li> <li>• Pflegerische Interventionstechniken</li> </ul>

In Anlehnung an verschiedene Autoren (Fuchs, 1998; Levin et al., 1998; May & Grubbs, 2002; Smith-Pittman & McKoy, 1999)



---

Schulungen sollen allgemeine Informationen zu Aggression, präventive Massnahmen, aber auch Interventionsmöglichkeiten bei Aggressionsereignissen beinhalten (siehe Tab.4).

Die Untersuchung von Lyneham (2000) zeigte, dass in Australien in städtischen Spitälern knapp 50% des Personals auf Kosten der Institution zum Thema Aggression geschult wurden, während es in ländlichen Gebieten nur 19% waren.

Als weitere Präventionsmassnahme wurde speziell trainiertes Sicherheitspersonal gewünscht (May & Grubbs, 2002). Dies kann dauernd präsenten Wachpersonal sein oder Sicherheitspersonal, das im Falle einer Eskalation zu Hilfe geholt werden kann (Levin et al., 1998). Auch Notrufsysteme (z.B. Alarmknopf), Sicherheitsglas oder Metalldetektoren (Fuchs, 1998; Levin et al., 1998; May & Grubbs, 2002) sind häufig genannte Punkte. Jenkins et al. (1998) stellten fest, dass in den meisten Fällen Notrufknöpfe und Videoüberwachungskameras eingesetzt werden.

Wie diese Auflistung zeigt, können verschiedene Massnahmen durch die Institutionen getroffen werden. Ein adäquates und obligatorisches Reportingsystem ist aus mehreren Gründen auf jeden Fall sinnvoll: Um zu erfassen, wie häufig das Problem im Spital vorkommt, um betroffenen Mitarbeitern ein Betreuungsangebot machen zu können und nicht zuletzt um den Erfolg von Interventionen beurteilen zu können. Jenkins et al. (1998) fanden, dass in Grossbritannien und Irland auf 61% der untersuchten Notfallstationen keine schriftlichen Richtlinien bestanden, wie mit Aggressionsereignissen umgegangen werden soll.

### **3.5 Zusammenfassung**

Aggression ist ein Begriff, der im Alltag häufig verwendet und von den meisten Menschen verstanden wird. Trotzdem zeigt die Diskussion, dass dieser Begriff nicht einheitlich definiert wird, sehr unterschiedliche Inhalte haben kann und schwer von anderen Wörtern abzugrenzen ist. Aggressives Verhalten kann von einer Haltung, bis hin zu einer Tat reichen. Verschiedene Ziele können damit verfolgt werden: Expressive, instrumentelle oder feindselige.

Um die Entstehung von Aggression zu erklären muss von einem mehrdimensionalen Modell ausgegangen werden, bei dem verschiedene Faktoren zusammenwirken.

Der Verlauf eines Aggressionsereignisses kann in typische Phasen unterteilt werden, welche unterschiedliche Massnahmen und Verhaltensweisen der Mitarbeiter fordern. Auf jeden Fall wird aggressives Verhalten auf der Notfallstation als etwas Negatives angesehen, das bekämpft und möglichst verhindert werden soll.

Die Erläuterungen zeigen, dass Untersuchungen zur Häufigkeit der Vorfälle auf Notfallstationen selten sind und die Vergleiche der Inzidenzraten der Aggressionsereignisse Probleme mit sich bringen.

Unterschiedliche Personen können Aggressoren sein, multiple Auslöser können zu aggressivem Verhalten führen und nicht jedes Mittel wird gleich häufig eingesetzt. Auch die Ziele, die Konsequenzen und die getroffenen Massnahmen sind ebenfalls vielzählig.

## 4 Fragestellung und Hypothesen

In der psychiatrischen Pflege thematisiert man Gewalt durch Patienten gegenüber Mitarbeitern schon länger. Obwohl auch in Akutspitälern Aggression ein weit verbreitetes Problem ist, gibt es verhältnismässig wenige Untersuchungen in diesem Bereich (Winstanley & Whittington, 2002). Speziell für Notfallstationen sind sehr wenig Daten vorhanden.

Wie der Literaturteil (Kapitel 3) zeigt, sind die Daten aus verschiedenen Spitalsparten, resp. verschiedenen Untersuchungen schwer übertrag-, resp. vergleichbar.

Deshalb soll diese Studie Aggressionsereignisse auf Deutschschweizer Notfallstationen systematisch erfassen und auswerten, um die Lage im Deutschschweizer Kontext zu beschreiben. Aus diesem Grund sind ein grosser Teil der Fragestellungen deskriptiver Natur.

In einem zweiten Schritt werden die gesammelten Daten der einzelnen Spitäler nach Spitaltypen, resp. Einzugsgebieten (Stadt / Land) verglichen. In der folgenden Tabelle (5) sind, die detaillierten Fragestellungen aufgeführt:

**Tab. 5: Forschungsfragen**

1.	Wie häufig sind Aggressionsereignisse auf Notfallstationen?
2.	Welche Charakteristika haben die Aggressionsereignisse auf Notfallstationen? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggressoren?</li> <li>• Zeitpunkt?</li> <li>• Auslöser?</li> <li>• Benützte Mittel?</li> <li>• Ziel der Aggression?</li> <li>• Konsequenzen für das Opfer?</li> <li>• Getroffene Massnahmen?</li> <li>• Schweregrad des Ereignisses?</li> </ul>
3.	Gibt es Unterschiede zwischen der Häufigkeit und den Charakteristika der Aggressionsereignisse auf Notfallstationen bezüglich Spitaltyp, resp. Einzugsgebiet (Stadt / Land)?
4.	In welchem Zusammenhang steht die subjektive Einschätzung des Schweregrads mit dem errechneten Gesamtscore des SOAS-R* für den Schweregrad?

Auf der Grundlage der aktuellen Literatur und der Pilotstudie werden folgende Hypothesen zu den Forschungsfragen abgeleitet (siehe Tab.6):

**Tab. 6: Hypothesen**

1.	Je grösser das Spital, desto höher ist die Inzidenzrate der Aggressionsereignisse auf Notfallstationen.
2.	Ländliche Spitäler haben geringere Inzidenzraten für Aggressionsereignisse auf Notfallstationen im Vergleich zu städtischen Spitälern.
3.	Männliche Patienten sind die häufigsten Aggressoren auf Notfallstationen.
4.	Alkohol und Drogen sind die häufigsten Faktoren, die Aggressionsereignisse auf Notfallstationen begünstigen.
5.	Mehr als zwei Drittel der Aggressionsereignisse auf Notfallstationen sind ausschliesslich verbaler Natur.
6.	Die meisten Angriffe richten sich gegen das Pflegepersonal der Notfallstationen.
7.	Die meisten Aggressionsereignisse auf Notfallstationen haben keine Konsequenzen.
8.	Zwischen 20.00 und 07.00 Uhr fallen die meisten Aggressionsereignisse auf Notfallstationen an.
9.	Am Wochenende (Samstag und Sonntag) ereignen sich die meisten Aggressionsereignisse auf Notfallstationen.
10.	Als häufigste Massnahme nach einem Aggressionsereignis auf der Notfallstation wird das Gespräch gesucht.

In dieser Untersuchung werden nur Aggressionsereignisse erhoben, die durch Patienten, deren Angehörige, Freunde oder Besucher ausgeübt werden. Aggressives Verhalten von Seiten der Mitarbeiter oder zwischen Mitarbeitern wird nicht behandelt, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

## 5 Methodik

Diese Untersuchung ist eine multizentrische Studie, die über einen Zeitraum von drei Monaten prospektiv Aggressionsereignisse auf Notfallstationen von Deutschschweizer Akutspitälern erhob.

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Fünf Spitäler aus den Kantonen Zürich und Basel-Stadt nahmen an dieser Untersuchung teil. Aus Ressourcengründen konnte keine Zufallstichprobe gezogen werden, sondern es entstand eine Gelegenheitsstichprobe. Zwei Merkmale wurden bei der Anfrage der Spitäler berücksichtigt, der Spitaltyp und das Einzugsgebiet (Stadt / Land). Alle angefragten Institutionen erklärten sich bereit an der Studie teilzunehmen.

Das Bundesamt für Statistik (2003) teilt die Krankenhäuser der Schweiz in fünf unterschiedliche Spitaltypen ein, gliedert nach Anzahl Fällen<sup>3</sup>. Unterschieden wird zwischen allgemeinen Krankenhäusern und Spezialkliniken (wie z.B. Psychiatrische Kliniken oder Rehabilitationszentren). Für diese Untersuchung wurden nur allgemeine Krankenhäuser berücksichtigt, welche in die Kategorien K111, K112 und K121 eingeteilt sind. Der Spitaltyp K111 umfasst die Universitätsspitäler, K112 die allgemeinen Spitäler mit 9'000 – 30'000 Fällen und K121 allgemeine Spitäler mit 6'000 – 9'000 Fällen.

Jenkins et al. (1998) stellten bei ihren Untersuchungen in Grossbritannien und Irland signifikante Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Notfallstationen, bezüglich der Häufigkeit von Aggressionsereignissen fest. Dies wurde auch bei dieser Spitalauswahl berücksichtigt. Als Schwierigkeit erwies sich dabei, eine klare Definition für städtische und ländliche Einzugsgebiete zu finden. Gemäss Senn, Camenzind, Schmid & Brauchle (2003) werden ländliche Gebiete meist über Negativ-Definitionen beschrieben:

Ländlicher Raum = alles ausserhalb der Agglomerationen/ Städte

Idealerweise sollten sechs Spitäler an der Studie teilnehmen, jeweils aus jedem Spitaltyp ein ländliches und ein städtisches Spital. Da die Kategorien K111 und K112 in den gewähl-

---

<sup>3</sup> Anzahl Fälle = Anzahl Austritte von stationären Patienten

---

ten Kantonen jedoch nur in Städten vorkommen, war die Unterteilung in ländliche und städtische Gebiete nur in der Kategorie K121 möglich.

Die fünf teilnehmenden Institutionen unterscheiden sich, neben den zwei genannten Merkmalen, bezüglich der präventiven Massnahmen, die die Institutionen bisher getroffen haben, um Aggressionsereignissen vorzubeugen. Da diese einen Einfluss auf die Fragestellungen haben können, sind die Verantwortlichen der Notfallstationen danach befragt worden:

Alle Spitäler haben Notrufknöpfe auf den Notfallstationen. Videoüberwachung ist jedoch nur teilweise vorhanden. In den drei grösseren Institutionen (K111, K112) kann im Falle einer Eskalation spitalinternes Sicherheitspersonal zu Hilfe gerufen werden. In einem Universitätsspital ist nachts Wachpersonal (teilweise mit Wachhund) vorhanden. Alle städtischen Spitäler bieten interne Weiterbildungen im Bereich Aggression an. Zum Teil geschieht dies für alle Mitarbeiter, zum Teil nur für einzelne Personen. Externe Weiterbildungen werden in drei Spitälern für jene Mitarbeiter bezahlt, welche anschliessend als Ansprechpersonen für diese Thematik fungieren. Weiter verfügen sie über ein Meldesystem für physische und verbale Angriffe, das allen Mitarbeitern bekannt ist.

Das ländliche Spital hat bisher kein Weiterbildungsangebot und kein Meldesystem für Aggressionsereignisse. Die kleineren Spitäler (K121) bieten bisher keine speziellen Interventionen nach einem Ereignis oder Supervision zur Thematik an, während die grösseren Spitäler (K111, K112) über psychologische Betreuungsangebote für Betroffene verfügen.

## 5.2 Erhebungsinstrument

Das Erhebungsinstrument, SOAS-R\*, ist die an Notfallstationen angepasste Version des SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale Revision) von Nijman et al. (1999). Der SOAS-R ist eine Weiterentwicklung des SOAS von Palmstierna und Wistedt (1987).

Dieser standardisierte Fragebogen (SOAS) ist ein Fremdbeurteilungsinstrument. Wird ein Mitarbeiter Zeuge aggressiven Verhaltens, wird ein Fragebogen ausgefüllt. Der SOAS wurde für die psychiatrischen Kliniken erstellt und ist seither international oft eingesetzt worden. Das Instrument erfasst in fünf Spalten verschiedene Charakteristika der Aggressionsereignisse: Den Auslöser, die eingesetzten Mittel, Ziele und Konsequenzen der Aggression und welche Massnahmen getroffen wurden. Zu jeder Spalte werden verschiedene Antwortalternativen vorgegeben, wobei alle zutreffenden Items angekreuzt werden können, mindestens jedoch eines pro Spalte. Jedem Item ist eine Punktzahl (0-9 Punkte) zugeordnet (siehe Tab.7), die anschliessend zu einem Gesamtscore aufsummiert wird (0-22 Punkten).

**Tab. 7: Punkteverteilung zur Berechnung des Gesamtscore für den Schweregrad**

Spalte	Charakteristika	Punktzahlen
1.	<b>Auslöser</b>	0 = Andere Provokation 1 = Nicht verständliche Provokation 2 = Aufforderung zur Medikamenteneinnahme / Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme **
2.	<b>Mittel</b>	0 = Verbale Aggression 1 = Einfache Gegenstände 2 = Körperteile 3 = Gefährliche Gegenstände
3.	<b>Ziel</b>	0 = Nichts 1 = Gegenstände 2 = Andere Patienten 3 = Mitarbeiter, Patient sich selber 4 = Andere Personen
4.	<b>Konsequenzen</b>	0 = Keine 3 = Gegenstände beschädigt 6 = Fühlten sich bedroht 9 = Physische Konsequenzen, Behandlungen
5.	<b>Massnahmen</b>	0 = Keine, Gespräch mit Patienten, ruhig wegführen 2 = Medikation oder andere Massnahmen 4 = Festhalten, fixieren

In Anlehnung an Nijman et al. (1999, S. 203 /208)

\*\*Ergänzung eines zusätzlichen Auslösers

Wie jedoch Suserud, Blomquist & Johansson (2002) zeigten, wird aggressives Verhalten nicht in jedem Fall als gleich schwerwiegend eingestuft, sondern ist abhängig von der Person, die die Aggression miterlebt hat. So sind Pflegepersonen, z.B. bei Gewalt durch ältere Menschen toleranter als bei Gewalt durch Süchtige. Aus diesem Grund wurde zusätzlich zur Berechnung des Gesamtscore des Schweregrads durch den SOAS-R\*, eine subjektive Einschätzung des Schweregrads auf einer 100mm langen Visual Analog Scale (VAS), mit den beiden Endpunkten „sehr schwerwiegend“ und „nicht schwerwiegend“, vorgenommen.

Da auf Notfallstationen des Akutspitals andere Auslöser und Massnahmen im Zentrum stehen, wurde der SOAS-R<sup>4</sup> aufgrund der Pilotergebnisse, der Literatur und im Gespräch mit

<sup>4</sup> Von den Autoren der Originalversion autorisierte Übersetzung von I.Needham & C. Abderhalden

---

den teilnehmenden Notfallstationen an deren Bedürfnisse angepasst. Um die Vergleichbarkeit zu wahren, wurde die Skala nur erweitert und verfeinert, jedoch keine Items weggelassen (Fragebogen SOAS-R\* siehe Anhang 11.1).

Ein grosser Vorteil des gewählten Erhebungsinstrumentes ist, dass es in wenigen Minuten durch die Pflegenden ausgefüllt werden kann (1 A4-Seite) und einfach verständlich ist. Die Standardisierung, die auf einer Seite diese Vorteile bringt, hat aber den Nachteil, dass eine Reduktion der Informationen stattfindet und Details verloren gehen.

Vier Spitäler verwendeten für diese Erhebung den SOAS-R\*. Das Universitätsspital Basel hatte schon eine eigene Version auf der Grundlage des SOAS-R angepasst, die im gesamten Spital verwendet wird. Da eine Übertragung problemlos möglich war, konnten diese Daten ebenfalls in die Studie aufgenommen werden.

### 5.3 Gütekriterien

Palmstierna und Wistedt (1987) untersuchten als erste die Reliabilität des SOAS und stellten fest, dass der Fragebogen eine gute Interreporter-Reliability aufweist (Inter-class-Correlation  $r = 0.96$ ). Nijman, Palmstierna, Almvik & Stolker (2005, S. 14) verglichen 55 Studien, die den SOAS eingesetzt hatten und zogen ebenfalls den Schluss *„all in all, it is fair to conclude that the qualification Shah et al. made in 1991, describing the SOAS as an instrument ,of particular interest... with evidence of good reliability and validity’ (p307), is still valid....”*.

Die Validität des Punktesystems für die Einschätzungen des Schweregrads kann durch die Berechnung einer Produkt-Moment-Korrelation eingeschätzt werden. Für den SOAS wurde durch Palmstierna und Wistedt (1987) eine Korrelation von  $r = 0.38$  ( $p < 0.01$ ) errechnet, während Nijman et al. (1999) für den SOAS-R  $r = 0.62$  ( $p < 0.01$ ) erhielten.

Durch die Veränderung des Fragebogens konnte die Reliabilität für den SOAS-R\* nicht direkt vom SOAS und SOAS-R übernommen werden. Um jedoch eine Interreporter-Reliabilität zu berechnen, müssten mehrere Personen dieselben Aggressionseignisse unabhängig voneinander beschreiben. Es ist jedoch selten möglich, dass mehrere Personen das gleiche Ereignis vollständig miterleben (Palmstierna & Wistedt, 1987). So besteht die Gefahr, dass nicht der gleiche Sachverhalt beurteilt wird.

In den drei Monaten der Erhebung wurden drei der 88 Aggressionseignisse von mehreren Personen separat beschrieben, doch daraus liess sich keine Beurteilung vornehmen.



---

Die Validität des Punktesystems für die Schweregradberechnung wurde für den SOAS-R\* ebenfalls mit einer Punkt-Moment-Korrelation berechnet.

## **5.4 Vorgehen**

Zuerst wurden die einzelnen Institutionen schriftlich angefragt, ob sie bereit wären, an einer Erhebung zum Thema „Aggressionsereignisse auf Notfallstationen“ teilzunehmen. Alle angefragten Institutionen waren interessiert und in einem Gespräch wurden die näheren Absprachen getroffen. Das Universitätsspital Basel hatte schon einen ähnlichen Fragebogen entwickelt und das Stadtspital Waid erhob schon seit Anfang 2004 Daten mit dem SOAS-R.

### **5.4.1 Pilotstudie**

Das Stadtspital Waid stellte die bisher erfassten Daten für eine Pilotauswertung zur Verfügung. Sie hatten während sechs Monaten (Mitte Dezember 2003 – Mitte Juni 2004) die vorgefallenen Aggressionsereignisse auf ihrer Notfallstation mit dem SOAS-R erfasst. Die Auswertung dieser Daten diente hauptsächlich dazu, eine auf die Notfallstation angepasste Version des Fragebogens (SOAS-R\*) zu entwickeln und mögliche Probleme der Erfassung aufzuzeigen.

### **5.4.2 Ethische Überlegungen**

Für diese Studie wurden die Bewilligungen der zuständigen Ethikkommissionen für jene Daten eingeholt, die nicht sowieso im Rahmen der Qualitätssicherung im Spital erhoben wurden. Dies waren die Kantonale Ethikkommission des Kanton Zürichs (Ethikantrag Nummer E-24/2004, positiver Beschluss am 18.10.2004) und die Ethikkommission der beiden Stadtspitäler Triemli und Waid (Ref. STZ 24/2004, 7.10.2004).

Die Patientendaten, die ausschliesslich für diese Studie eingeholt wurden, wurden mit Fallzahlen erhoben, um die Anonymität der Aggressoren zu wahren. Nach Abschluss der Lizenziatsarbeit werden diese Fragebogen vorschriftsgemäss vernichtet. Den jeweiligen Spitälern stehen anschliessend nur noch eine anonyme Datendatei (Exel) zur Verfügung, um weitere spitalspezifische Auswertungen vorzunehmen zu können.

### **5.4.3 Instruktion**

Der Erfolg und die Aussagekraft dieser Studie hingen stark von den Pflegenden der jeweiligen Notfallstationen ab, da diese für die Erfassung der Aggressionsereignisse zuständig waren. Eine gute Zusammenarbeit war Grundvoraussetzung für das Gelingen der Untersu-

chung. Deshalb wurde viel Wert auf die Instruktionen gelegt, die anfangs Oktober 2004 (kurz vor der Erhebung) stattfanden. Diese Einführung beinhaltete eine Powerpoint-Präsentation (siehe Anhang 11.3), in welcher aggressives Verhalten definiert, der Fragebogen (SOAS-R\*), aber auch erste Ergebnisse zu der Pilotstudie erläutert, und Fragen beantwortet wurden. Durch das Erläutern der Pilotergebnisse, sollte in erster Linie aufgezeigt werden, wie Resultate einer solchen Erfassung aussehen könnten, um die Motivation der Mitarbeiter zu steigern, und mögliche Probleme direkt an einem Beispiel zu erklären.

Zur Unterstützung erhielten die Mitarbeiter im Vorfeld eine schriftliche Instruktion mit den wichtigsten Inhalten (siehe Anhang 11.2), deren Ziel war, dass sie vorbereitet an der Instruktion teilnehmen konnten oder bei Abwesenheit trotzdem umfassend informiert waren. In jeder Institution wurde eine Informationsmappe mit den detaillierten Unterlagen aufgelegt.

Je nach Spital fand diese Instruktion an einer Teamsitzung statt oder wurde als obligatorische Weiterbildung für alle Mitarbeiter angeboten. In einer Institution ist sie durch die Stationsleitung selber abgehalten worden. Nur im Universitätsspital Basel wurde keine Information der Mitarbeiter mehr durchgeführt, da sie seit Mai 2004 durch das Spital selbst auf eine andere, angepasste Version des SOAS-R instruiert worden waren.

#### **5.4.4 Erhebung**

Die Erhebungsphase dauerte drei Monate (12 Wochen) vom 18. Oktober 2004 – 16. Januar 2005. Der Zeitraum wurde so gewählt, dass die Datenerfassung über die Feiertage hinaus fortgesetzt werden konnte, um eine mögliche Häufung von Aggressionsereignissen über die Festtage feststellen zu können.

Während der Erhebungsphase fanden regelmässig Rückmeldungen per Email oder Telefon statt. Zwei Spitäler wurden besucht, um Fragen persönlich zu klären.

#### **5.4.5 Datenaufbereitung und -auswertung**

Die Daten wurden in einer Excel-Datei erfasst und mit dem SPSS- Statistikprogramm (englische Version 10.1.3) ausgewertet.

Zur Beschreibung der Aggressionsereignisse wurde die deskriptive Statistik (Häufigkeitsauszählungen, graphische Darstellungen) verwendet.

Die Inzidenzrate<sup>5</sup> der Aggressionsereignisse nahm in dieser Untersuchung Bezug auf die Gesamtanzahl Eintritte auf der jeweiligen Notfallstation. Um festzustellen, ob sich diese

---

<sup>5</sup> Inzidenzrate =  $\frac{\text{Anzahl Gewaltereignisse} / \text{Notfallstation}}{\text{Gesamtanzahl Eintritte} / \text{Notfallstation}}$  / über einen bestimmten Zeitraum

---

Inzidenzraten signifikant unterscheiden, wurden die 95%-Konfidenzintervalle (mit Programm CIA Confidence Interval Analysis (Version 2.1.0; 2000, University of Southampton, UK)) berechnet. Die Unterschiede in den Raten, wenn sich die 95%-Konfidenzintervalle überschneiden, wurden als nicht-signifikant interpretiert.

Die Gruppenvergleiche zwischen den Spitälern (Spitaltyp, resp. Einzugsgebiet (Stadt / Land)) wurden entsprechend dem Skalenniveau auf Signifikanz getestet. Für nominalskalierte Daten waren es Chi-Quadrat-basierte Verfahren. Wiesen mehr als 20% der Zellen eine erwartete Anzahl Fälle kleiner als fünf auf, wurde anstatt dem Pearson's Chi-Quadrat Test, der Fisher's Exact Test gewählt. Waren die korrigierten Residualwerte grösser  $\pm 1.64$  wurde dies als Hinweis darauf gewertet, auf welche Resultate sich die signifikanten Unterschiede beziehen. Die rangskalierten Daten wurden je nach Anzahl Gruppen mit dem Mann-Whitney U, resp. Kruskal Wallis Test ausgewertet.

Für den Vergleich der beiden Schweregrade (subjektive Einschätzung und Gesamtscore durch den SOAS-R\* berechnet) wurde eine Pearsonkorrelation berechnet.

Das Signifikanzniveau wurde, wie in den Sozialwissenschaften üblich, auf  $p = 0.05$  festgelegt.

#### **5.4.6 Präsentation**

Im Mai 2005 werden die Ergebnisse in den teilnehmenden Spitälern präsentiert und erläutert, so dass die Rückmeldung in die Praxis gesichert ist.

### **5.5 Methodische Probleme**

Verschiedene methodische Probleme tauchten während dieser Erhebung auf: Probleme der Erfassung, des Fragebogens und des Samples:

#### **5.5.1 Erfassung**

Wie in der Literaturübersicht detailliert aufgezeigt, stellt das Underreporting ein grosses Problem dieser Art Studien dar. Um möglichst viele der Aggressionseignisse zu erfassen, wurden verschiedene Massnahmen getroffen. Ein Schwerpunkt wurde auf die Instruktion der Mitarbeiter gelegt, wo auch das Thema Underreporting thematisiert wurde, z.B. durch das Aufzeigen der Erfassungsschwierigkeiten von verbaler Aggression und der Sensibilisierung für aggressives Verhalten im Alltag der Notfallstationen. Ferner wurden keine Daten bezüglich der involvierten Mitarbeiter (z.B. Geschlecht, Alter, Erfahrung) erfasst, um die

---

Hemmschwelle für das Rapportieren so gering wie möglich zu halten. Das einfache und kurze Erfassungsinstrument begünstigte, dass auch in stressbeladenen Situationen noch ein Fragebogen ausgefüllt werden konnte.

### **5.5.2 Fragebogen**

Neben den Auslösern, die im SOAS-R beschrieben sind, zeigt die Literaturrecherche, dass Alkohol und Drogen zu den häufigst genannten Faktoren zählen, die Aggressionsereignisse begünstigen. Deshalb wurde der Zustand des Patienten mit verschiedenen Items zusätzlich erfragt. Diese Punkte wurden in die Spalte der Auslöser eingefügt. Dadurch bestand die Gefahr, dass z.B. Alkohol und Drogen nicht nur als förderliche Faktoren gesehen wurden, sondern als alleinige Ursache. Leider wurde dieses Problem erst nach Einführung des Fragebogens bemerkt, so dass keine Änderungen mehr vorgenommen werden konnten.

In der Spalte „Konsequenzen eines Aggressionsereignisses“, kann nur zwischen „keine Konsequenzen“, „fühlte sich bedroht“ und „physische Folgen“ gewählt werden. Demzufolge können auf den ersten Blick „psychische Folgen“ nicht festgehalten werden und fallen direkt unter die Kategorie „keine Konsequenzen“. Die Definition des Begriffs „fühlt sich bedroht“ versteht sich jedoch in einem umfassenden Sinne, demnach darin auch alle Bedrohungen der Identität, der Würde und des Selbstwerts erfasst werden können. Doch dies ist in der deutschen Sprache schwer durchzusetzen, da der Begriff „bedroht“ in der Umgangssprache und somit auch im Pflegealltag nicht derart umfassend verstanden wird. Aus diesem Grund bestand die Gefahr, dass „psychische Folgen“ in dieser Erhebung fälschlicherweise unter die Kategorie „keine Konsequenzen“ eingeordnet wurden.

### **5.5.3 Sample**

Nicht alle Spitäler hatten zu Beginn der Erhebung identische Voraussetzungen. Unterschiedliche Massnahmen, um Aggressionsereignissen vorzubeugen waren schon getroffen worden. Das Universitätsspital Basel hatte einen anderen Fragebogen (für alle Spitalbereiche und nicht nur für die Notfallstation) und dadurch nicht die identische Instruktion. Das Stadtsptial Waid hatte schon vorgängig eine längere Erhebungszeit mit dem SOAS-R durchgeführt. Demzufolge waren die Mitarbeiter der Spitäler unterschiedlich stark mit dem Thema Aggression vertraut.

## 6 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der ausgewerteten Fragebogen SOAS-R\* aufgeführt. Diese Resultate werden nach den Forschungsfragen gegliedert: Zuerst folgen die Aussagen zur Häufigkeit der Aggressionseignisse, dann wird auf die Charakteristika eingegangen. Anschliessend werden die Vergleiche zwischen den Spitaltypen und städtischem, resp. ländlichem Einzugsgebiet präsentiert.

Fünf Spitäler nahmen an den Erhebungen teil. Zwei Universitätsspitäler (K111), ein mittel-grosses (K112) und zwei kleinere Spitäler (K121), davon eines mit ländlichem Einzugsgebiet (K121L). Die Anzahl der erhobenen Aggressionseignisse während der 12 Wochen variierte je nach Institution (siehe Tab.8). Auf einer Notfallstation wurden nur drei Fälle in der vorgegebenen Zeitperiode erfasst, während das andere Spital aus der gleichen Kategorie mehr als die zehnfache Menge registrierte. Nach Rücksprache mit dem verantwortlichen Leiter vor Ort beschlossen wir, die Notfallstation mit nur drei Vorfällen aus den Auswertungen auszuschliessen. Deshalb sind in die folgenden Ergebnisse nur die Daten von vier Institutionen eingeflossen.

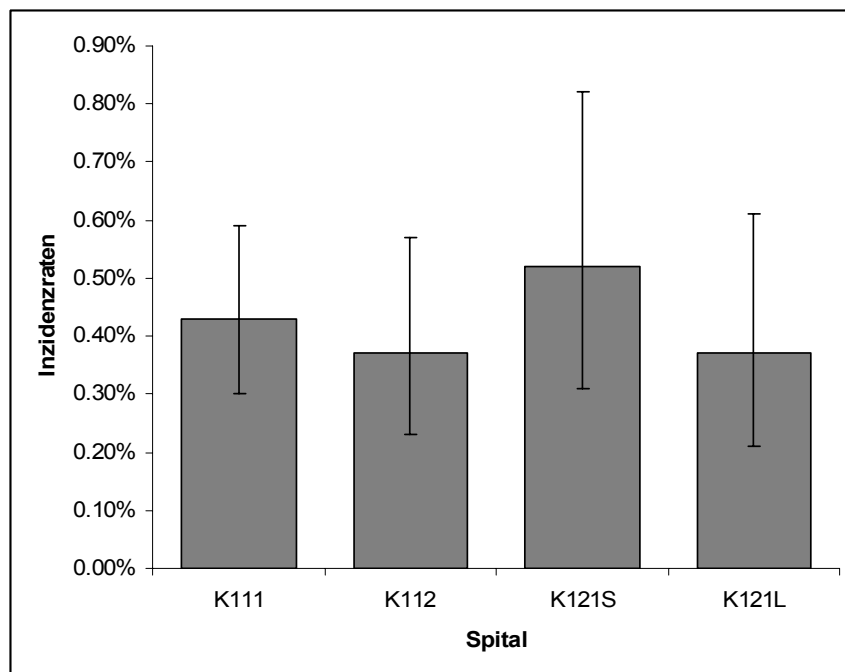
### 6.1 Häufigkeit der Aggressionseignisse

Tab. 8: Anzahl Aggressionseignisse und deren Inzidenzraten

Spital	K111	K112	K121S	K121L	Total
Anzahl Aggressionseignisse	35	20	18	15	88
Anzahl behandelte Patienten in 90 Tagen	8123	5378	3464	4055	21020
Inzidenzraten	0.43%	0.37%	0.52%	0.37%	0.42%
95% - Konfidenzintervall (untere Grenze)	0.30%	0.23%	0.31%	0.21%	0.34%
95% - Konfidenzintervall (obere Grenze)	0.59%	0.57%	0.82%	0.61%	0.52%
Tag mit Ereignis alle x Tage	3.5	5.3	6	6.9	6.9

Auf den Notfallstationen ereigneten sich während der 90 Tage der Erhebung in den vier Spitälern 88 Aggressionsereignisse auf 21'020 behandelte Patienten. Dies entspricht einer Inzidenzrate für die Aggressionsereignisse von 0.42% und etwa einem Vorfall auf 250 behandelte Patienten (siehe Tab.8). Die Inzidenzraten der einzelnen Spitäler variierten zwischen 0.37% und 0.52%, doch die 95%-Konfidenzintervalle der Raten überschneiden sich, was auf einen nichtsignifikanten Unterschied hindeutet (siehe Abb.3).

Je nach Anzahl behandelter Patienten pro Tag, kam es alle 3.5 - 7 Tage mindestens zu einem Aggressionsereignis auf den Notfallstationen.



**Abb. 3:** Inzidenzraten der Aggressionsereignisse pro Spital (mit 95%-Konfidenzintervall)

## 6.2 Charakteristika der Aggressionsereignisse

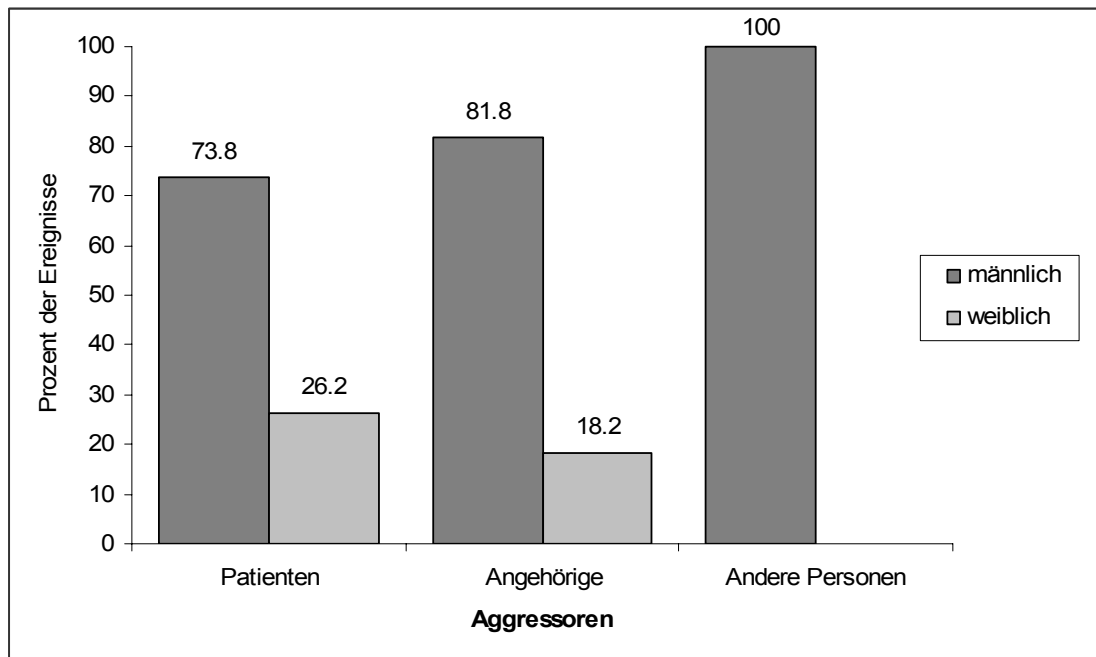
In diesem Unterkapitel werden die Charakteristika der erfassten Aggressionsereignisse beschrieben:

### 6.2.1 Aggressoren

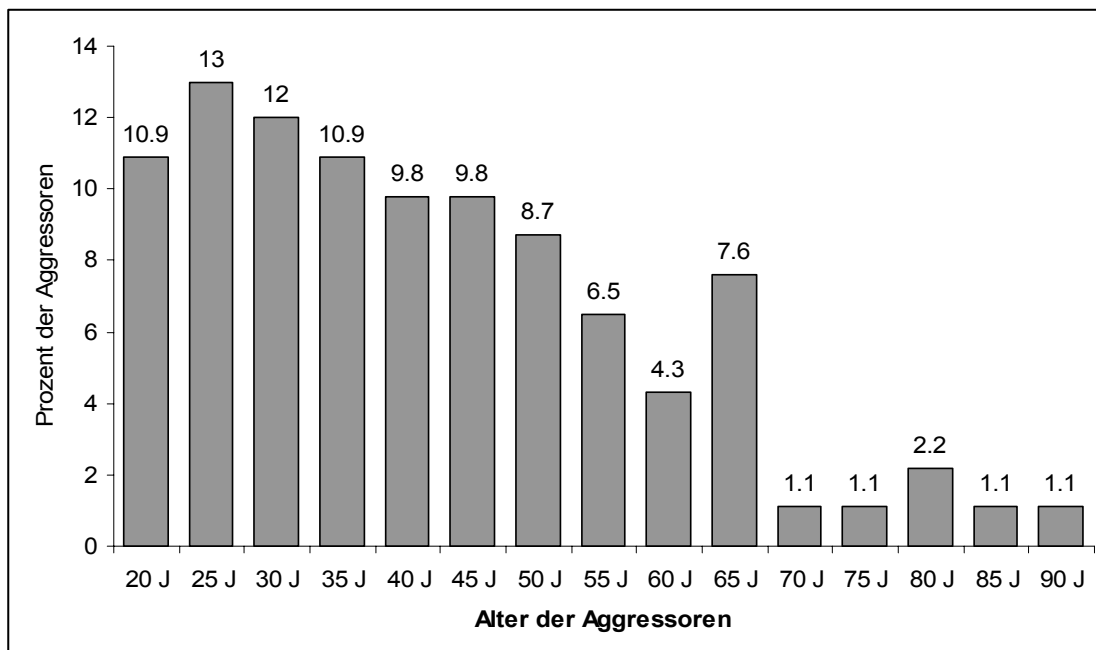
Die häufigsten Aggressoren waren in 92% der Fälle ( $n = 81$ ) Patienten, gefolgt von Angehörigen (12.5 %,  $n = 11$ ) und andere Personen (3.4%,  $n = 3$ ). Bei 6.8% der Vorfälle ( $n = 6$ ) waren mehrere Menschen gemeinsam aggressiv.

Die Patienten waren zu 88.4% an den physischen Angriffen beteiligt, während sie bei den verbalen Attacken 83.9% ausmachten. Angehörige hingegen waren nur zu 12.6% an den verbalen und 7% an den physischen Aggressionen beteiligt.

Die Mehrheit der Angreifer (75.5%, n = 71) war männlich: 73.8% der Patienten (n = 59), 81.8% der Angehörigen (n = 9) und 100% der anderen Personen (n = 3) (siehe Abb.4).



**Abb. 4: Geschlecht der Aggressoren**

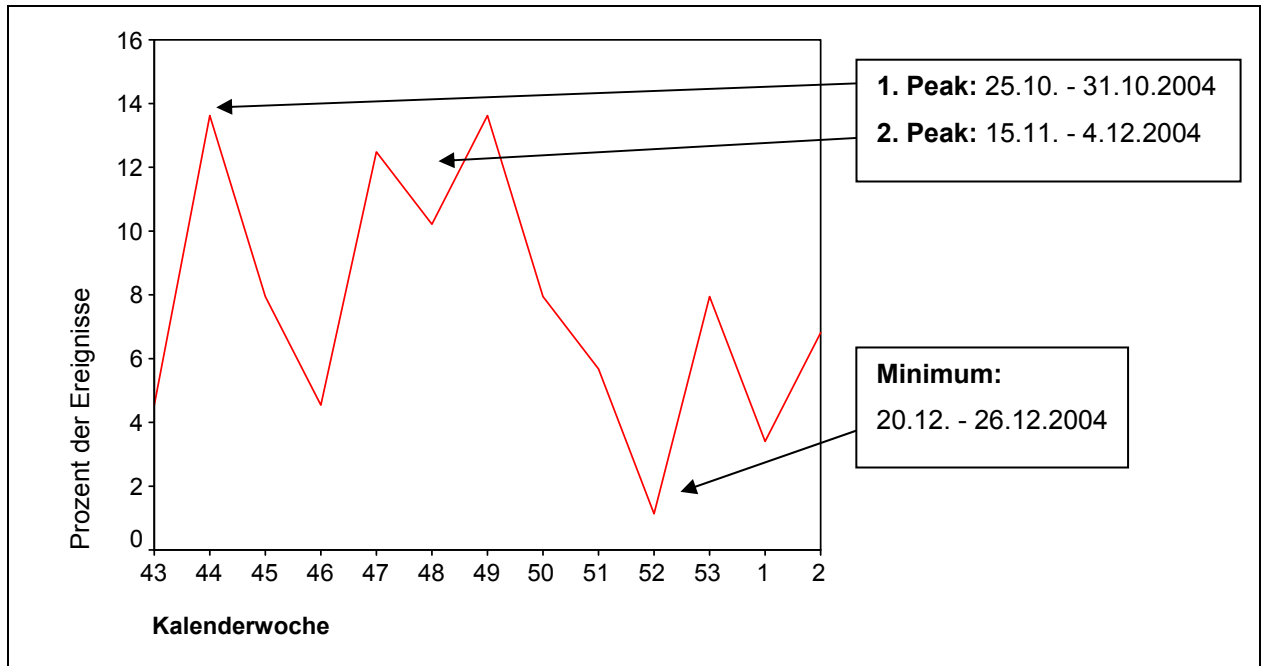


**Abb. 5: Alter der Aggressoren**

Das Alter der Angreifer variierte stark (siehe Abb.5). Fast ein Viertel war unter 27 Jahre alt (23.9%, n = 22) und der Mittelwert lag bei 41.8 Jahren. Etwa 10% der Aggressoren (n = 9) waren im Rentenalter (> 65 Jahre).

## 6.2.2 Zeitpunkt und Ort des Vorfalls

Nicht in jeder Woche der Erhebung ereigneten sich gleich viele Aggressionsereignisse (siehe Abb.6). Die meisten Vorfälle wurden direkt zu Beginn der Erhebung in der Woche 44 (25.10.-31.10.2004) und zwischen Mitte November und Anfangs Dezember 2004 erfasst. Das absolute Minimum der Vorfälle war in der Weihnachtswoche vom 20.-26. Dezember 2004.

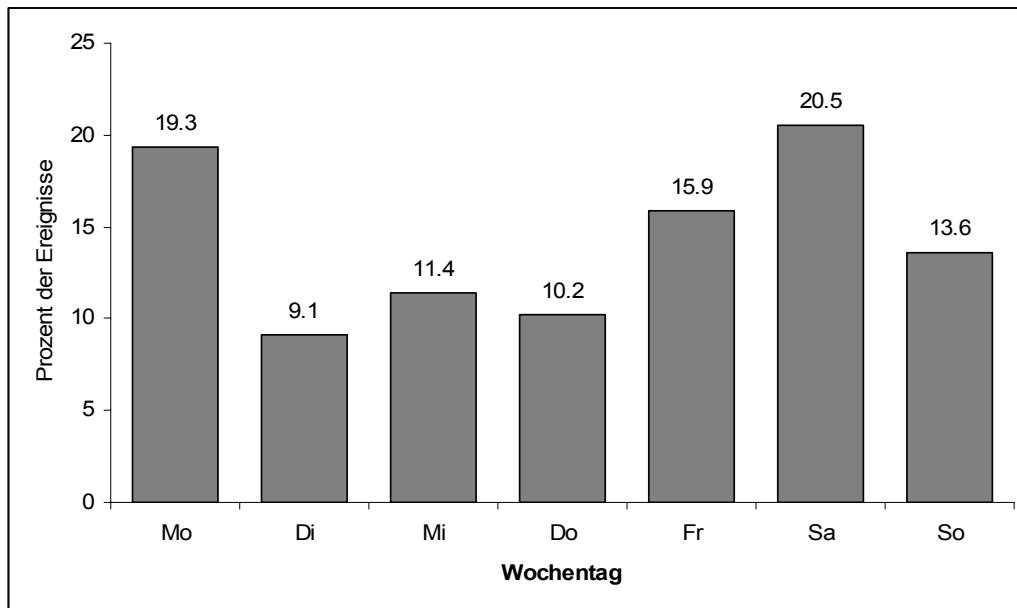


**Abb. 6: Aggressionsereignisse pro Kalenderwoche**

Auch bezüglich der Tageszeiten wurden Differenzen gefunden: 71.3% der Vorfälle ( $n = 62$ ) ereigneten sich zwischen 20.00 und 07.00 Uhr und 28.7% ( $n = 25$ ) zwischen 08.00 und 19.00 Uhr.

Die Wochentage verzeichneten ebenfalls unterschiedlich viele Ereignisse. Am häufigsten waren sie an einem Samstag (20.5%,  $n = 18$ ), gefolgt von Montag (19.3%,  $n = 17$ ) und Freitag (15.9%,  $n = 14$ ). Etwa ein Drittel der Vorfälle ereignete sich an einem Wochenende (Samstag oder Sonntag, 34.1%,  $n = 30$ ) (siehe Abb.7). Wird noch Freitagnacht (ab 20.00 Uhr) und bis Montagmorgen (07.00 Uhr) dazugezählt, tragen sich 43.2% der Aggressionsereignisse ( $n = 38$ ) an den Wochenenden zu.





**Abb. 7: Aggressionsergebnisse pro Wochentag**

Mehr als die Hälfte aller Ereignisse (56.1%, n = 46) fanden zwischen der Ankunft und in den ersten 15 Minuten auf der Notfallstation statt. In der ersten halben Stunde nach Ankunft ereigneten sich 70.7% (n = 58) und in der ersten Stunde mehr als drei Viertel aller Vorfälle (76.8%, n = 63).

Die Mehrheit der Aggressionsergebnisse (82.4%, n = 70) spielten sich in den Behandlungsräumen, 9.4% (n = 8) in den Warteräumen, 8.2% (n = 7) beim Empfang und 7.1% (n = 6) an anderen Orten ab.

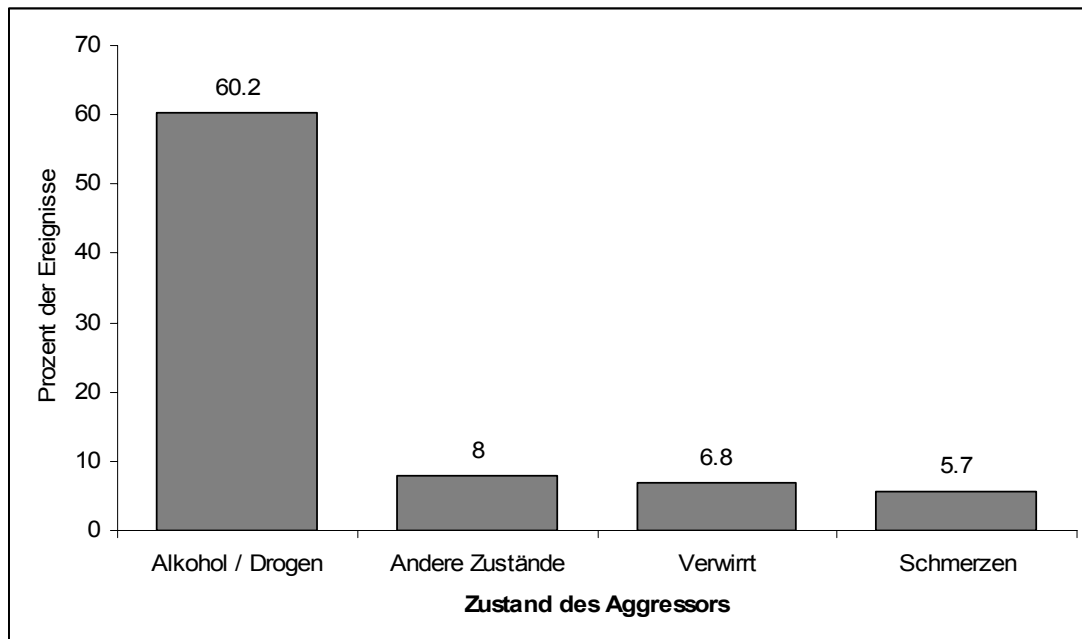
### 6.2.3 Auslöser der Aggression

In der Sparte Auslöser wurden auf der einen Seite auslösende Faktoren, auf der anderen Seite der Zustand des Patienten erhoben. Bei 60.2% der Vorfälle (n = 53) stand der Aggressor unter Alkohol- und / oder Drogeneinfluss, weit weniger häufig war er verwirrt (6.8%, n = 6) oder hatte starke Schmerzen (5.7%, n = 5) (siehe Abb.8).

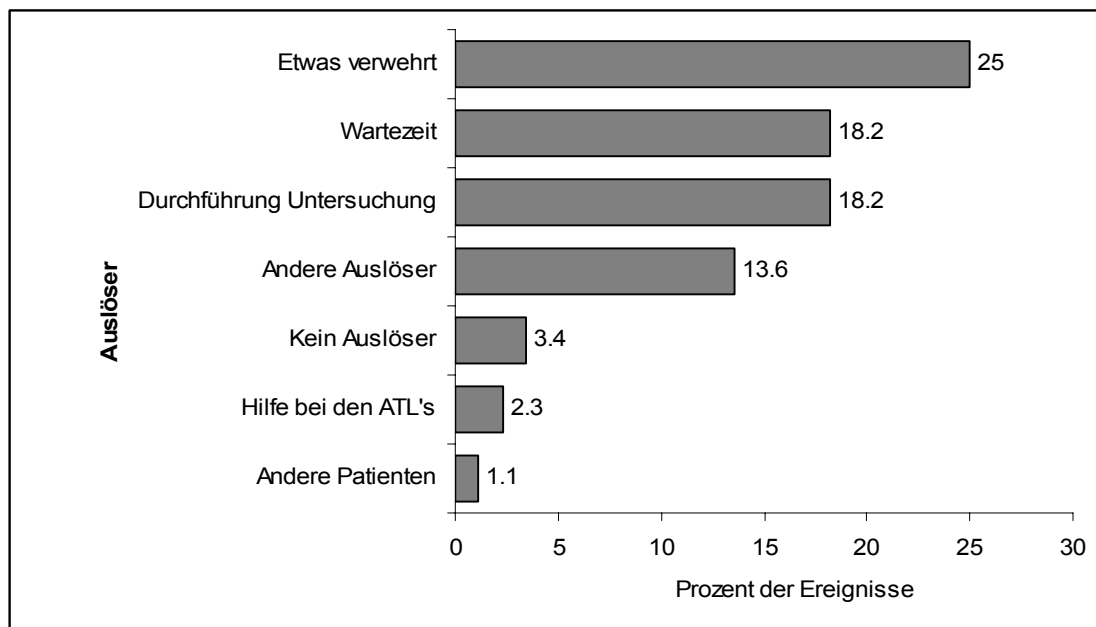
Die Hauptauslöser waren: „Dem Patient wurde etwas verwehrt“ (25%, n = 22), es musste „eine Massnahme oder eine Untersuchung durchgeführt werden“ (18.2%, n = 16) oder es kam zu „langen Wartezeiten“ (18.2%, n = 16) (siehe Abb.9).

Die angegebenen Wartezeiten variierten zwischen 0-200 Minuten. Bei mehr als drei Viertel der Ereignisse (76.9%, n = 10), bei denen die Wartezeit als Auslöser angegeben war, betrug sie unter 30 Minuten. In nur zwei Fällen war die Wartezeit 40, resp. 60 Minuten lang

und in einem Fall 200 Minuten. Im Mittel (Median) betrug die Wartezeit, die als Auslöser eines Aggressionsereignisses aufgeführt wurde, 20 Minuten.



**Abb. 8: Zustand des Aggressors** (Mehrfachantworten)

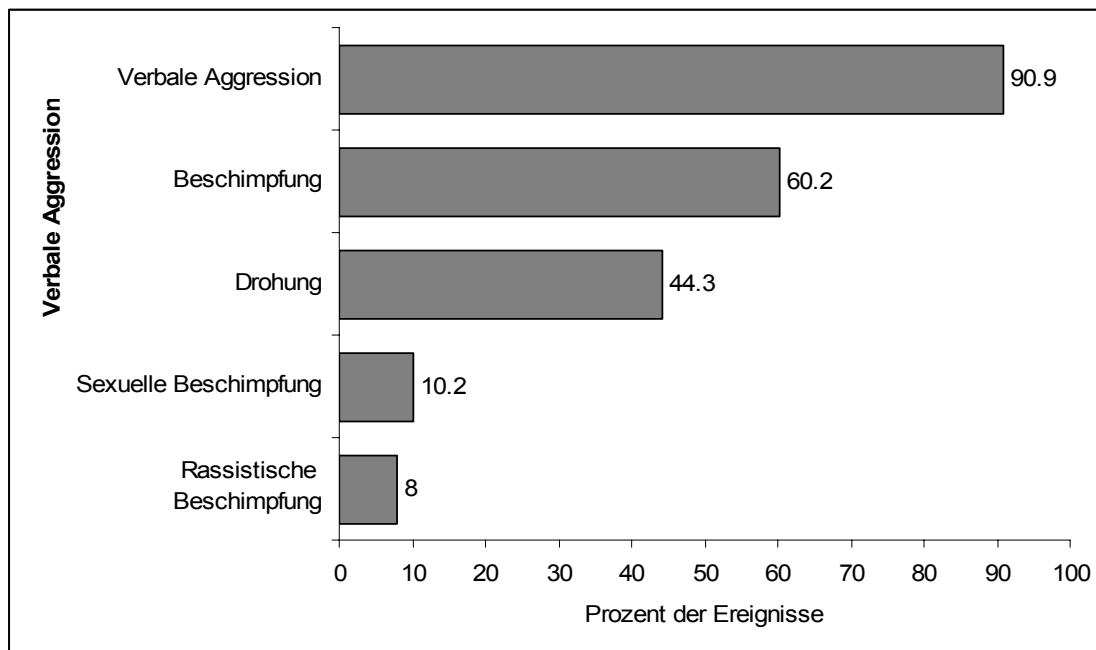


**Abb. 9: Auslöser der Aggressionseignisse** (Mehrfachantworten)

### 6.2.4 Mittel der Aggression

Die Spalte „Mittel“ umfasste verbale Aggression, Drohgebärden, eingesetzte Gegenstände / Körperteile und gefährliche Gegenstände.

Die verbale Aggression kam in 90.9% der Fälle (n = 80) vor. Sie konnte noch differenziert werden: Zu 60.2% (n = 53) waren es Beschimpfungen (davon 10.2% sexuelle (n = 9) und 8% rassistische (n = 7) und 44.3% (n = 39) waren verbale Drohungen (siehe Abb.10). Drohgebärden begleiteten 34.1% der Ereignisse (n = 30).



**Abb. 10: Verbale Aggression (Mehrfachantworten)**

Die Zahl der rein verbalen Angriffe betrug 44.3% aller Aggressionsereignisse (n = 39). Ebenso viele waren physischer Natur, die meisten jedoch eine Kombination aus Drohgebärden, verbaler und physischer Attacken. Nur 4.6% (n = 4) waren ausschliesslich körperliche Angriffe.

Bei den eingesetzten Körperteilen war die Hand mit 30.7% (n = 27) das häufigste Mittel, gefolgt vom Fuss (14.8%, n = 13), dem Mund (8%, n = 7), den Zähnen (4.5%, n = 4) und anderen Körperteilen (2.3%, n = 2).

Gegenstände wurden sehr selten eingesetzt: Andere Gegenstände (6.8%, n = 6), Glas (2.3%, n = 2) und Stühle (1.1%, n = 1). Auch gefährliche Gegenstände kamen sehr selten vor. Nur einmal hatte ein Patient ein Messer im Hosensack, setzte dieses jedoch nicht ein.

Die häufigsten Mittel waren also die verbale Aggression (90.9%, n = 80), gefolgt von den eingesetzten Körperteilen (39.8%, n = 35) und den Drohgebärden (34.1%, n = 30) (siehe Abb.11).

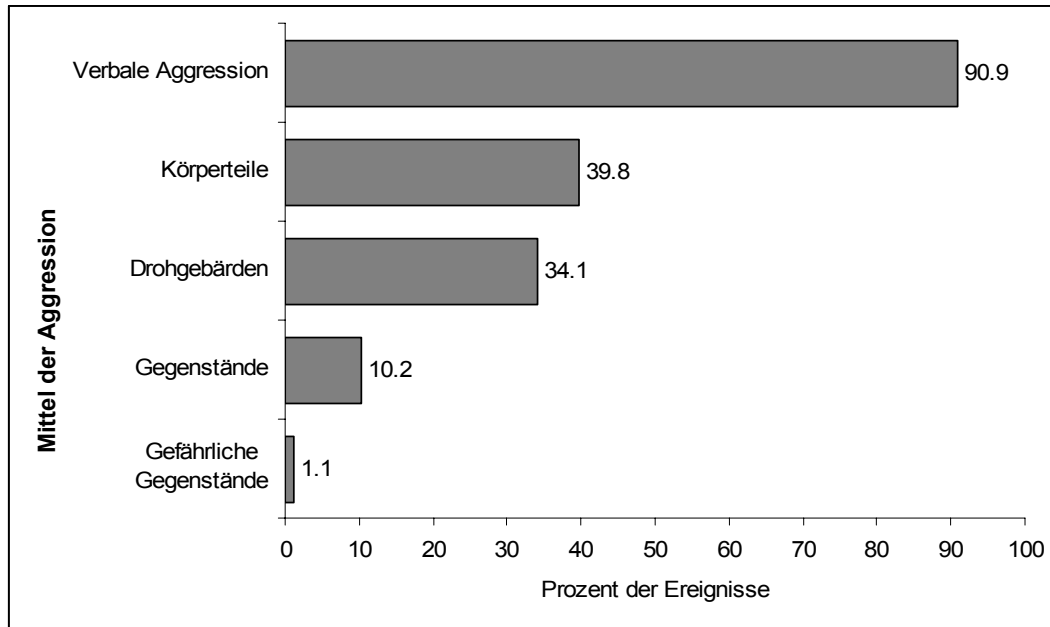


Abb. 11: Mittel der Aggression (Mehrfachantworten)

### 6.2.5 Ziele der Aggression

Hauptziel der Attacken waren Menschen in 93.2% der Vorfälle (n = 82).

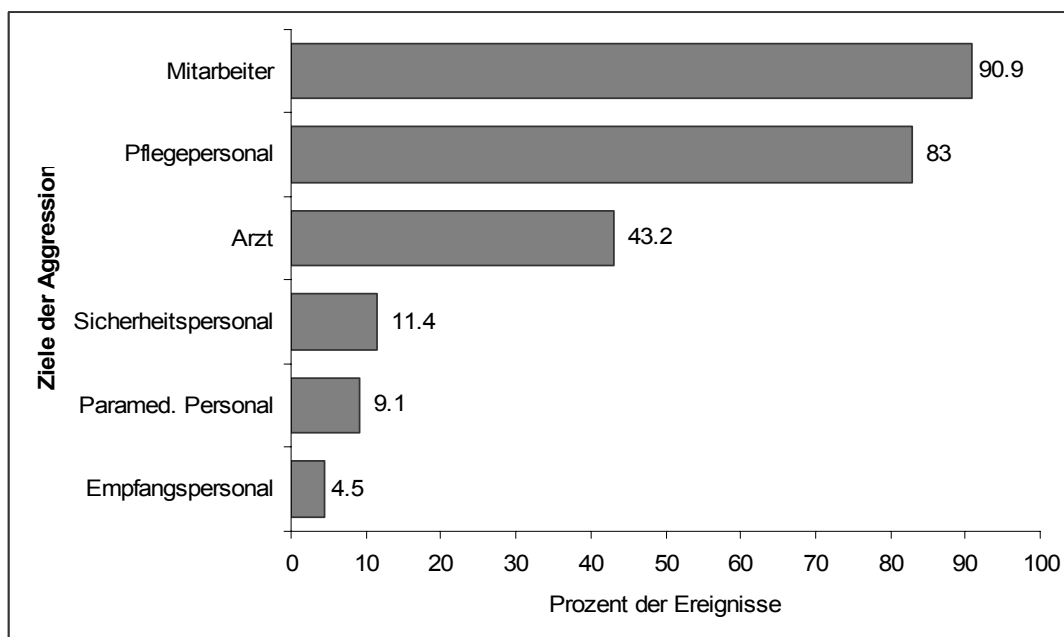


Abb. 12: Ziele der Aggression (Mehrfachantworten)

In 90.9% der Aggressionsereignisse (n = 80) waren Spitalmitarbeiter betroffen: Am häufigsten das Pflegepersonal in 83% der Fälle (n = 73), gefolgt von den Ärzten (43.2%, n = 38) und andere Mitarbeitergruppen wie dem Sicherheitsdienst (11.4%, n = 10), dem paramedizinischen Personal (9.1%, n = 8) und dem Empfangspersonal (4.5%, n = 4) (siehe Abb.12). Aber auch die Polizei war in 17% der Vorfälle (n = 15) mit involviert.

Andere Personen (8%, n = 7), Begleitpersonen (4.5%, n = 4), der Patient selbst (4.5%, n = 4), andere Patienten (1.1%, n = 1) oder Gegenstände (2.3%, n = 2) waren selten Ziel der Attacken. Zu 5.7% (n = 5) war der Ausbruch nicht gegen ein Ziel gerichtet.

### **6.2.6 Konsequenzen der Aggression**

Mehr als die Hälfte der Aggressionsereignisse blieben ohne Konsequenzen (50.6%, n = 44). In 41.4% der Fälle (n = 36) fühlten sich die beteiligten Personen bedroht. Nur sehr selten wurde ein Gegenstand beschädigt (5.7%, n = 5). Bei 2.3% der Vorfälle (n = 2) hatte die attackierte Person eine sichtbare Verletzung, in 6.9% (n = 6) Schmerzen, die kürzer als 10 Minuten dauerten, 5.7% (n = 5) brauchten eine nicht-ärztliche und 2.3% (n = 2) eine ärztliche Behandlung.

### **6.2.7 Getroffene Massnahmen**

Als die am häufigsten getroffene Massnahme nach einem Aggressionsereignis wurde das Gespräch gesucht in 68.2% der Fälle (n = 60). Bei 35.2% reichte diese Massnahme alleine aus, um die Situation zu beruhigen. Da die möglichen Massnahmen vielseitig sind, wurde häufig die Rubrik „andere Massnahmen“ gewählt (20.5%, n = 18). Weniger oft wurde jemand unter Krafteinsatz festgehalten (19.3%, n = 17) oder fixiert (12.5%, n = 11), der Aggressor ruhig weggeführt (17%, n = 15) oder medikamentös parenteral (13.6%, n = 12) oder peroral (5.7%, n = 5) behandelt. In 15.9% der Fälle (n = 14) war die Alarmierung der Polizei notwendig und in 9.1% (n = 8) musste keine Massnahme getroffen werden.

### **6.2.8 Schweregrad der Aggressionsereignisse**

Der Schweregrad eines Aggressionsereignisses wurde zum einen durch den Gesamtscore des SOAS-R\* erfasst und zum anderen subjektiv auf einer 100mm langen Visual Analog Scale (VAS) eingeschätzt. Die Mittelwerte lagen bei der subjektiven Einschätzung bei 34.5mm und der Gesamtscore bei 8.2 von 22 Punkten.

Erreicht ein Aggressionsereignis einen Schweregrad von neun und mehr Punkten, muss von einem schwerwiegenden Ereignis ausgegangen werden. Diese Erhebung zeigte, dass

54% der Ereignisse (n = 47) zwischen 0 und 8 Punkten aufwiesen und 46% (n = 40) einen Schweregrad von neun und mehr Punkten erreichten.

Der Zusammenhang zwischen den beiden Schweregraden ist stark und hochsignifikant (Pearson's  $r = .702$ ,  $p < 0.001$ ).

### 6.3 Vergleich der Spitaltypen

In dieser Arbeit wird zwischen drei Spitaltypen<sup>6</sup> unterschieden: K121 für die kleinsten Spitäler, K112 für mittlere Spitäler und K111 für Universitätsspitäler. In den folgenden Unterkapiteln werden diese bezüglich den wichtigsten Kriterien verglichen, um mögliche Unterschiede zwischen den Typen zu erfassen. In den 12 Wochen der Erhebung wurden 35 Fälle in der Kategorie K111, 20 Fälle in K112 und 33 Fälle in K121 erfasst (siehe Tab.9).

Die Inzidenzraten der Aggressionsereignisse für die kleinsten (K121) und grössten Institutionen (K111) waren etwa gleich: 0.44%, resp. 0.43%.

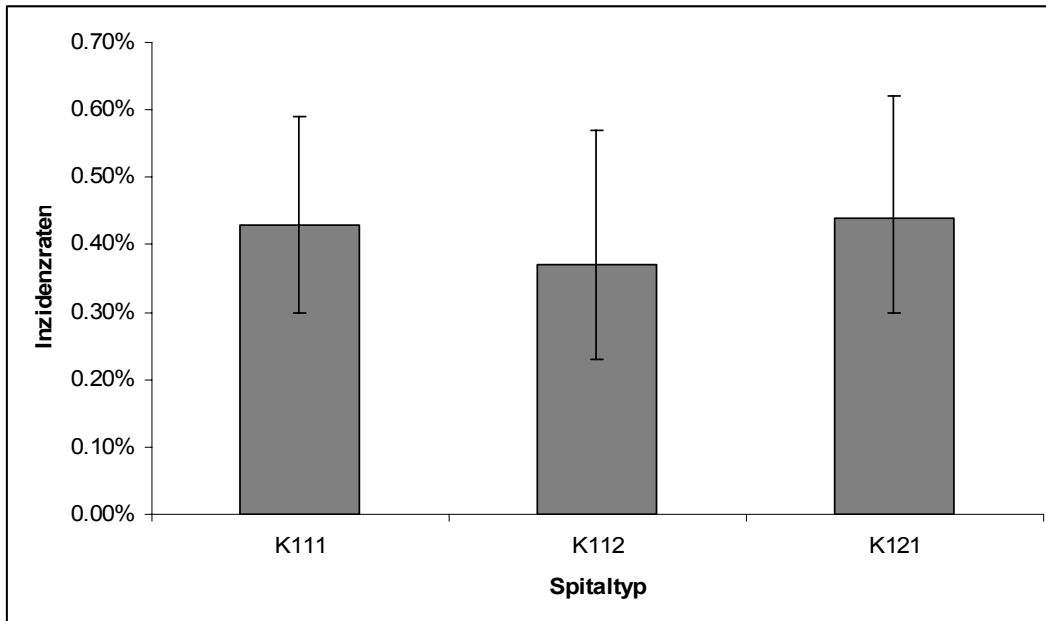
**Tab. 9: Inzidenzraten der Aggressionsereignisse pro Spitaltyp**

Spitaltyp	K111	K112	K121
Anzahl Aggressionsereignisse	35	20	33
Anzahl behandelte Patienten in 90 Tagen	8123	5378	7519
Inzidenzraten	0.43%	0.37%	0.44%
95% - Konfidenzintervall (untere Grenze)	0.30%	0.23%	0.30%
95% - Konfidenzintervall (obere Grenze)	0.59%	0.57%	0.62%
Tag mit Ereignis alle x Tage	3.5	5.3	6.9

Nur die mittlere Kategorie (K112) hatte eine niedrigere Inzidenzrate für Aggressionsereignisse 0.37%. Die 95%-Konfidenzintervalle dieser Raten überschneiden sich jedoch, so dass von keinem signifikanten Unterschied ausgegangen werden kann (siehe Abb.13).

Je kleiner das Spital, desto mehr Tage vergingen ohne Aggressionsereignis: Bei K121 kam es alle 7, bei K112 alle 5 und K111 alle 3.5 Tage mindestens zu einem Vorfall.

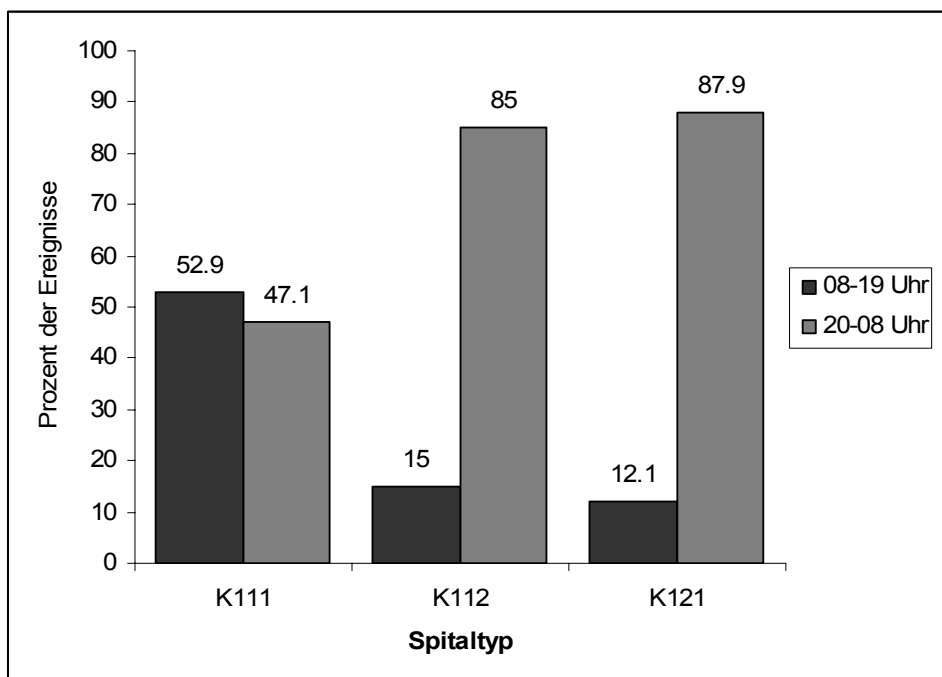
<sup>6</sup> Anzahl stationäre Patienten



**Abb. 13: Inzidenzraten der Aggressionsereignisse (Vergleich der Spitaltypen)**

(mit 95%-Konfidenzintervall)

Bezüglich der Wochentage unterschieden sich die Spitaltypen nicht signifikant (Fisher's Exact Test  $p = 0.121$ ). Wurde verglichen in welcher Tageszeit die Aggressionsereignisse anfielen, fand sich ein hochsignifikanter Unterschied zwischen den Spitaltypen (Pearson's Chi-Quadrat  $p < 0.001$ ).



**Abb. 14: Aggressionsereignisse pro Tageszeit**

In der Kategorie Universitätsspitäler ereigneten sich nur 47.1% der Vorfälle ( $n = 16$ ) in der Nacht (20.00 - 07.00 Uhr). Bei den mittleren und kleinen Spitälern betrug diese Zahl 85% ( $n = 17$ ), resp. 87.9% ( $n = 29$ ) (siehe Abb.14). Die Kategorie K111 verzeichnete nachts signifikant weniger häufig Ereignisse als erwartet, während K121 signifikant mehr aufwies (siehe Tab.10).

**Tab. 10: Korrigierte Residualwerte der Variablen „Tageszeit“ und „Spitaltyp“**

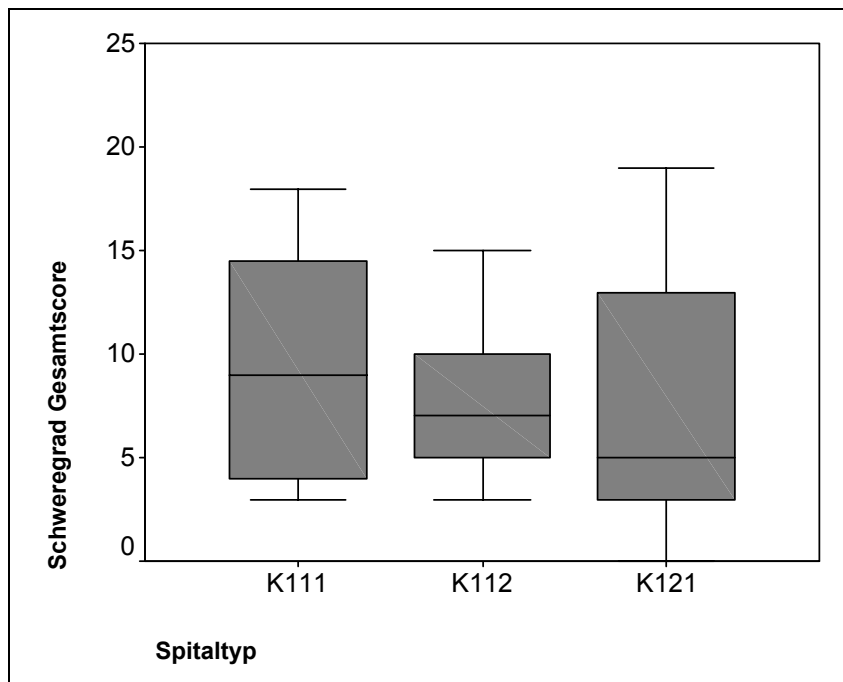
Tageszeiten		K111	K112	K121
08.00-19.00 Uhr	Korrigierte Residualwerte	4.0	-1.5	-2.7
20.00-07.00 Uhr	Korrigierte Residualwerte	-4.0	1.5	2.7

Bezüglich des Ortes der Vorfälle zeigten sich zwischen den Kategorien ebenfalls Differenzen: In den kleinen Spitälern (K121) ereigneten sich 93.8% im Behandlungsraum ( $n = 30$ ) und keine im Wartebereich. In den grösseren Institutionen fanden nur etwa drei Viertel der Vorfälle im Behandlungsraum statt (K111 76.5%,  $n = 26$ ; K112 73.7%,  $n = 14$ ) und im Warteraum waren es bei K111 17.6% ( $n = 6$ ) und bei K112 10.5% ( $n = 2$ ).

Die Spitaltypen unterschieden sich signifikant bezüglich Anzahl Aggressionsereignisse im Wartebereich (Fisher's Exact Test  $p = 0.041$ ): Die Kategorie K111 verzeichnete signifikant mehr Ereignisse, während es bei K121 signifikant weniger waren (korrigierte Residualwerte: K111: 2.1/ K121: -2.3). Bezüglich der anderen Örtlichkeiten unterschieden sich die Spitalkategorien nicht signifikant.

Für den Schweregrad der Aggressionsereignisse konnte kein signifikanter Unterschied gefunden werden (Kruskal Wallis Test  $p = 0.151$ ). Die Abbildung (15) zeigt jedoch die Tendenz: Je kleiner das Spital, desto weniger schwerwiegend waren die Aggressionsereignisse (Median K111, 9 Punkte; K112, 7 Punkte; K121, 5 Punkte). In der Kategorie K111 hatten 54.3% ( $n = 19$ ) der Vorfälle einen errechneten Schweregrad von 9 und mehr Punkten (schwerwiegend), während es bei K112 nur 47.4% ( $n = 9$ ) und bei K121 36.4% ( $n = 12$ ) waren.





**Abb. 15: Schweregrad der Aggressionsereignisse (Vergleich der Spitaltypen)**

In den nachfolgenden Unterkapiteln werden nun die Charakteristika der Aggressionsereignisse mit den Spitaltypen separat verglichen. Da die Unterschiede im Zentrum standen und sich die Kategorien in den meisten Kriterien nicht signifikant unterschieden (siehe Tab.11, Seite 50), wird im Text nur auf die signifikanten und knapp nicht signifikanten ( $p < 0.1$ ) ausführlich eingegangen.

### 6.3.1 Auslöser der Aggression

Die Spitaltypen unterschieden sich in den Auslösern nicht signifikant. Aggressive Patienten unter Alkohol- und / oder Drogeneinfluss machten in der Kategorie (K121) einen grösseren Anteil der Vorfällen aus, als in den anderen Spitaltypen (K121 75.8%,  $n = 25$ ; K111 51.4%,  $n = 18$ ; K112 50%,  $n = 10$ ). Der Unterschied war jedoch knapp nicht signifikant (Pearson's Chiquadrat  $p = 0.070$ ).

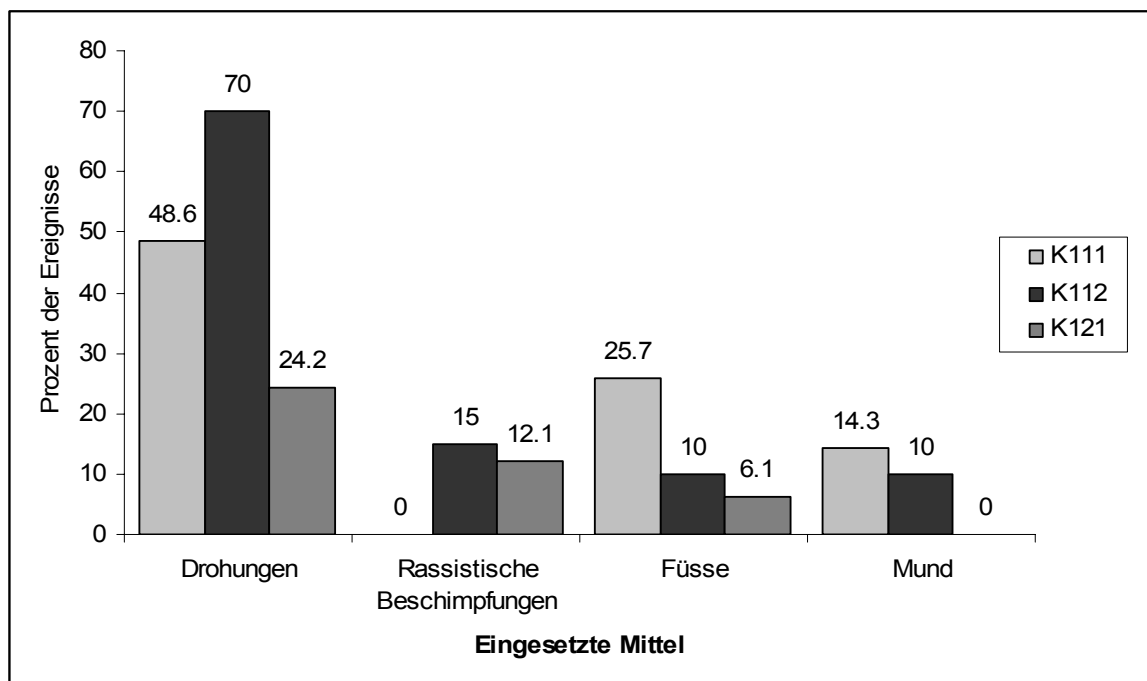
### 6.3.2 Mittel der Aggression

Die gewählten Mittel zur Aggression waren vielfältig, jedoch unterschieden sich die Spitalkategorien nur in den vorgekommenen Drohungen (Pearson's Chiquadrat  $p = 0.004$ ) und rassistischen Beschimpfungen (Fisher's Exact Test  $p = 0.042$ ) signifikant.

In 70% der Fälle ( $n = 14$ ) wurden im mittleren Spitaltyp (K112) Drohungen ausgesprochen, während diese in der Kategorie des Universitätsspitals (K111) nur in 48.6% ( $n = 17$ ) und im kleinsten Spitaltyp (K121) in 24.2% der Ereignisse ( $n = 8$ ) vorkamen. Die Kategorie K112

verzeichnete signifikant mehr Drohungen als erwartet, während K121 signifikant weniger verzeichnete (korrigierte Residualwerte: K112: 2.6; K121: - 2.9) (siehe Abb.16)

Rassistische Beschimpfungen kamen in der Kategorie der Universitätsspitäler (K111) überhaupt nicht vor, was signifikant weniger häufig war als erwartet (korrigierter Residualwert: - 2.2). Im Gegensatz dazu waren 15% der Vorfälle (n = 3) in der mittleren Spitalkategorie (K112) und 12.1% (n = 4) in der kleinsten Spitalkategorie (K121) mit rassistischen Beschimpfungen gekoppelt (siehe Abb.16).



**Abb. 16: Mittel der Aggression (Vergleich der Spitaltypen)**

Bei den verwendeten Gegenständen fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Spitaltypen.

Bei der Rubrik „eingesetzte Körperteile“ zeigte sich ein geteiltes Bild: Die Kategorien unterschieden sich nicht im Einsatz von Hand, Zähnen und anderer Körperteilen. Demgegenüber wurden deutliche, jedoch knapp nicht signifikante Unterschiede beim Einsatz der Füße (Fisher's Exact Test  $p = 0.069$ ) und des Mundes (Fisher's Exact Test  $p = 0.074$ ) gefunden. Gerade in der Kategorie K111 wurde deutlich häufiger (in 25.7% der Fälle, n = 9) getreten als in andern Spitaltypen (K112, 10%, n = 2; K121, 6.1%, n = 2). Ein ähnliches Bild zeigte sich beim Einsatz des Mundes: In 14.3% (n = 5) der Fälle beim Spitaltyp K111, 10% (n = 2) bei K112 und in der Kategorie K121 wurden keine Fälle verzeichnet (siehe Abb.16).

### 6.3.3 Ziele der Aggression

Die Spitalkategorien unterschieden sich in der Spalte „Ziele“ nur in der Kategorie „Sicherheitsdienst“ signifikant (Fisher's Exact Test  $p < 0.001$ ). Dieser war nur in der Kategorie des Universitätsspitals (K111) Ziel des Angriffs.

### 6.3.4 Konsequenzen der Aggression

Die Konsequenzen, welche die Aggressionsereignisse hatten, waren unterschiedlich. Die verschiedenen Spitaltypen unterschieden sich signifikant in den beiden Variablen „keine Konsequenzen“ (Pearson's Chiquadrat  $p = 0.016$ ) und „Personen fühlte sich bedroht“ (Pearson's Chiquadrat  $p = 0.014$ ).

In der Kategorie der Universitätsspitäler (K111) hatten 40% der Fälle ( $n = 14$ ) keine Konsequenzen, in K112 35% ( $n = 7$ ) und in K121 69.7% ( $n = 23$ ). In umgekehrter Weise war die Verteilung, ob sich die Personen bedroht fühlten (K111 in 51.4%,  $n = 18$ ; bei K112 in 55%,  $n = 11$ ; bei K121 in 21.2% der Vorfälle,  $n = 7$ ) (siehe Abb.17). In der Kategorie K121 hatten die Aggressionsereignisse signifikant weniger häufig als erwartet Konsequenzen (korrigierter Residualwert: 2.9) und ebenfalls signifikant weniger häufig fühlten sich die Personen bedroht (korrigierter Residualwert: - 2.9).

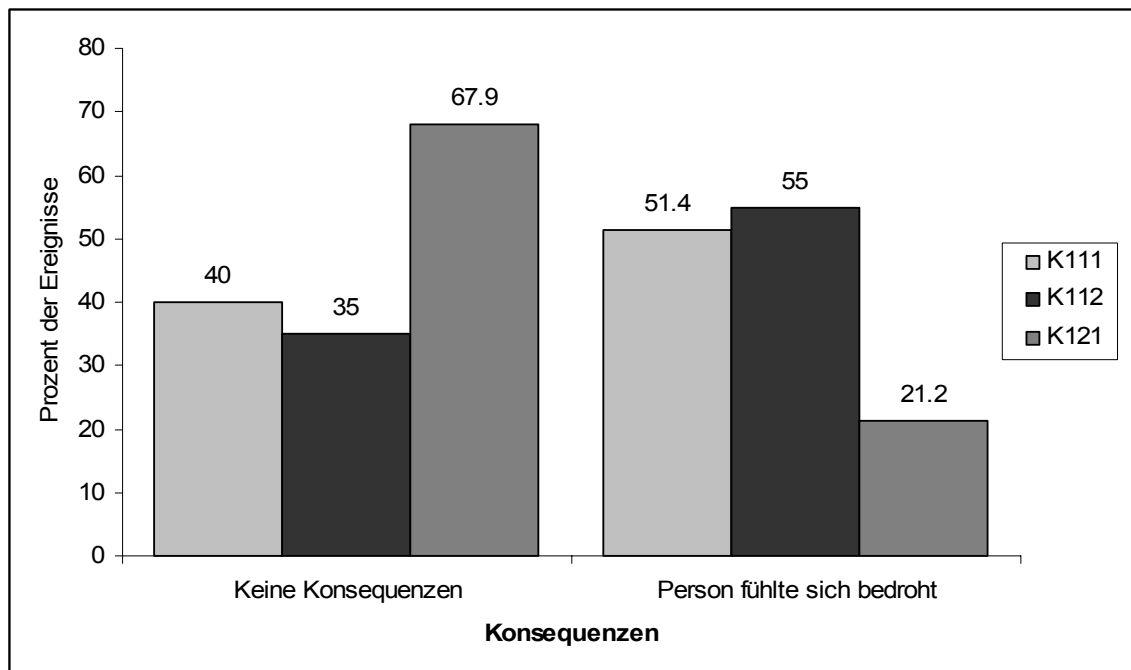


Abb. 17: Konsequenzen (Vergleich der Spitaltypen)

### **6.3.5 Getroffene Massnahmen**

Die Spitaltypen unterschieden sich bezüglich der Massnahmen nicht signifikant.

**Tab. 11: Unterschiede städtischer und ländlicher Spitäler bezüglich der Charakteristika der Aggressionsereignisse**

<b>Auslöser</b>	<b>Pearson's Chiquadrat</b>	<b>Fisher's Exact Test</b>
Kein nachvollziehbarer Auslöser		0.793
Andere Patienten		1
Hilfe bei den ATL's		0.340
Etwas verwehrt	0.834	
Durchführung Massnahme /Untersuchung	0.520	
Wartezeit	0.833	
Andere Auslöser		0.256
<b>Zustand des Patienten</b>		
Schmerzen		0.534
Verwirrt		0.644
Alkohol / Drogen	0.070	
Andere Zustände		0.150
<b>Mittel</b>		
Verbale Aggression		0.719
Drohung	<b>0.004</b>	
Beschimpfung	0.518	
Sexuelle Beschimpfung		0.667
Rassistische Beschimpfung		<b>0.042</b>
Drohgebärden	0.770	
Stuhl		0.223
Glas		0.346
Andere Gegenstände		1
Hand	0.810	
Fuss		0.069
Mund		0.074
Zähne		0.829
Andere Körperteile		1
Messer		0.216
<b>Ziele</b>		
Kein Ziel		0.105
Gegenstand		0.700
Andere Patienten		1
Patient selbst		1
Begleitperson		1
Mitarbeiter		0.230
Pflegeperson	0.558	
Paramed. Personal		0.503
Arzt / Ärztin	0.156	
Empfang		0.527
Sicherheitsdienst		<b>0.000</b>
Polizei	0.526	
Andere Personen		0.687
<b>Konsequenzen</b>		
Keine Konsequenzen	<b>0.016</b>	
Gegenstand beschädigt		0.447
Gegenstand muss repariert werden		0.342
Fühlten sich bedroht	<b>0.014</b>	
Schmerzen < 10 Minuten		0.441
Sichtbare Verletzung		0.345
Nicht-ärztliche Behandlung		0.457
Ärztliche Behandlung		1
<b>Massnahmen</b>		
Keine Massnahme		0.325
Gespräch mit dem Pat.	0.195	
Ruhig wegführen	0.482	
Perorale Medikation		1
Parenterale Medikation		0.258
Krafteinsatz festhalten	0.651	
Fixation		0.647
Alarmierung Polizei	0.968	
Andere Massnahmen	0.838	

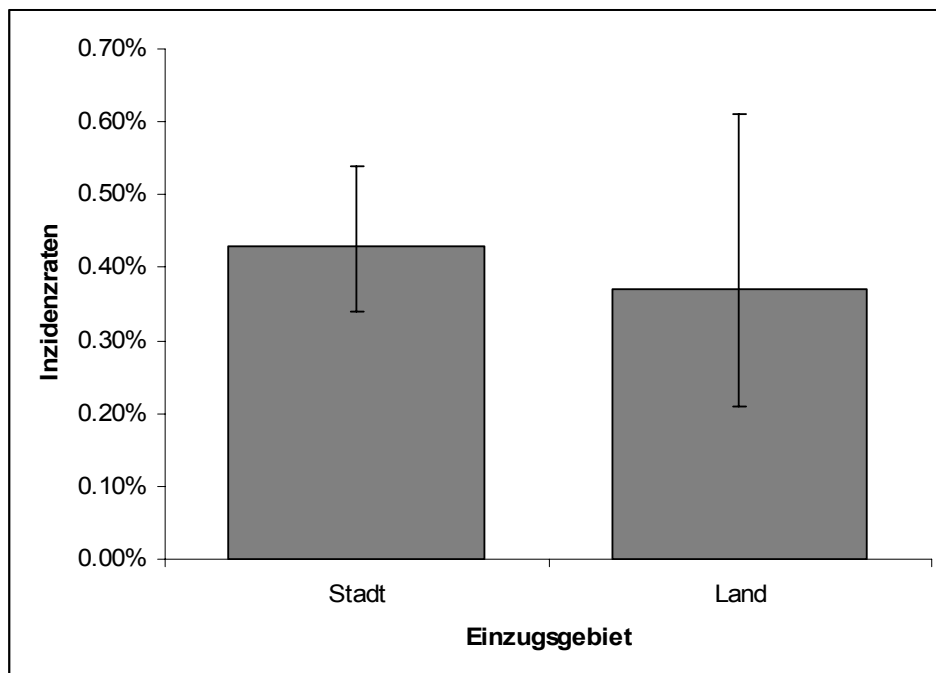
## 6.4 Vergleich Einzugsgebiet (Stadt / Land)

In einem weiteren Schritt wurden die Spitäler mit städtischem Einzugsgebiet mit dem einen Spital mit ländlichem verglichen. In städtischen Gebieten wurden 73 und auf dem Land 15 Aggressionsereignisse während der Erhebungsphase erfasst (siehe Tab.13, Seite 54).

Die Inzidenzrate der Aggressionsereignisse des ländlichen Spitals betrug 0.37% und die der städtischen 0.43%.

**Tab. 12: Inzidenzraten der Aggressionsereignisse pro Einzugsgebiet**

	Stadt	Land
Anzahl Aggressionsereignisse	73	15
Anzahl behandelte Patienten in 90 Tagen	16'965	4055
Inzidenzraten	0.43%	0.37%
95% - Konfidenzintervall (untere Grenze)	0.34%	0.21%
95% - Konfidenzintervall (obere Grenze)	0.54%	0.61%
Tag mit Ereignis alle x Tage	6	7



**Abb. 18: Inzidenzraten der Aggressionsereignisse nach Einzugsgebieten**

(mit 95%-Konfidenzintervall)

---

Die 95%-Konfidenzintervalle dieser Raten überschritten sich jedoch, so dass von keinem signifikanten Unterschied ausgegangen werden kann (siehe Abb.18). Auf dem Land kam es alle 7 Tage mindestens zu einem Aggressionsereignis und in der Stadt alle 6 Tage.

Bezüglich der Verteilung der Aggressionsereignisse über die Wochentage fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen den städtischen und dem ländlichen Spital (Fisher's Exact Test  $p = 0.165$ ).

In der Institution mit ländlichem Einzugsgebiet waren 93.3% der Vorfälle ( $n = 14$ ) in der Nacht (20.00 - 07.00 Uhr). In den städtischen Gebieten ereigneten sich hingegen nur zwei Drittel (66.7%,  $n = 48$ ) nachts. Der Unterschied war jedoch knapp nicht signifikant (Fisher's Exact Test  $p = 0.057$ ).

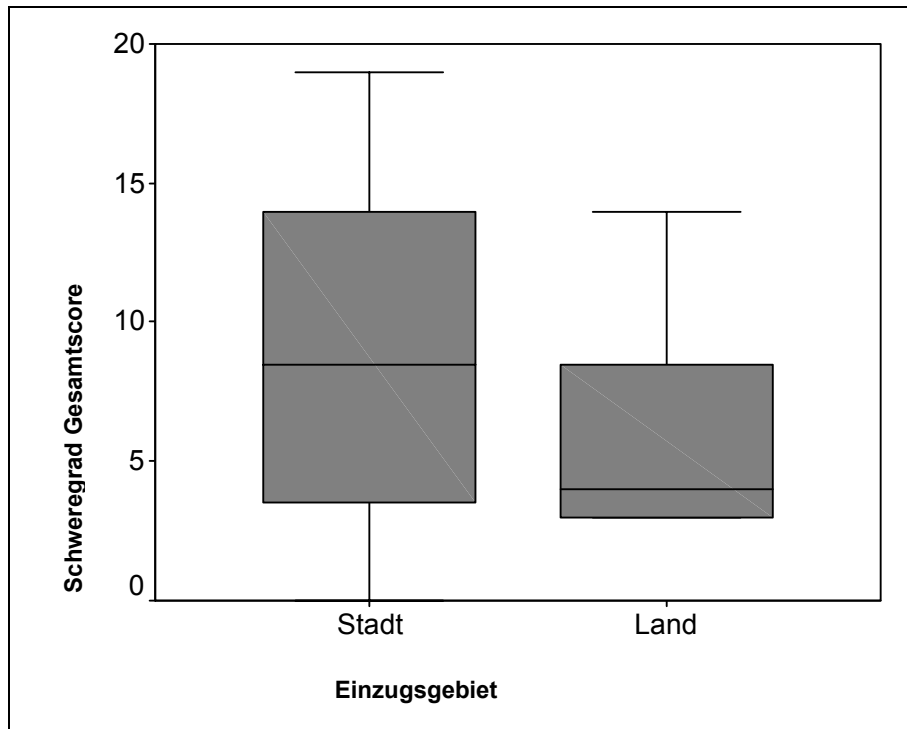
Bezüglich der Örtlichkeiten der Aggressionsereignisse fand sich eine signifikante Differenz zwischen den beiden Gebieten: Dem Behandlungsraum (Fisher's Exact Test  $p = 0.034$ ). Während im ländlichen Spital alle Aggressionsereignisse ( $n = 15$ ) im Behandlungsraum vorkamen, waren es im städtischen Gebiet nur 78.6% aller Vorfälle ( $n = 55$ ). 11.4% ( $n = 8$ ) waren dort im Warteraum, 10% beim Empfang ( $n = 7$ ) und 8.6% ( $n = 6$ ) an anderen Orten.

Es zeigten sich beim Vergleich der Spitäler mit städtischem, resp. ländlichem Einzugsgebiet nur zwei signifikante Differenzen bezüglich der Charakteristika von Aggressionsereignissen (siehe Tab.13): Sie bezogen sich auf die Konsequenzen der Vorfälle.

Im ländlichen Gebiet hatten 80% der Vorfälle ( $n = 12$ ) keine Konsequenzen. Im städtischen Gebiet waren es nur 43.8% ( $n = 32$ ) (Pearson's Chiquadrat  $p = 0.011$ ). Auch fühlten sich die Personen in der Stadt in 46.6% der Fälle ( $n = 34$ ) bedroht, was auf dem Land nur in 13.3% ( $n = 2$ ) der Fall war (Pearson's Chiquadrat  $p = 0.017$ ). Es zeigte sich, dass im Spital mit ländlichem Einzugsgebiet die Vorfälle signifikant häufiger als erwartet keine Konsequenzen hatten (korrigierte Residualwerte: Land: 2.6, Stadt: - 2.6) und sich die Personen dort ebenfalls signifikant weniger häufig als erwartet bedroht fühlten (korrigierte Residualwerte: Land: -2.4, Stadt: 2.4). Den gegenteiligen Befund zeigte sich für die Spitäler mit städtischem Einzugsgebiet.

Insgesamt erzielten die Aggressionsereignisse auf dem Land nur in 26.7% ( $n = 4$ ) einen Schweregrad von 9 und mehr Punkten (schwerwiegend). Im städtischen Gebiet waren es hingegen 50% aller Vorfälle ( $n = 36$ ). Der Median lag dort bei 8.5 und auf dem Land bei 4 Punkten (siehe Abb.19).

Dieser Unterschied war jedoch knapp nicht signifikant (Mann Withney U  $p = 0.090$ ).



**Abb. 19: Schweregrad der Aggressionsereignisse (Vergleich Einzugsgebiete)**



**Tab. 13: Unterschiede städtischer und ländlicher Spitäler bezüglich Charakteristika der Aggressionsergebnisse**

<b>Auslöser</b>	<b>Pearson's Chiquadrat</b>	<b>Fisher's Exact Test</b>
Kein nachvollziehbarer Auslöser		1
Andere Patienten		1
Hilfe bei den ATL's		1
Etwas verwehrt		0.752
Durchführung Massnahme /Untersuchung		1
Wartezeit		1
Andere Auslöser		0.207
<b>Zustand des Patienten</b>		
Schmerzen		0.583
Verwirrt		0.584
Alkohol / Drogen	0.576	
Andere Zustände		1
<b>Mittel</b>		
Verbale Aggression		1
Drohung	0.131	
Beschimpfung	0.984	
Sexuelle Beschimpfung		1
Rassistische Beschimpfung		0.598
Drohgebärden	0.946	
Stuhl		1
Glas		1
Andere Gegenstände		0.584
Hand		1
Fuss		0.113
Mund		0.598
Zähne		1
Andere Körperteile		1
<b>Ziele</b>		
Kein Ziel		0.583
Gegenstand		1
Andere Patienten		1
Patient selbst		1
Begleitperson		1
Mitarbeiter		1
Pflegeperson		0.451
Paramed. Personal		1
Arzt / Ärztin	0.785	
Empfang		1
Sicherheitsdienst		0.200
Polizei		1
Andere Personen		0.598
<b>Konsequenzen</b>		
Keine Konsequenzen	0.011	
Andere Konsequenzen		1
Gegenstand beschädigt		1
Gegenstand muss repariert werden		1
Fühlten sich bedroht	0.017	
Schmerzen < 10 Minuten		1
Sichtbare Verletzung		1
Nicht-ärztliche Behandlung		0.583
Ärztliche Behandlung		1
<b>Massnahmen</b>		
Keine Massnahme		1
Gespräch mit dem Pat.		1
Ruhig wegführen		0.451
Perorale Medikation		1
Parenterale Medikation		0.682
Krafteinsatz festhalten		1
Fixation		1
Alarmierung Polizei		1
Andere Massnahmen		0.289

## 7 Diskussion

Im ersten Teil der Diskussion werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert. Im zweiten Teil werden sie mit möglichen Interventionen und Massnahmen in Beziehung gebracht. Abschliessend wird die Arbeit kritisch betrachtet und fortführende Fragestellungen generiert.

### 7.1 Diskussion der Ergebnisse

**Wie häufig sind Aggressionsereignisse auf Notfallstationen von Akutspitälern?  
Gibt es Unterschiede zwischen den Spitaltypen, resp. den städtischen und ländlichen  
Gebieten?**

In den drei Monaten der Erhebung wurden auf den Notfallstationen von vier Spitälern 88 Aggressionsereignisse auf 21'020 Patienteneintritten erhoben. Dies entspricht einer Inzidenzrate für Aggressionsereignisse von 0.42%. Vergleichbare Zahlen aus dem Notfallbereich fehlen.

Werden jedoch nur die physischen Angriffe ( $n = 39$ ) in die Auswertung miteinbezogen ergibt das eine Inzidenzrate für physische Aggressionsereignisse von 0.19%. Diese Daten können mit jenen von Foust (1993) verglichen werden, der 19 tätliche Angriffe auf 48'938 behandelte Patienten zählte, was einer Inzidenzrate für physische Attacken von 0.04% entspricht. Die 95%-Konfidenzintervalle der beiden Erhebungen überschneiden sich nicht, was auf einen signifikanten Unterschied hindeutet.

Die Vergleiche der Inzidenzraten der Aggressionsereignisse aus anderen Spitalbereichen bringen Schwierigkeiten mit sich und machen wenig Sinn, da andere Definitionen verwendet, andere Methoden und Bezugsgrössen zur Berechnung der Inzidenzraten eingesetzt werden und starke Schwankungen der Prozentzahlen 0.4% - 33% zwischen den einzelnen Untersuchungen vorliegen (Nijman et al., 2005).

Die Inzidenzrate der Aggressionsereignisse von etwa einem halben Prozent suggeriert sehr klein zu sein, so dass die Frage aufkommen könnte, ob das Thema „Aggressionsereignisse auf Notfallstationen überhaupt relevant ist. Je nach Anzahl behandelter Patienten pro Tag ereignete sich jedoch an einem, resp. zwei Tagen pro Woche mindestens ein Vorfall. Wird weiter von einem starken Underreporting (etwa zwei Drittel der verbalen und ein Drittel der physischen Angriffe) ausgegangen, sind diese noch wesentlich häufiger.

Wie auch die Befragung von Needham (2001a) zeigte, ist für mehr als ein Fünftel der befragten Deutschschweizer Notfallpflegenden Aggression ein grosses bis sehr grosses Thema, und für 88% stellt es ein Problem dar. Die meisten Pflegenden machen in ihrer Tätigkeit Erfahrungen mit Gewalt (Mahoney, 1991; O'Connell et al., 2000).

Jenkins et al. (1998) fanden in ihren Untersuchungen, dass in ländlichen Spitälern signifikant weniger häufig Aggressionsereignisse vorkamen als in städtischen Gebieten. Dieser Umstand deckt sich mit den Befunden der vorliegenden Studie, welcher eine geringere Inzidenzrate für Spitäler mit ländlichem Einzugsgebiet feststellt (0.37% versus 0.43%), was die Hypothese bestätigt.

Je kleiner die Spitäler sind, desto mehr Tage vergingen ohne Aggressionsereignis: bei K121 erlebten alle 6.9, bei K112 alle 5.3 und bei K111 alle 3.5 Tage mindestens ein Vorfall. Bezüglich Inzidenzraten der Aggressionsereignisse waren K111 (0.43%) und K121 (0.44%) etwa gleich. Nur die mittlere Kategorie (K112) verzeichnete deutlich weniger Ereignisse (Inzidenzrate: 0.37%). Damit bestätigt sich die Hypothese, je grösser das Spital desto höher die Inzidenzrate, nicht.

### **Welche Charakteristika haben Aggressionsereignisse?**

#### **Gibt es Unterschiede zwischen den Spitaltypen, resp. den städtischen und ländlichen Gebieten?**

Foust (1993) stellte fest, dass sich Aggressionsereignisse auf Notfallstationen in den Abendstunden und der Nachtschicht häufen. Diese Ergebnisse werden auch in dieser Untersuchung bestätigt: 71.3% der Vorfälle ereigneten sich zwischen 20.00 - 07.00 Uhr, was der Hypothese entspricht. Im ländlichen Spital waren sogar 93.9% der Fälle nachts. Da sich ein Grossteil der Aggressionsereignisse nach vorgängigem Alkohol- und / oder Drogenkonsum ereigneten, könnte das eine Erklärung für die Häufung in den Abend- und Nachtstunden sein. Diese Annahme bestätigt der Pearson Chiquardat ( $p = 0.004$ ), der signifikant mehr Vorfälle unter Alkohol- und / oder Drogeneinfluss in der Nacht registrierte als erwartet (korrigierter Residualwert: 2.9).

Wurden jedoch die Spitaltypen miteinander verglichen, zeigte sich ein differenzierteres Bild: In der Kategorie Universitätsspitäler (K111) kamen nur 47.1% der Vorfälle nachts vor, signifikant weniger als erwartet, während es bei den mittleren (K112) und kleinen Spitälern (K121) 85%, resp. 87.9% waren. Da unbekannt ist, wie sich die Gesamtzahl der behandelten Patienten, je nach Institution, über die Tag-, resp. Nachtschicht verteilen, der Arbeitsanfall zum Zeitpunkt des Ereignisses nicht erfasst wurde, kann kein Schluss gezogen werden, auf was für Faktoren diese Unterschiede zurückzuführen sind.

---

Etwa ein Drittel (34.1%) der Aggressionseignisse fand an Wochenenden statt. Dies entspricht auch der Hypothese. Derlet & Richards (2000) führten diesen Umstand auf eine häufige Überfüllung der Notfallstationen in den Nächten von Samstag und Sonntag. Des Weiteren gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Wochentagen und der Anzahl Aggressionseignisse, bei denen der Aggressor unter Alkohol- und / oder Drogeneinfluss stand (Fisher's Exact Test  $p = 0.001$ ). Diese waren an Samstagen signifikant häufiger als erwartet (korrigierter Residualwert: 2.8).

Zusätzlich könnte ein Grund sein, dass über das Wochenende die Hausarztpraxen keine Behandlungen durchführen und somit an den Wochenenden mehr Patienten behandelt werden als während der Woche, was folglich zu Stosszeiten führen kann.

Nicht in jeder Woche der Erhebung ereigneten sich gleich viele Aggressionseignisse. Die meisten Vorfälle wurden direkt zu Beginn der Erhebung erfasst. Diese Tatsache könnte damit zusammen hängen, dass zu Beginn der Erfassung die Sensibilisierung, gerade im Bereich verbaler Aggression und die Motivation am stärksten waren und danach im Alltag etwas abnahmen. Im Dezember wurde die niedrigste Inzidenzrate erhoben und in der Woche vom 20. - 26.12.04 ereigneten sich am wenigsten Vorfälle.

Aggressionseignisse fanden in den Räumlichkeiten der Notfallstationen unterschiedlich oft statt. Die Mehrheit wurde in den Behandlungsräumen (82.4%) verzeichnet, gefolgt von 9.4% in den Warteräumen, 8.2% beim Empfang und 7.1% an anderen Orten. Stellt man den Vergleich zwischen den Spitaltypen an, zeigen sich signifikante Differenzen: In kleinen Spitälern (K121) spielen sich 93.8% der Vorfälle im Behandlungsraum ab und keine im Wartebereich, hingegen fanden in den grösseren Spitälern nur etwa drei Viertel der Aggressionseignisse im Behandlungsraum und jeweils etwa 10% im Wartebereich statt. Im ländlichen Spital waren es sogar 100% im Behandlungsbereich.

Die meisten Aggressoren waren, entsprechend der Hypothese, männliche Patienten.

Insgesamt war die Mehrheit der Angreifer Patienten der Notfallstationen (92%), gefolgt von Angehörigen (12.5%) und anderen Personen (3.4%). Dieser Befund entspricht den Daten von Hesketh et al. (2003), Jenkins et al. (1998) und O'Connell et al. (2000). Die aggressiven Patienten machten 88.4% der physischen und 83.9% der verbalen Angriffe aus. Auch diese Zahlen entsprechen etwa der Studie von Hesketh et al. (2003), in welcher bei physischen Angriffen 95.9% Patienten waren und jenen von O'Connell et al. (2000), die 83.7% der verbalen Aggression Patienten zuschrieben.

---

Angehörige und andere Aggressoren griffen nur unter Beihilfe einer oder mehrerer Personen physisch an, alleine waren sie ausschliesslich verbal aggressiv. Dieser Umstand könnte mit dem Begriff Verantwortungsdiffusion (Bierhoff, 1988/1996) erklärt werden. Er besagt, dass sich eine einzelne Person für ihr Handeln weniger verantwortlich fühlt, wenn sie in einer Gruppe agiert. Dies könnte das aggressivere Vorgehen erklären.

Drei Viertel (75.5%) der Angreifer war männlich. Dieses Ergebnis muss aber nicht unbedingt bedeuten, dass Männer aggressiver sind als Frauen, denn Frauen wählen eher verbale Strategien (Björkqvist, 1994). Da verbale Aggression einem stärkeren Underreporting unterliegt, oder je nach Aggressionsdefinition überhaupt nicht erfasst wird, könnten die Daten dadurch einer Verzerrung unterliegen. Die vorliegenden Ergebnisse entsprechen jedoch jenen von Croker & Cummings (1995), Foust (1993) und Rosenthal et al. (1992).

Das Alter der aggressiven Patienten variierte stark. Fast ein Viertel der Angreifer war unter 27 Jahre alt und wenige (10%) waren im Rentenalter. Etwa die Hälfte war unter 40 Jahren.

Jenkins et al. (1998) und Lyneham (2000) haben in ihren Untersuchungen drei begünstigende Faktoren für aggressives Verhalten eruiert: Alkohol, Drogen und die Wartezeiten. Pflegenden von Notfallstationen schätzten, bei retrospektiver Befragung, dass Alkohol, resp. Drogen in 80% der Fälle mit im Spiel waren. In dieser prospektiven Erhebung waren Alkohol und/oder Drogen in 60.2% der Aggressionsereignisse involviert, was der aufgestellten Hypothese, Alkohol- und Drogen seien die häufigsten fördernden Faktoren, entspricht. Während geringe Alkoholmengen durchaus anregend und stimmungssteigernd sein können, schlägt beim Konsum höheren Dosen oft die heitere Stimmung in Gereiztheit oder sogar in Gewalt um (Deutsche Hauptstelle für Sucht, 2004). Wie im Kapitel 3.3.3 jedoch erläutert wurde, muss von einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren ausgegangen werden, die zu einem Aggressionsereignis führen können. Da jedoch der Fragebogen nur wenige Auslöser auflistet, der beobachtenden Person nicht alle Ursachen zugänglich sind und retrospektiv (nach einem Ereignis) der Auslöser bestimmt werden soll, ist eine Erfassung, welche alle begünstigenden Faktoren miteinbezieht, in den meisten Fällen nicht möglich.

Deutlich zu erkennen ist jedoch, dass Alkohol und/oder Drogen in fast zwei Drittel der Vorfälle in Kombination mit den Hauptauslösern „Patient wurde etwas verwehrt“ (25%) und der „Durchführung einer Massnahme / Untersuchung“ (18.2%) vorkamen. Ein anderes Bild zeigte sich beim dritten Hauptauslöser, der Wartezeit (in 18.2% der Fälle). Hier stand nur ein Viertel der Angreifer unter Drogen-, resp. Alkoholeinfluss.

Muss ein Patient auf seine Behandlung warten, ist dies eine schwierige und belastende Situation für ihn, die Angehörigen aber auch für die Mitarbeiter. Da die Pflegenden je nach

---

Dringlichkeit der Fälle die Reihenfolge der Behandlungen festlegen, fühlen sich Patienten durch das Warten in ihrem Leiden nicht ernst genommen. Dies kann zu Unzufriedenheit, Frustration und schliesslich zu Aggression führen (Akerström, 1997; Derlet & Richards, 2000). Interessant war der Befund, dass mehr als drei Viertel der Angreifer, bei denen die Wartezeit als Auslöser angegeben wurde, innerhalb von 30 Minuten Wartezeit aggressiv übergriffig wurden. Dieser Umstand spricht wiederum für ein Zusammenwirken mehrerer Ursachen, die nicht direkt ersichtlich waren und somit nicht in die Erfassung eingingen. Beim Vergleich der Spitaltypen zeigte sich, dass in Spitälern der kleinsten Kategorie (K121) tendenziell mehr Aggressoren unter Alkohol- und / oder Drogeneinfluss standen, als in den grösseren (75.8% versus ca. 50% der Fälle).

Die eingesetzten Mittel, während einer Aggressionsphase, waren vielfältig. Die Hypothese, dass über zwei Drittel der Vorfälle ausschliesslich verbale Attacken sind, bestätigte sich nicht. Zwar waren, wie auch in der Literatur beschrieben (Schnieden & Marren-Bell, 1995), fast alle Fälle (90.9%) von verbalen Angriffen begleitet. Ausschliesslich verbale Attacken waren jedoch nur 44.3% der Ereignisse, was deutlich unter der Prozentzahl der Hypothese und den Daten von Graydon et al. (1994) mit 67.4% rein verbalen Angriffe im Allgemeinspital liegt.

44.3% der Aggressionsereignisse beinhalteten physische Handlungen: 39.7% bestand aus einer Kombinationen von Drohgebärden, verbaler und physischer Mittel. Nur 4.6% der Vorfälle waren ausschliesslich physische Attacken. Im Gegensatz zu Graydon et al. (1994) ist der Prozentsatz der kombinierten Angriffsmittel dieser Erhebung deutlich höher (39.7% zu 22.5%), dagegen ist er bei den rein physischen Vorfälle geringer (4.6% anstatt 10%).

Der hohe Anteil (44.3%) physischer Attacken könnte darauf zurückzuführen sein, dass verbale Ausfälligkeiten mitunter zum Alltag der Mitarbeiter auf den Notfallstationen gehören und deshalb seltener erfasst werden (Jenkins et al., 1998).

In 39.8% der Aggressionsereignisse wurden beim Angriff eigene Körperteile eingesetzt. Besonders häufig die Hand in 30.7% und der Fuss in 14.8% der Fälle, gefolgt von Angriffen mit Gegenständen (10.2%). Im Vergleich der Spitaltypen und der Einzugsgebieten konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden. Es zeigte sich jedoch die Tendenz, dass Füsse in der Kategorie der Universitätsspitäler und im städtischen Gebiet deutlich häufiger eingesetzt wurden, als dies in den kleineren Spitaltypen, resp. dem ländlichen Gebiet der Fall war.

Waffen und gefährliche Gegenstände werden oft mit aggressiven Übergriffen in Verbindung gebracht, doch machen sie nur einen kleinen Prozentsatz aus (Mahoney, 1991). Bei der vorliegenden Erhebung trug nur einmal ein Patient ein Messer auf sich, setzte es jedoch

---

nicht ein. Die Gefahr der physischen Gewalt geht folglich auf Deutschschweizer Notfallstationen nicht von den mitgeführten Waffen oder Gegenständen aus, sondern meist werden eigene Körperteile eingesetzt.

Die verbale Aggression konnte noch weiter differenziert werden: In: 60.2% der Vorfälle waren es Beschimpfungen (davon 10.2% sexuelle und 8% rassistische) und 44.3% waren verbale Drohungen. Schnieden und Marren-Bell (1995) erhielten in ihren Untersuchungen vergleichbare Prozentzahlen für die verschiedenen Aspekte der verbalen Aggression.

Beim Vergleich der Spitaltypen ergab sich ein signifikanter Unterschied für Drohungen: Mehr Drohungen als erwartet wurden im mittleren Spitaltyp (K112) gefunden, während die Kategorie K121 signifikant weniger verzeichnete. Ebenso kamen Drohungen im ländlichen Spital tendenziell weniger häufig vor als im städtischen Gebiet. In der Kategorie Universitätsspitäler wurden keine rassistischen Beschimpfungen erfasst, was signifikant weniger ist, als erwartet.

Aufgrund der vorgängig genannten Ergebnisse kann folgender Schluss gezogen werden: Im Mittelpunkt der verbalen Aggression stehen die Beschimpfungen gefolgt von den Drohungen. Sehr selten wird auf sexuelle oder rassistische Beschimpfungen zurückgegriffen. Dies könnte daran liegen, dass sich verbale Aggression (Beschimpfungen und Drohungen) in erster Linie auf die Auslöser (z.B. lange Wartezeiten, Ärger über Patientensituation, Vorgehen bei einer Massnahme / Untersuchung, allgemeine Konditionen etc.) beziehen. Sie richten sich selten gegen die angegriffene Person, wie das bei sexuellen oder rassistischen Bemerkungen der Fall wäre.

Die meisten Angriffe waren zielgerichtet, in 93.2% richteten sie sich gegen andere Menschen und in 4.5% der Fälle gegen die eigene Person. Hauptziel der Aggression waren Mitarbeiter in 90.9% der Fälle. Pflegepersonen waren, entsprechend der Hypothese, am häufigsten (83%) von Aggressionen betroffen, gefolgt von den Ärzten (43.2%). Andere Mitarbeitergruppen waren seltener Angriffen ausgesetzt. Diese Resultate decken sich mit jenen von Cembrowicz und Shepherd (1992). Richter (1999) hat die häufige Betroffenheit des Pflegepersonals darauf zurückgeführt, dass diese die meiste Zeit in der Nähe des Patienten verbringen.

Die meisten Aggressionsereignisse blieben glücklicherweise ohne Konsequenzen (50.6%), wie es in der Hypothese erwartet wurde. Dieser Befund decken sich mit jenen von Richter (1998) und Duchateau et al. (2002). Am häufigsten fühlten sich die Mitarbeiter, als Folge des Angriffs, bedroht (41.4%). Wie in den methodischen Problemen beschrieben, könnten eine noch grössere Anzahl Ereignisse, die die Bedrohung des Selbstwertes zur Folge ge-

habt haben, nun aber fälschlicherweise unter die Kategorie „keine Konsequenzen“ fallen anstatt unter „Bedrohung“.

In 11.4% der Fälle trug die attackierte Person eine sichtbare Verletzung und / oder Schmerzen davon, oder sie brauchte eine ärztliche, resp. nichtärztliche Behandlung.

Beim Vergleich zwischen den Spitaltypen und den Einzugsgebieten zeigte sich, dass in der kleinsten Kategorie (K121) und im ländlichen Spital die Ereignisse signifikant häufiger als erwartet „keine Konsequenzen“ hatten und sich die Personen entsprechend seltener bedroht fühlten. Diese Fakten widerspiegeln sich ebenfalls im Schweregrad der Aggressionseignisse: Es konnten zwar keine signifikanten Unterschiede gefunden werden, doch zeigte sich die Tendenz, je kleiner das Spital war, desto weniger schwerwiegend waren die Vorfälle. Das gleiche Bild zeigte sich beim ländlichen Spital, das weniger schwerwiegende Ereignisse zählte, als die städtischen Spitäler.

Wie bei jedem Konflikt, wurde auch bei den Aggressionseignissen in erster Linie das Gespräch gesucht (68.2%), um Probleme zu klären, nachzufragen und auch beruhigend auf die aggressive Person einzuwirken. Dies entspricht der aufgestellten Hypothese. In 35.2% der Fälle war das Gespräch sogar die einzige Massnahme, die ergriffen wurde, um eine weitere Eskalation zu verhindern. In 52.3% der Vorfälle war nur ein Gespräch, ruhiges Wegführen oder überhaupt keine Massnahme nötig. Dies zeigt, dass etwa die Hälfte der Fälle mit nichtinvasiven Massnahmen entschärft werden können. Weniger oft musste auf Festhaltungsmassnahmen (25%) oder Medikamente (17%) zurückgegriffen werden. Die Polizei wurde in 15.9% der Vorfälle alarmiert.

**In welchem Zusammenhang steht die subjektive Einschätzung des Schweregrads mit dem errechneten Gesamtscore des SOAS-R\*?**

Der Schweregrad eines Ereignisses wurde auf zwei Arten erfasst, der Gesamtscore durch den SOAS-R\* berechnet und die subjektive Einschätzung. Der Zusammenhang dieser beiden Werte ist für den SOAS-R\*  $r = 0.702$  ( $p < 0.001$ ), während Palmstierna und Wistedt (1987) für den SOAS  $r = 0.38^*$  und Nijman et al. (1999) für den SOAS-R  $r = 0.62^*$  ( $p < 0.01$ ) erhielten. Wie dieses Ergebnis zeigt, stimmt der Gesamtscore des SOAS-R\* für den Schweregrad sehr gut mit der subjektiven Einschätzung überein. Dies spricht dafür, dass der SOAS-R\* ein valides Instrument ist, für die Einschätzungen des Schweregrads eines Aggressionseignisses.



---

## 7.2 Ableitung möglicher Massnahmen

Aggression ist im Kontext der Notfallstation etwas, das bekämpft und möglichst verhindert werden soll. Die negativen Konsequenzen für die Mitarbeiter, aber auch für die Patienten stehen im Zentrum. Die funktionale Seite der Aggression wird wenig beachtet. Aufgrund dieser Sichtweise, wurden verschiedene Massnahmen entwickelt, um dieses unerwünschte Verhalten einzudämmen.

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse dieser Untersuchung unter dem Blickpunkt betrachtet werden, welche präventiven Massnahmen oder Interventionen abgeleitet werden können.

Bei den Auslösern, resp. förderlichen Faktoren für Aggressionsereignisse gibt es zwei zentrale Punkte: Konsum von Alkohol / Drogen und die Wartezeiten. Etwa bei zwei Drittel der Aggressionsereignisse sind Alkohol, resp. Drogen im Spiel. Wells und Graham (2003; zit. nach Themenservice Alkohol, 2003) stellten fest, dass das Ausmass des Rauschzustandes ein wichtiger Prädiktor für die Heftigkeit von aggressivem Verhalten ist.

Ein zweiter Faktor war die Wartezeit. Hier spielte der Alkohol, resp. die Drogen eine untergeordnete Rolle (in etwa einem Viertel der Vorfälle).

Die häufigste Massnahme der Pflegenden war, dass sie das Gespräch mit dem Aggressor gesucht haben. In etwa einem Drittel der Fälle war das Gespräch sogar die einzige Massnahme, die ergriffen wurde, um eine weitere Eskalation zu verhindern. Deshalb liegt, wie in der Literatur schon aufgezeigt, ein wichtiger Ansatzpunkt in der Schulung der Mitarbeiter, insbesondere der Pflegenden und Ärzte, die am häufigsten von Aggressionen betroffen sind. Bei den Vorfällen, die durch Wartezeiten mitbedingt waren, genügten in 75% der Fälle ein Gespräch oder ruhiges Wegführen, um die Situation zu entschärfen. Stand der Aggressor unter Alkohol- oder Drogeneinfluss, reichten diese Massnahmen noch in 35.6% der Vorfälle aus. Neben dem allgemeinen Kommunikationstraining, Konfliktmanagement, verbalen Deseskalationsstrategien sollte ein Ausbildungsschwerpunkt auch auf den Umgang mit Personen, die unter Alkohol- resp. Drogeneinfluss stehen, gesetzt werden.

In über 90% der Vorfälle waren verbale Attacken Teil des Angriffs, davon waren ein grosser Teil Beschimpfungen, gefolgt von verbalen Drohungen und Drohgebärden. Die Schulungen sollten nicht nur Aspekte beinhalten, wie in den Aggressionsprozess eingegriffen werden kann, sondern auch, wie angegriffene Personen mit Beschimpfungen oder gar Drohungen gegen die eigene Person umgehen und diese verarbeiten könnten. Kommt es zu physischen Angriffen, ist dies eine schwere Belastung für das Opfer, da sie neben den direkt

---

anfallenden Konsequenzen, auch mittel- und langfristige Folgen haben können. Der Betreuung nach einem Vorfall kommt also eine zentrale Bedeutung zu. Dabei ist förderlich, wenn die Institution ein Interesse an der Problematik zeigt, z.B. durch bestehende Richtlinien, wie mit Aggressionseignissen umgegangen werden soll, Förderung von Weiterbildungen, einem Reportingsystem und ein den attackierten Personen angepasstes, niederschwelliges Debriefing angeboten wird. Niederschwellig aus diesem Grund, weil die Befragung von Needham (2001a) auf Deutschschweizer Notfallstationen zeigte, dass etwa 90% der Betroffenen, trotz bestehendem Angebot, kein Debriefing in Anspruch nahmen.

Ein Aggressionseignis verläuft nach Breakwell (1997/1998) in verschiedenen Phasen ab, die sich unterschiedlich gut eignen, um zu intervenieren. In der Auslöse- und Eskalationsphase kann der Krise vorgebeugt werden, in dem die ersten Abweichungen vom Grundverhalten wahrgenommen werden und zu diesem Zeitpunkt schon beruhigend eingewirkt wird. Da diese zum Teil geringen Abweichungen schwer zu erkennen sind, ist es wichtig, dass Personen Verhaltensveränderungen, die auf Frustration, Ärger und Aggression hindeuten, kennen.

Kommt es zur Krise, ist eine Intervention kaum mehr möglich. Im Zentrum steht in dieser Phase, sich selbst in Sicherheit zu bringen und gegebenenfalls Hilfe zu holen. Ob dies andere Mitarbeiter, der interne Sicherheitsdienst oder die Alarmierung der Polizei ist, ist institutions- und situationsabhängig. Auf jeden Fall muss für eine solche Situation ein System vorhanden sein, das funktioniert, es alle Mitarbeiter kennen und ohne zu zögern heranziehen können.

Klingt die Krise ab, kann wieder auf die gelernten Massnahmen wie Beruhigung und Konfliktmanagement zurückgegriffen werden.

Die eingesetzten Mittel waren vor allem eigene Körperteile, wie die Hand oder der Fuss des zu behandelnden Patienten. Gefährliche Gegenstände sind nur in ganz kleinem Prozentsatz vorgekommen, deshalb machen Metalldetektoren oder schusssicheres Glas, aufgrund dieser Ergebnisse wenig Sinn.

Auf medikamentöse Massnahmen oder Festhalten und Fixieren musste selten zurückgegriffen werden. Falls dies trotzdem nötig ist, braucht es Training, um als Team organisiert, und ohne sich selbst zu gefährden, eingreifen zu können. Dazu ist ebenfalls eine Schulung sinnvoll, z.B. nach dem Vorbild von psychiatrischen Institutionen im Umgang mit Zwangsmassnahmen.

---

In der Literatur (May & Grubbs, 2002) wurden verschiedene Massnahmen aufgelistet: Schulungen, Reportingsysteme, Sicherheits- und Wachpersonal, Debriefing, Richtlinien und andere Sicherheitsvorkehrungen. Wie die vorhergehenden Erläuterungen zeigen, bestätigen sich diese Massnahmen durch diese Erhebung mehrheitlich.

In allen teilnehmenden Spitälern sind schon präventive Massnahmen durch die Institution getroffen worden: Notrufknöpfe, z.T. Videoüberwachung, spitalinternes Sicherheits- oder Wachpersonal. Alle städtischen Spitäler bieten, zum Teil für alle Mitarbeiter und zum Teil nur für einzelne Personen, interne Weiterbildungen im Bereich Aggression an. Sie verfügen auch über ein Reportingsystem und ein Betreuungsangebot, das nach einem Vorfall herbeigezogen werden kann. Wie auch Lyneham (2000) in seiner Untersuchung zeigte, wurde dem gegenüber in ländlichen Spitälern bisher weniger Massnahmen angeboten.

Aggressionsereignisse sind nicht komplett zu vermeiden, doch wie gezeigt wird, sind Schulungen und Trainings die zentralen Massnahmen, die in allen Spitälern noch weiter ausgebaut werden könnten. Obwohl ländliche Spitäler geringere Inzidenzraten für Gewalt aufweisen, sind auch dort weitere Massnahmen nötig.

Je früher das Problem thematisiert wird, desto professioneller kann damit umgegangen und Verbesserungen können angestrebt werden.

### **7.3 Kritische Betrachtung und weiterführende Fragen**

Diese Erhebung von Aggressionsereignissen auf fünf Deutschschweizer Notfallstationen liefert einen ersten Eindruck über die Thematik in diesem Spitalbereich. Verschiedene Aspekte konnten ausführlich bearbeitet werden, während andere weitere Forschung verlangen.

Aufgrund der Auswahl der Spitäler ist unsicher, ob die ausgewählten Notfallstationen für die Deutschschweiz repräsentativ sind. Deshalb können die Daten nicht ohne weiteres verallgemeinert werden. Die kleine Stichprobe und die kurze Erhebungsdauer, sind ebenfalls Gründe, welche eine Generalisierung erschweren. Trotzdem kann diese Untersuchung erste Anhaltspunkte liefern, mit manchen anderen, internationalen Studien in Bezug gesetzt werden und als Ausgangslage für weitere Forschungen dienen.

---

Der an die Notfallstationen angepasste Fragebogen SOAS-R\*, mit einer guten standardisierten Erfassung des Schweregrads eines Aggressionsereignisses stellt ein valides Instrument dar und steht zur weiteren Verwendung bereit.

Die Auslöser der Aggressionsereignisse sind nicht einfach zu erfassen, da von einem Zusammenspiel mehrerer Faktoren ausgegangen werden muss. Die meisten Autoren unterteilen in die Faktoren Aggressors, Mitarbeiter und situative Rahmenbedingungen. Der SOAS-R\* fokussiert jedoch nur einen kleinen Teil aller möglichen Auslöser u.a. die, welche der Fremdbeobachtung zugänglich sind. Faktoren des Mitarbeiters werden überhaupt nicht erfasst. Ausserdem besteht die Gefahr, dass auffällige Faktoren, wie vorgängiger Alkohol- oder Drogenkonsum als ursächlicher eingestuft werden, als sie sind (Auffälligkeitsbias). In etwa einem Drittel der Fälle wurden Alkohol/Drogen als einziger Auslöser erwähnt, was auch dadurch bedingt sein kann, dass dieses Item unbedachter Weise in die Kategorie „Auslöser“ eingegliedert wurde.

Die Resultate dieser Untersuchung können im Bereich „Auslöser“ nur Anhaltspunkte liefern. Für weitere Aussagen ist die spezifische Untersuchung der Ursachen dringend erforderlich, besonders auch im Hinblick daraufhin, mögliche präventive Massnahmen ableiten zu können.

Für die eingesetzten Mittel und Ziele der Aggression konnte ein guter und detaillierter Überblick gegeben werden. Dies durch die zusätzliche Differenzierung der verschiedenen Arten der verbalen Aggression und der Mitarbeiterkategorien.

Bei der Erfassung der Konsequenzen hat der SOAS-R\* grosse Nachteile: Es werden nur Konsequenzen zum Aggressionszeitpunkt erfasst, Daten zu mittel- und langfristigen Folgen, wie im Kapitel 3.3.6 ausführlicher beschrieben werden nicht erhoben. Auch die psychischen Auswirkungen eines Angriffs können nur unter dem Punkt „fühlten sich bedroht“, als Bedrohung des Selbstwerts abgebildet werden. Für Frustration, Wut und Hoffnungslosigkeit besteht kein spezielles Item. Dies zeigt, dass diese Ergebnisse zu wenig Informationen im Bereich psychische und langfristige Folgen liefern kann und dies in einer weiteren Untersuchung erfasst werden sollte.

Die Massnahmen, wie bei einer Eskalation eingegriffen wird, sind vielfältig, so dass beim SOAS-R\* häufig (in 20.5% der Fälle) die Rubrik „andere Massnahmen“ gewählt wurde. Insgesamt stellt das Underreporting, vor allem bei verbalen Attacken, ein Problem jeder Erhebung zu diesem Themengebiet dar.

Interessant wäre ausserdem, wenn die Aggressionsergebnisse nicht nur zur Anzahl behandelter Patienten in Bezug gesetzt würden, sondern auch die Arbeitssituation der Pflegenden zum Zeitpunkt des Vorfalls erfasst würde (z.B. anhand einer Visual Analog Scale). Bei dieser Erhebung kann nichts darüber ausgesagt werden, ob die Aggressionsergebnisse vor allem in stark arbeitsbelasteten Situationen vorgekommen sind oder nicht. Dies wäre ein wichtiger Einflussfaktor, der bei einer späteren Untersuchung berücksichtigt werden sollte.

Durch die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Institutionen und der Schulung der Pflegenden, konnte für das Thema „Aggression“ vermehrt sensibilisiert werden.

Ein Vergleich der Inzidenzraten stellt sich als schwierig dar, aufgrund der unklaren, zum Teil mangelhaften Datenlage in der Literatur, aber auch der methodischen Differenzen und gesellschaftlicher Unterschiede. Hier bedarf es ebenfalls weiterer Forschung, um auch einen Vergleich zwischen den Spitalbereichen sowie verschiedenen Ländern machen zu können.

## 8 Literaturverzeichnis

- Abderhalden, C.; Needham, I.; Friedli, T. K.; Poelmans, J. & Dassen, T. (2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (Suppl. 412), 110-117.
- Abelin, T.; Junker, C. & Perneger, T. (1999). Epidemiologie und Gesundheitsstatistik. In: F. Gutzwiller & O. Jeanneret (Hrsg.). *Sozial- und Präventivmedizin: Public Health*. (2.Aufl.) (S. 62). Bern: Huber.
- Akerström, M. (1997). Waiting – a source of hostile interaction in an emergency clinic. *Qualitative Health Research*, 7(4), 504-20.
- Arntz, J.E. & Arntz, B.B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52(3), 417-427.
- Beratung und Therapie online (3.1.2002). *Alkoholsucht, Alkoholismus, Alkoholabhängigkeit*. [www.alkoholsucht.btonline.de/hinweise/alkhinweise23.html](http://www.alkoholsucht.btonline.de/hinweise/alkhinweise23.html) (zugegriffen am 30.11.2004).
- Bierhoff, H.W. (1996). Prosoziales Verhalten. In: W. Stroebe, Hewstone, M. & Stephenson, G. M. (Hrsg.), *Sozialpsychologie eine Einführung* (3. Aufl.) (S. 412-414). Berlin: Springer. Original erschienen 1988: Introduction to Social Psychology).
- Björkqvist, K. (1994). Sex differences in physical, verbal and indirect aggression: a review of recent research. *Sex Roles*, 30, 177-88.
- Breakwell, G. M. (1998). *Aggression bewältigen: Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit* (E. Camenzind, Übers.). Bern: Huber. (Original erschienen 1997: Coping with aggressive behavior). S. 11-12, 18-20, 23-26, 33-36, 45-60, 68-
- Buch und Zeit Verlagsgesellschaft (Hrsg.) (1994). *Grosses Wörterbuch: Fremdwörter: genehmigte Sonderausgabe*. Köln: Buch und Zeit Verlagsgesellschaft. S. 44.
- Bundesamt für Statistik (2003). *Krankenhausstatistik 1997-2000*. <http://www.statistik.admin.ch> (zugegriffen am 11.5.2004).
- Cembrowicz, S.P. & Shepherd, J.P. (1992). Violence in the accident and emergency department. *Medicine Science and the Law*, 32(2), 118-22.
- Chambers, N. (1998). We have to put up with it – don't we? The experience of being the registered nurse on duty, managing a violent incident involving an elderly patient: a phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing* 27(7), 429-36.
- Croker, K. & Cummings, A. L. (1995). Nurses' reactions to physical assault by their patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 27(2), 81-93.

- Derlet, R.W. & Richards, J.R. (2000). Overcrowding in the nation's emergency departments: complex causes and disturbing effects. *Annals of emergency medicine*, 35(1), 63-68.
- Deutsche Hauptstelle für Sucht (DHS) (30.11.2004). *Substanzen: Alkohol*.  
www.dhs.de/substanzen\_alkohol.html. (zugegriffen am 30.11.2004).
- Duchateau, F. X.; Bajolet-Laplante, M. F.; Chollet, C.; Ricard-Hibon, A. & Marty, J. (2002). [Exposure of French emergency medical personnel to violence]. *Annales Francaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 21(10), 775-8.
- Erickson, L. & Williams-Evans, S. A. (2000). Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing*, 26(3), 210-5.
- Falk, J. & Kerres, A. (2001). Didaktisch-methodische Anregungen für einen konstruktiven Umgang mit Aggressionen. *Pflegemagazin*, Heft 3, 24-31.
- Fernandes, C.M.B.; Bouthillette, F.; Raboud, J.M.; Bullock, L.; Moore, C.F.; Christenson, J.M.; Grafstein, E.; Rae, S.; Ouellet, L.; Gillrie, C. & Way, M. (1999). Violence in the emergency department: a survey on health care workers. *Canadian Medical Association Journal*, 161 (10), 1245-8.
- Fernandes, C. M.; Raboud, J. M.; Christenson, J. M.; Bouthillette, F.; Bullock, L.; Ouellet, L. & Moore, C. F. (2002). The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 39(1), 47-55.
- Foust, D. & Rhee, K.J. (1993). The incidence of battery in an urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 22(3), 583-5.
- Fricke, P. (1998). Gewalterfahrung von Mitarbeitern in der Psychiatrie und ihre Bewältigung. Erfahrung aus der Supervision in Psychiatrie und Massregelvollzug. In D. Sauter & D. Richter (Hrsg.), *Gewalt in der psychiatrischen Pflege* (S. 87). Bern: Huber.
- Fuchs, J.M. (1998). Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression in der Psychiatrie? Erfahrungsbericht und ein Praxisseminar. In D. Sauter & D. Richter (Hrsg.), *Gewalt in der psychiatrischen Pflege* (S. 61-63). Bern: Huber.
- Garnham, P. (2001). Understanding and dealing with anger, aggression and violence. *Nursing Standard*, 16(6), 37-42.
- Glaus, M. (2003). *Aggressionsergebnisse von PflegeheimbewohnerInnen*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Universität Maastricht / WE'G Aarau.
- Goetz, R. R.; Bloom, J. D.; Chenell S. L. & Moorhead, J. C. (1991). Weapons possession by patients in a university emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 20(1), 8-10.
- Graydon, J.; Kasta, W. & Khan, P. (1994). Verbal and physical abuse of nurses. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 7, 70-89.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer. S. 305- 309, 319-322.

- 
- Henry, J. & Ginn, G.O. (2002). Violence prevention in healthcare organizations within a total quality management framework. *Journal of Nursing Administration*, 32(9), 479-487.
- Hesketh, K.L.; Duncan, S.M.; Estabrooks, C.A.; Reimer, M.A.; Giovannetti, P.; Hyndman, K. & Acorn, S. (2002). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Healthy Policy*, 63, 311-21.
- Hislop, E. & Melby, V. (2003). The lived experience of violence in accident and emergency. *Accident and Emergency Nursing*, 11, 5-11.
- Jenkins, M.G.; Rocke, L.G.; McNicholl, B.P. & Hughes, D.M. (1998). Violence and verbal abuse against staff in the accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *Journal of Accident & Emergency Medicine*, 15(4), 262-5.
- Jones, J. & Lyneham, J. (2000). Violence: part of the job for Australian Nurses? *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 27-32.
- Keough, V. A.; Schlomer, R. S. & Bollenberg, B. W. (2003). Serendipitous findings from an Illinois ED nursing educational survey reflect a crisis in emergency nursing. *Journal of Emergency Nursing*, 29(1), 17-22.
- Levin, P.F.; Hewitt, J.B. & Misner, S.T. (1998). Insights of nurses about assaults in hospital-based emergency departments. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 249-54.
- Lyneham, J. (2000). Violence in New South Wales emergency departments. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 8-17.
- Mahoney, B.S. (1991). The extent, nature and response to victimization of emergency nurses in Pennsylvania. *Journal of Emergency Nursing*, 17(5), 282-94.
- May, D. D. & Grubbs, L. M. (2002). The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing*, 28(1), 11-7.
- McPhaul, K. M. & Lipscomb, J. A. (2004). Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Online Journal of Issues in Nursing*, 9(3), manuscript 6.  
[www.nursingworld.org/ojin/topic25/tpc25\\_6.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic25/tpc25_6.htm) (zugegriffen am 21.10.2004).
- Meyers Lexikonredaktion (Hrsg.) (1995). *Duden: Lexikon A-Z* (4. Aufl.). Mannheim: Dudenverlag. S. 20.
- Morrison, E. F. (1990). The tradition of toughness: a study of nonprofessional nursing care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(1), 32-38.
- Needham, I. (23.11.2001a). *Gewalt gegenüber in der Notfallpflege in der Deutschschweiz. Foliensatz*. <http://www.notfallpflege.ch/text/Informationig.htm> (zugegriffen am 11.5.04).



- 
- Nijman, H.; Muris, P.; Merckelbach, J., Palmstierna, T.; Wistedt, B.; Vos, A.M.; Rixtel, A., van & Allertz, W. (1999). The Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209.
- Nijman, H.; Palmstierna, T.; Almvik, R. & Stolker, J.J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.
- O'Connell, B.; Young, J.; Brooks, J.; Hutchings, J. & Lofthouse, J. (2000). Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 602-10.
- Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1987). Staff observation aggression scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scaninavica*, 76, 657-663.
- Pajonk, F. G. (2001). Der aggressive Patient im Rettungsdienst und seine Herausforderungen. *Notfall & Rettungsmedizin*, 4, 206-216.
- Presley, D. & Robinson, G. (2002). Violence in the emergency department: nurses contend with prevention in the health care area. *Nursing Clinics of North America*, 37(1), 161-9.
- Richter, D. (1998). Gewalt und Gewaltprävention in der psychiatrischen Pflege – eine Übersicht über die Literatur. In D. Sauter & D. Richter (Hrsg.), *Gewalt in der psychiatrischen Pflege* (S. 116-120). Bern: Huber.
- Richter, D. (1999). *Patientenübergreifende auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken: Häufigkeiten, Folgen und Präventionsmöglichkeiten*. Freiburg i.B.: Lambertus. S. 17, 20.
- Rippon, T.J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 452-60.
- Rogge, K.-E.; Bürgy, R.; Geider, F.J.; Müller, H. & Rott, C. (1995). *Methodenatlas: für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer. S. 178.
- Rose, M. (1997). A survey of violence toward nursing staff in one large Irish Accident and Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 23(3), 214-9.
- Rosenthal, T.L.; Edwards, N.B.; Rosenthal, R.H. & Ackerman, B.J. (1992). Hospital violence: site, severity, and nurses' preventive training. *Issues in Mental Health Nursing*, 13(4), 349-56.
- Saines, J.C. (1999). Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accident and Emergency Nursing*, 7 (1), 8-12.
- Schanda, H. & Taylor, P. (2001). Aggressives Verhalten psychisch kranker im stationären Bereich: Häufigkeiten, Risikofaktoren, Prävention. *Fortschr Neurol Psychiatrie*, 69(10), 443-52.

- 
- Schnieden, V. & Marren-Bell, U. (1995). Violence in the accident and emergency department. *Accident and Emergency Nursing*, 3, 74-8.
- Senn, M.; Camenzind, R.; Schmid, P. & Brauchle, T. (2003). *ROK-Tagung vom 19. August 2003 zum Ländlichen Raum: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse*. Bundesamt für Raumentwicklung (ARE). <http://www.secoamin.ch/imperia/md/content/standortfoerderung/regional-undraumordnungspolitik/91.pdf> (zugegriffen am 11.5.2004).
- Smith-Pittman, M.H. & McKoy, Y.D. (1999). Workplace violence in healthcare environments. *Nursing Forum*, 34(3), 5-13.
- Suserud, B.O.; Blomquist, M. & Johansson, I. (2002). Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance services. *Accident and Emergency Nursing*, 10, 127-35.
- Themenservice Alkohol (Herbst 2003). *Vierteljahresschrift Alkoholforschung. Sozialforschung: Individuelle Unterschiede bei alkoholbedingter Aggression*. [www.themenservice-alkohol.de/detail.php?id=216](http://www.themenservice-alkohol.de/detail.php?id=216) (zugegriffen am 30.11.2004).
- Wells, J. & Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 230-40.
- Whittington, R.; Shuttleworth, S. & Hill, L. (1996). Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24(2), 326-33.
- Winstanley, S. & Whittington, R. (2002). Violence in a general hospital: comparison of assaultant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl (412)*, 144-7.
- Wykes, T. & Whittington, R. (1991). Coping strategies used by staff following assault by a patient: an exploratory study. *Work & Stress*, 5 (1), 37-48.

## 9 Tabellenverzeichnis






Tab. 1:	Charakteristika von Aggressionsereignissen.....	11
Tab. 2:	Beispiele für aggressives verbales, nonverbales und körperliches Verhalten .....	16
Tab. 3:	Verhaltensveränderungen, die auf Ärger, Frustration und Aggression hindeuten .....	20
Tab. 4:	Schulungsinhalte um Aggressionsereignissen vorzubeugen .....	21
Tab. 5:	Forschungsfragen.....	24
Tab. 6:	Hypothesen.....	25
Tab. 7:	Punkteverteilung zur Berechnung des Gesamtscore für den Schweregrad .....	28
Tab. 8:	Anzahl Aggressionsereignisse und deren Inzidenzraten .....	34
Tab. 9:	Inzidenzraten der Aggressionsereignisse pro Spitaltyp .....	43
Tab. 10:	Korrigierte Residualwerte der Variablen „Tageszeit“ und „Spitaltyp“ .....	45
Tab. 11:	Unterschiede städtischer und ländlicher Spitäler bezüglich der Charakteristika der Aggressionsereignisse.....	50
Tab. 12:	Inzidenzraten der Aggressionsereignisse pro Einzugsgebiet.....	51
Tab. 13:	Unterschiede städtischer und ländlicher Spitäler bezüglich Charakteristika der Aggressionsereignisse.....	54


## 10 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Faktoren zur Entstehung von Aggressionsereignissen .....	13
Abb. 2:	Typische Angriffsphasen nach Breakwell .....	19
Abb. 3:	Inzidenzraten der Aggressionsereignisse pro Spital .....	35
Abb. 4:	Geschlecht der Aggressoren .....	36
Abb. 5:	Alter der Aggressoren.....	36
Abb. 6:	Aggressionsereignisse pro Kalenderwoche .....	37
Abb. 7:	Aggressionsereignisse pro Wochentag .....	38
Abb. 8:	Zustand des Aggressors .....	39
Abb. 9:	Auslöser der Aggressionsereignisse .....	39
Abb. 10:	Verbale Aggression .....	40
Abb. 11:	Mittel der Aggression .....	41
Abb. 12:	Ziele der Aggression .....	41
Abb. 13:	Inzidenzraten der Aggressionsereignisse (Vergleich der Spitaltypen).....	44
Abb. 14:	Aggressionsereignisse pro Tageszeit.....	44
Abb. 15:	Schweregrad der Aggressionsereignisse (Vergleich der Spitaltypen) .....	46
Abb. 16:	Mittel der Aggression (Vergleich der Spitaltypen) .....	47
Abb. 17:	Konsequenzen (Vergleich der Spitaltypen) .....	48
Abb. 18:	Inzidenzraten der Aggressionsereignisse nach Einzugsgebieten.....	51
Abb. 19:	Schweregrad der Aggressionsereignisse (Vergleich Einzugsgebiete).....	53

## 11 Anhang










## **11.1 Fragebogen SOAS-R\***

<b>Erfassung von Aggressionsereignissen (SOAS-R*)</b> SOAS-R Staff Observation of Aggression Scale-Revised (Njman/Palmstierna, 1998) Adaptierte Fassung für Notfallstationen (SOAS-R*, Steck 2004)			Ausgefüllt von: 
Datum: 	Eintrittszeit Patient: 	Ereigniszeit: 	
Ort: <input type="checkbox"/> Behandlungsraum NF <input type="checkbox"/> Anderer Ort:  <input type="checkbox"/> Warteraum NF			

<b>Aggressor</b>	
<input type="checkbox"/> PatientIn	Jahrgang: _____ <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
<input type="checkbox"/> Angehörige(r)	Ca. Alter: _____ Jahre <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
<input type="checkbox"/> Andere: 	Ca. Alter: _____ Jahre <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau

Dieses Formular soll durch Mitarbeiter des Stationsteams ausgefüllt werden, die Zeuge von aggressivem Verhalten von PatientInnen/Angehörige/Begleitpersonen gewesen sind. Dabei wird aggressives Verhalten wie folgt definiert: Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten/die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind (nach Morrison 1990).

→ Bitte in jeder Spalte mindestens einen Punkte ankreuzen!

1. Auslöser der Aggression	2. Benutzte Mittel	3. Ziel der Aggression	4. Konsequenz(en) für das (die) Ziel/Opfer	5. Massnahme(n) um die Aggression zu stoppen
<input type="checkbox"/> Kein nachvollziehbarer Auslöser	<input type="checkbox"/> Verbale Aggression <input type="checkbox"/> Drohung <input type="checkbox"/> Beschimpfung <input type="checkbox"/> sexuell <input type="checkbox"/> rassistisch <input type="checkbox"/> Drohgebärden	<input type="checkbox"/> Nichts bzw. niemand	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Andere: 	<input type="checkbox"/> Keine
<b>Ausgelöst durch ...</b>	<b>Gewöhnliche Gegenstände:</b>		<b>Gegenstand/ Gegenstände:</b>	
<input type="checkbox"/> andere PatientInnen <input type="checkbox"/> Hilfe bei den ATL's <input type="checkbox"/> PatientIn wurde etwas verwehrt <input type="checkbox"/> Aufforderung zur Medikamenteneinnahme <input type="checkbox"/> Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme / Untersuchung <input type="checkbox"/> Wartezeit _____ min <input type="checkbox"/> Zustand des Patienten <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> Alkohol/Drogen <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Andere: 	<input type="checkbox"/> Stuhl/Stühle <input type="checkbox"/> Glas (-waren) <input type="checkbox"/> Andere:  <b>Körperteile:</b> <input type="checkbox"/> Hand (schlagen, Boxen, Haare reissen) <input type="checkbox"/> Fuss (treten) <input type="checkbox"/> Mund (spucken) <input type="checkbox"/> Zähne (beißen) <input type="checkbox"/> Andere:  <b>Gefährliche Gegenstände od. Methoden:</b> <input type="checkbox"/> Messer <input type="checkbox"/> Würgen <input type="checkbox"/> Andere: 	<input type="checkbox"/> Gegenstand/ Gegenstände <input type="checkbox"/> Andere(r) PatientIn <input type="checkbox"/> PatientIn selbst <input type="checkbox"/> Begleitperson <input type="checkbox"/> MitarbeiterIn <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Paramed. Person <input type="checkbox"/> Arzt/ÄrztIn <input type="checkbox"/> Empfangspers. <input type="checkbox"/> Sicherheitsdienst <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Andere Personen: 	<input type="checkbox"/> beschädigt, muss nicht repariert / ersetzt werden <input type="checkbox"/> beschädigt, muss repariert / ersetzt werden <b>Person(en):</b> <input type="checkbox"/> fühlen sich bedroht <input type="checkbox"/> Schmerzen < 10 Minuten <input type="checkbox"/> Schmerzen > 10 Minuten <input type="checkbox"/> sichtbare Verletzung <input type="checkbox"/> nicht-ärztliche Behandlung nötig <input type="checkbox"/> ärztliche Behandlung/ Untersuchung nötig	<input type="checkbox"/> Gespräch mit dem Patienten <input type="checkbox"/> Ruhig weggeführt <input type="checkbox"/> Perorale Medikation <input type="checkbox"/> Parenterale Medikation <input type="checkbox"/> Unter Krafteinsatz festgehalten <input type="checkbox"/> Fixation <input type="checkbox"/> Isolation (Geschlossene Tür) <input type="checkbox"/> Alarmierung der Polizei <input type="checkbox"/> Andere Massnahmen: 
<b>Wie schwerwiegend war dieses Ereignis insgesamt?</b> (Bitte entsprechende Stelle mit X markieren)				
Nicht schwerwiegend				Sehr schwerwiegend

<b>Erfassung von Aggressionsereignissen (SOAS-R*)</b> SOAS-R Staff Observation of Aggression Scale-Revised (Njman/Palmstierna, 1998) Adaptierte Fassung für Notfallstationen (SOAS-R*, Steck 2004)			Ausgefüllt von: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/>	Eintrittszeit Patient: <input type="text"/>	Ereigniszeit: <input type="text"/>	
Ort: <input type="checkbox"/> Behandlungsraum NF <input type="checkbox"/> Anderer Ort: <input type="checkbox"/> Warteraum NF			

<b>Aggressor</b>	
<input type="checkbox"/> PatientIn Jahrgang: _____ <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Angehörige(r) Ca. Alter: _____ Jahre <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
<input type="checkbox"/> Andere: <input type="text"/>	Ca. Alter: _____ Jahre <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau

Dieses Formular soll durch Mitarbeiter des Stationsteams ausgefüllt werden, die Zeuge von aggressivem Verhalten von PatientInnen/Angehörige/Begleitpersonen gewesen sind. Dabei wird aggressives Verhalten wie folgt definiert: Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten/die Patientin selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind (nach Morrison 1990).

→ Bitte in jeder Spalte mindestens einen Punkte ankreuzen!

1. Auslöser der Aggression	2. Benutzte Mittel	3. Ziel der Aggression	4. Konsequenz(en) für das (die) Ziel/Opfer	5. Massnahme(n) um die Aggression zu stoppen
1 Kein nachvollziehbarer Auslöser	0 Verbale Aggression 0 Drohung 0 Beschimpfung 0 sexuell 0 rassistisch 0 Drohgebärden	0 Nichts bzw. niemand	0 Keine 0 Andere: <input type="text"/>	0 Keine
<b>Ausgelöst durch ...</b>	<b>Gewöhnliche Gegenstände:</b>		<b>Gegenstand/ Gegenstände:</b>	
0 andere PatientInnen	1 Stuhl/Stühle	1 Gegenstand/ Gegenstände	3 beschädigt, muss nicht repariert / ersetzt werden	0 Gespräch mit dem Patienten
0 Hilfe bei den ATL's	1 Glas (-waren)	2 Andere(r) PatientIn	3 beschädigt, muss repariert / ersetzt werden	0 Ruhig weggeführt
0 PatientIn wurde etwas verwehrt	1 Andere: <input type="text"/>	3 PatientIn selbst		2 Perorale Medikation
2 Aufforderung zur Medikamenteneinnahme	<b>Körperteile:</b>	4 Begleitperson	<b>Person(en):</b>	2 Parenterale Medikation
2 Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Massnahme / Untersuchung	2 Hand (schlagen Boxen, Haare reissen) 2 Fuss (treten) 2 Mund (spucken) 2 Zähne (beißen) 2 Andere: <input type="text"/>	3 MitarbeiterIn 3 Pflegeperson 3 Paramed. Person 3 Arzt/ÄrztIn 3 Empfangspers. 3 Sicherheitsdienst	6 fühlten sich bedroht 9 Schmerzen < 10 Minuten 9 Schmerzen > 10 Minuten	4 Unter Krafteinsatz festgehalten 4 Fixation
0 Wartezeit ____ min		4 Polizei	9 sichtbare Verletzung	2 Alarmierung der Polizei
0 Zustand des Patienten <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> verwirrt <input type="checkbox"/> Alkohol/Drogen <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<b>Gefährliche Gegenstände od. Methoden:</b>	4 Andere Personen: <input type="text"/>	9 nicht-ärztliche Behandlung nötig 9 ärztliche Behandlung/ Untersuchung nötig	2 Andere Massnahmen: <input type="text"/>
0 Andere: <input type="text"/>	3 Messer 3 Würgen 3 Andere: <input type="text"/>			
<b>Wie schwerwiegend war dieses Ereignis insgesamt? (Bitte entsprechende Stelle mit X markieren)</b>				
<b>Nicht schwerwiegend</b>		←—————→		<b>Sehr schwerwiegend</b>

## **11.2 Infoblatt zum SOAS-R\***



## Aggressionsereignisse auf Notfallstationen

Immer wieder sind Mitarbeiter von Notfallstationen verbaler oder körperlicher Gewalt von Patienten oder deren Angehörigen ausgeliefert. Verschiedene Arbeiten wurden zur Thematik geschrieben, doch fehlt bisher eine systematische Erhebung und Beschreibung der Aggressionsereignisse auf Notfallstationen in der Deutschschweiz.

### Diese Lizentiatsarbeit hat das Ziel:

Aggressionsereignisse zu beschreiben, deren Häufigkeiten zu erfassen, den jeweiligen Schweregrad zu bestimmen und einen Vergleich zwischen verschiedenen Spitälern vorzunehmen.

### Fragebogen:

Die Aggressionsereignisse werden mit einer an die Notfallstation angepassten Version des SOAS-R (Staff Observation of Aggression Scale Revised) genannt SOAS-R\* erhoben.

Dieser Fragebogen (hinten angefügt) umfasst eine A4-Seite und beschreibt:

- die Situation (Ereigniszeit, Datum...)
- den Aggressor (Patient / Begleitperson, Alter, Geschlecht...)
- Auslöser der Aggression (1. Spalte)
- Benutzte Mittel (2. Spalte)
- Ziel der Aggression (3. Spalte)
- Konsequenzen für das Opfer (4. Spalte)
- Massnahmen um Aggression zu stoppen (5. Spalte)
- Einschätzung des Schweregrades

**Zeitaufwand:** ca. 5 Minuten pro Aggressionsereignis

### Aggressionsdefinition:

Aggressives Verhalten umfasst:

*„Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind“* (Morrison, 1990)

Bsp:

- Körperliche Aggression  
*Packen, schlagen, kneifen, spucken, treten, stossen, beißen, werfen von Gegenständen...*
- Verbale Aggression  
*Anschreien, verfluchen, beleidigen, erniedrigen, Androhung körperlicher Schädigung, verbale sexuelle Belästigung, rassistische Bemerkung ...*

### Vorgehen:

- Pro Aggressionsereignis wird ein SOAS-R\* Bogen durch die zuständige Pflegeperson ausgefüllt
- Zutreffende Punkte werden angekreuzt mind. 1 Kreuz pro Spalte oder Beschreibung unter „andere“
- Im Zweifelsfall immer einen Bogen ausfüllen

**Erhebungsphase:** 18. Oktober 2004 – 16. Januar 2005

### Nähere Informationen:

Informationsordner auf Abteilung und Informationsveranstaltung im Oktober 2004

### **11.3 Powerpointpräsentation Infoveranstaltung**

# Aggressionsereignisse auf Notfallstationen von Akutspitälern

Lizentiatsarbeit  
Ruth Steck  
2004

1

## Ablauf Infoveranstaltung

- Kurze Erläuterung der Lizentiatsarbeit
- Vorstellung des SOAS-R\*
- 1. Ergebnisse der Pilotstudie
- Klärung von offenen Fragen

2



## Aggressionsdefinition

Aggressives Verhalten umfasst:

*„Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für den Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind“ (Morrison, 1990)*

5

## Bsp. für aggressives Verhalten

- Körperliche Aggression
  - *Packen, schlagen, kneifen, spucken, treten, stossen, beißen, werfen von Gegenständen, würgen...*
- Verbale Aggression
  - *Anschreien*
  - *Fluchen*
  - *Verfluchen, verdammen*
  - *Beleidigen*
  - *Erniedrigen*
  - *Androhung körperlicher Schädigung*
  - *Verbale sexuelle Belästigung*
  - *Rassistische Bemerkung*

6

## Grundsätzliches zum SOAS-R\*

- Ziel: Dokumentation und Beschreibung der Aggressionsereignisse und deren Schweregrade
- Pro Ereignis wird ein SOAS-R\* Bogen durch die zuständige Pflegeperson ausgefüllt
- Zutreffende Punkte werden angekreuzt mind. 1 Kreuz pro Spalte oder Beschreibung unter „andere“
- Zeitaufwand ca. 5 Minuten
- Im Zweifelsfall immer einen Bogen ausfüllen

7

## Allgemeine Informationen

<b>Erfassung von Aggressionsereignissen (SOAS-R*)</b>			<b>Ausgefüllt von:</b>
<small>SOAS-R Staff Observation of Aggression Scale-Revised (Nijman/Palmstierna, 1998) Adaptierte Fassung für Notfallsituationen (SOAS-R*, Steck 2004)</small>			
<b>Datum:</b>	<b>Eintrittszeit Patient:</b>	<b>Ereigniszeit:</b>	
<b>Ort:</b> <input type="checkbox"/> Behandlungsraum NF <input type="checkbox"/> Anderer Ort: <input type="checkbox"/> Warteraum NF			

- Ausgefüllt von...
- Datum
- Eintrittszeit Patient
- Ereigniszeit
- Ort

8

# Aggressor

- Patientin / Angehöriger/ Andere
- Jahrgang resp. Alter der Person
- Geschlecht

Aggressor	
<input type="checkbox"/> Patientin	Jahrgang: _____ <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
<input type="checkbox"/> Angehörige(n)	Ca. Alter: _____ Jahre <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau
<input type="checkbox"/> Andere:	Ca. Alter: _____ Jahre <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau

9

# Beschreibung der Aggressionsereignisse

→ Bitte in jeder Spalte mindestens einen Punkte ankreuzen!

1. Auslöser der Aggression	2. Benutzte Mittel	3. Ziel der Aggression	4. Konsequenz(en) für das (die) Ziel/Opfer	5. Massnahme(n) um die Aggression zu stoppen
<input type="checkbox"/> Kein nachvollziehbarer Auslöser	<input type="checkbox"/> Verbale Aggression <input type="checkbox"/> Drohung	<input type="checkbox"/> Nichts bzw. niemand	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Keine

- Auslöser der Aggression
- Benutze Mittel
- Ziel der Aggression
- Konsequenzen für das Opfer
- Massnahmen um Aggression zu stoppen

10

# Subjektive Skala

Wie schwerwiegend war dieses Ereignis insgesamt? Bitte kreuzen Sie das Ausmass der Bedrohung auf der Skala an	
Nicht schwerwiegend	Sehr schwerwiegend

- Schweregradberechnung anhand der Items
- Subjektiver Schweregrad

11

# Präsentation

Pilotstudie

12

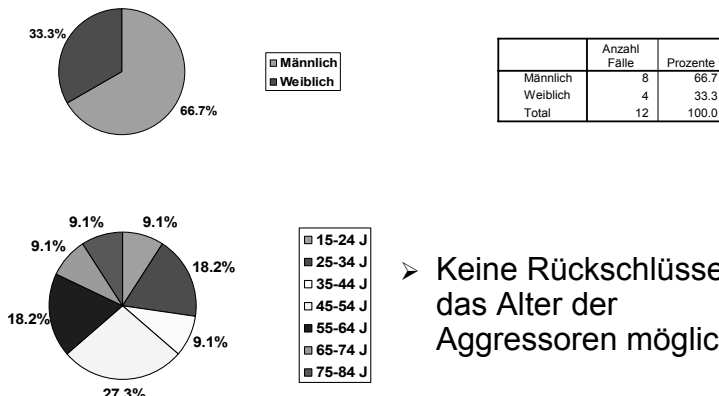


# Facts

Erhebungszeit: 6 Monate
Ca. 1150 Notfälle / Monat
12 Aggressionsereignisse beschrieben
2 Ereignisse / Monat
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Inzidenzrate: 0,2 %</li> <li>➤ 1 Aggressionsereignis / 500 Patienten</li> <li>➤ Alle 14 Tage ein Aggressionsereignis</li> </ul>

13

# Aggressor



➤ Keine Rückschlüsse auf das Alter der Aggressoren möglich

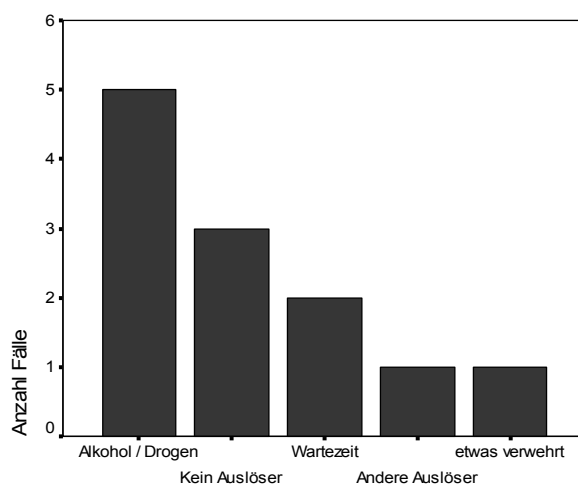
14

## Beschreibung der Aggressionsereignisse

- Auslöser der Aggression
- Benutzte Mittel
- Ziele der Aggression
- Konsequenzen für das Opfer
- Massnahmen um Aggression zu stoppen

15

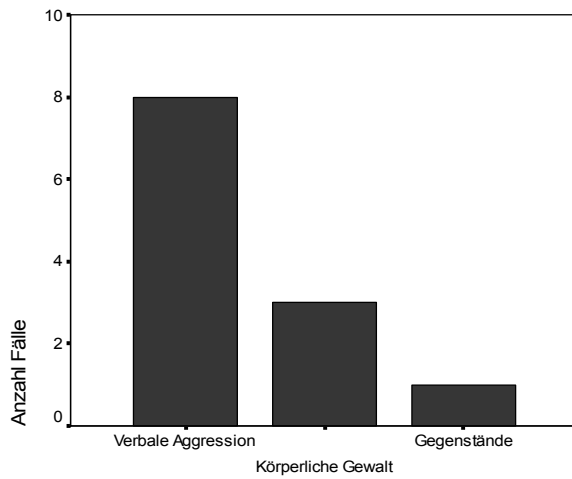
## Auslöser



	Anzahl Fälle	Prozente
Alkohol / Drogen	5	41.7
Kein Auslöser	3	25.0
Wartezeit	2	16.7
Andere Auslöser	1	8.3
etwas verwehrt	1	8.3
Total	12	100.0

16

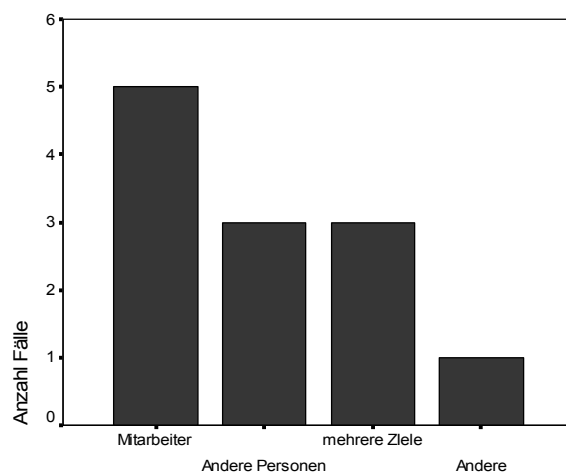
## Benutzte Mittel



	Anzahl Fälle	Prozente
Verbale Aggression	8	66.7
Körperliche Gewalt	3	25.0
Gegenstände	1	8.3
Total	12	100.0

17

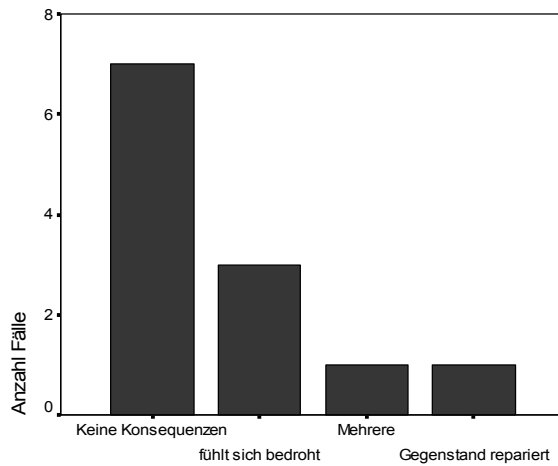
## Ziel der Aggression



	Anzahl Fälle	Prozente
Mitarbeiter	5	41.7
Andere Personen	3	25.0
mehrere Ziele	3	25.0
Andere	1	8.3
Total	12	100.0

18

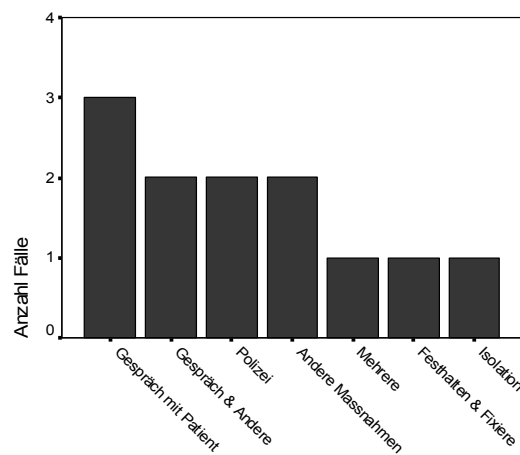
## Konsequenzen für Ziel / Opfer



	Anzahl Fälle	Prozente
Keine Konsequenzen	7	58.3
fühlt sich bedroht	3	25.0
Mehrere	1	8.3
Gegenstand repariert	1	8.3
Total	12	100.0

19

## Getroffene Massnahmen



	Anzahl Fälle	Prozente
Gespräch mit Patienten	3	25.0
Gespräch & Andere	2	16.7
Polizei	2	16.7
Andere Massnahmen	2	16.7
Mehrere	1	8.3
Festhalten & Fixieren	1	8.3
Isolation	1	8.3
Total	12	100.0

20

## Fazit

- Geringe Inzidenzrate (0,2%) und trotzdem ein vieldiskutiertes Thema
- 2/3 ausschliesslich verbale Gewalt
- > *Dokumentation zentral*
- > *Aufmerksamkeit und Sensibilisierung auch für verbale Aggression*

21

## Fortsetzung Fazit

- 90% sind Menschen Ziel der Angriffe
- Massnahmen müssen in genau diesem Bereich getroffen werden
- > *gute Dokumentation*
- > *führt zu persönlichem Gewinn*

22

## **11.4 Statistische Auswertungen**

## Anhang Kap 6.2.1

Aggressoren	Count	Percent of Cases
Patienten	81	92
Angehörige	11	12.5
Andere Personen	3	3.4
<b>Total Responses</b>	<b>95</b>	<b>108</b>
0 missing cases; 88 valid cases		

Geschlecht der aggressiven Patienten	Count	Percent of Cases
Männlich	59	73.8
Weiblich	21	26.2
<b>Total Responses</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
1 missing cases; 81 valid cases		

Geschlecht der aggressiven Angehörigen	Count	Percent of Cases
Männlich	9	81.8
Weiblich	2	18.2
<b>Total Responses</b>	<b>11</b>	<b>100</b>
0 missing cases; 11 valid cases		

Geschlecht der anderen aggressiven Personen	Count	Percent of Cases
Männlich	3	100
<b>Total Responses</b>	<b>3</b>	<b>100</b>
0 missing cases; 3 valid cases		

Alter der Aggressoren ( kategorisiert)	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
20	10	10.9	10.9
25	12	13	23.9
30	11	12	35.9
35	10	10.9	46.7
40	9	9.8	56.5
45	9	9.8	66.3
50	8	8.7	75
55	6	6.5	81.5
60	4	4.3	85.9
65	7	7.6	93.5
70	1	1.1	94.6
75	1	1.1	95.7
80	2	2.2	97.8
85	1	1.1	98.8
90	1	1.1	100
<b>Total Responses</b>	<b>92</b>	<b>100</b>	
3 missing cases; 95 valid cases			

## Anhang Kap 6.2.2

Tageszeit	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
08-19 Uhr	25	28.4	28.7	28.7
20-07 Uhr	62	70.5	71.3	100
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>98.9</b>	<b>100</b>	
Missing System	1	1.1		
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>		

Kalenderwochen	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
43	4	4.5	4.5
44	12	13.6	18.2
45	7	8	26.1
46	4	4.5	30.7
47	11	12.5	43.2
48	9	10.2	53.4
49	12	13.6	67
50	7	8	75
51	5	5.7	80.7
52	1	1.1	81.8
52	7	8	89.8
1	3	3.4	93.2
2	6	6.8	100
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	

Wochentag	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Montag	17	19.3	19.3
Dienstag	8	9.1	28.4
Mittwoch	10	11.4	39.8
Donnerstag	9	10.2	50
Freitag	14	15.9	65.9
Samstag	18	20.5	86.4
Sonntag	12	13.6	100
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>	

Minuten zwischen An- kunftszeit und Vorfall	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	24	27.3	29.3	29.3
5	6	6.8	7.3	36.6
10	9	10.2	11	47.6
15	7	8	8.5	56.1
20	4	4.5	4.9	61
25	5	5.7	6.1	67.1
30	3	3.4	3.7	70.7
40	1	1.1	1.2	72
45	1	1.1	1.2	73.2
60	3	3.4	3.7	76.8
65	1	1.1	1.2	78
85	1	1.1	1.2	79.3
90	2	2.3	2.4	81.7
100	2	2.3	2.4	84.1
105	1	1.1	1.2	85.4
110	1	1.1	1.2	86.6
120	1	1.1	1.2	87.8
125	1	1.1	1.2	89
150	1	1.1	1.2	90.2
165	2	2.3	2.4	92.7
215	1	1.1	1.2	93.9
220	1	1.1	1.2	95.1
315	1	1.1	1.2	96.3
320	1	1.1	1.2	97.6
350	1	1.1	1.2	98.8
475	1	1.1	1.2	100
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>93.2</b>	<b>100</b>	
Missing System	6	6.8		
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>		



Ort der Aggressionereignisse	Count	Percent of Cases
Behandlungsraum	70	82.4
Wartezimmer	8	9.4
Empfang	6	7.1
Andere Orte	7	8.2
<b>Total Responses</b>	<b>91</b>	<b>107.1</b>
3 missing cases; 85 valid cases		

### Anhang Kap 6.2.3

Auslöser der Aggression (Mehrfachantworten)	Count	Percent of Cases
Wurde etwas verwehrt	22	25
Durchführung einer Massnahme	16	18.2
Wartezeit	16	18.2
Andere Auslöser	12	13.6
Kein Auslöser	3	3.4
Hilfe bei den ATL's	2	2.3
Andere Patienten	1	1.1
<b>Zustände des Aggressors</b>		
Alkohol / Drogen	53	60.2
Andere Zustände	7	8
Verwirrt	6	6.8
Schmerzen	5	5.7
<b>Total Responses</b>	<b>143</b>	<b>162.5</b>
0 missing cases; 88 valid cases		

Wartezeit	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	1	1.1	7.7	7.7
1	2	2.3	15.4	23.1
5	1	1.1	7.7	30.8
10	1	1.1	7.7	38.5
20	2	2.3	15.4	53.8
25	1	1.1	7.7	61.5
30	2	2.3	15.4	76.9
40	1	1.1	7.7	84.6
60	1	1.1	7.7	92.3
200	1	1.1	7.7	100
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>14.8</b>	<b>100</b>	
Missing System	75	85.2		
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>		

### Anhang Kap 6.2.4

Gruppen der eingesetzten Mittel (Mehrfachantworten)	Count	Percent of Cases
Verbale Aggression	80	90.9
Körperteile	35	39.8
Drohgebärden	30	34.1
Gegenstände	9	10.2
Gefährliche Gegenstände	1	1.1
<b>Total Responses</b>	<b>155</b>	<b>176.1</b>

Mittel der Aggression (Mehrfachantworten)	Count	Percent of Cases
Verbale Aggression	80	90.9
Beschimpfung	53	60.2
Drohung	39	44.3
Drohgebärden	30	34.1
Hand	27	30.7
Fuss	13	14.8
Sexuelle Beschimpfung	9	10.2
Rassistische Beschimpfung	7	8
Mund	7	8
Andere Gegenstände	6	6.8
Zähne	4	4.5
Andere Körperteile	2	2.3
Glas	2	2.3
Stühle	1	1.1
Messer	1	1.1
<b>Total Responses</b>	<b>281</b>	<b>319.3</b>
0 missing cases; 88 valid cases		

## Anhang Kap 6.2.5

Ziele der Aggression (Mehrfachantworten)	Count	Percent of Cases
Menschen	82	93.2
Mitarbeiter	80	90.9
Pflegende	73	83
Arzt	38	43.2
Polizei	15	17
Sicherheitsdienst	10	11.4
Paramedizinisches Personal	8	9.1
Andere Personen	7	8
Kein Ziel	5	5.7
Patient selbst	4	4.5
Begleitpersonen	4	4.5
Empfangspersonal	4	4.5
Gegenstände	2	2.3
Andere Patienten	1	1.1
<b>Total Responses</b>	<b>333</b>	<b>378.4</b>
0 missing cases; 88 valid cases		

## Anhang Kap 6.2.6

Konsequenzen der Aggression (Mehrfachantworten)	Count	Percent of Cases
Keine Konsequenzen	44	50.6
Person fühlt sich bedroht	36	41.4
Ziel hat Schmerzen < 10 Minuten	6	6.9
Ziel braucht eine nichtärztliche Behandlung	5	5.7
Andere Konsequenzen	4	4.6
Gegenstand beschädigt, muss nicht ersetzt werden	3	3.4
Gegenstand beschädigt, muss ersetzt werden	2	2.3
Ziel hat eine sichtbare Verletzung	2	2.3
Ziel braucht eine ärztliche Behandlung	2	2.3
<b>Total Responses</b>	<b>104</b>	<b>119.5</b>
1 missing case; 87 valid cases		

Physische Konsequenzen	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Ja	10	11.4	11.4
Nein	78	88.6	100
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>98.9</b>	

## Anhang Kap 6.2.7

Getroffene Massnahmen (Mehrfachantworten)	Count	Percent of Cases
Gespräch	60	68.2
Andere Massnahmen	18	20.5
Unter Kräfteinsatz festgehalten	17	19.3
Alarmierung der Polizei	14	15.9
Ruhig wegführen	15	17
Parenterale Medikation	12	13.6
Fixation	11	12.5
Keine Massnahmen	8	9.1
Perorale Medikation	5	5.7
<b>Total Responses</b>	<b>160</b>	<b>181.8</b>
0 missing cases; 88 valid cases		

## Anhang Kap 6.2.8

Korrelation der beiden Variablen "Schweregrad Gesamtscore SOAS-R\*" und "subjektiver Schweregrad"

	Value	Asymp. Std. Error <sup>①</sup>	Approx. T <sup>②</sup>	Approx. Sig. <sup>③</sup>
Interval by Interval Pearson's R	0.702	0.053	9.075	0.000
Ordinal by Ordinal Spearman Correlation	0.714	0.048	9.412	0.000
Valid Cases	87			
<sup>①</sup> Not assuming the null hypothesis <sup>②</sup> Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis <sup>③</sup> Based on normal approximation				

Schweregrad	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-8 Punkte	47	53.4	54	54
9-22 Punkte	40	45.5	46	100
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>98.9</b>	<b>100</b>	
Missing System	1	1.1		
<b>Total</b>	<b>88</b>	<b>100</b>		

## Anhang Kap 6.3

Fisher's Exact Test der beiden Variablen "Spitaltyp" und "Wochentag"

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	16.995 <sup>①</sup>	12	.150	.149 <sup>②</sup>
Likelihood Ratio	18.210	12	.109	.168 <sup>②</sup>
Fisher's Exact Test	17.119			.121 <sup>②</sup>
N of Valid Cases	88			
<sup>①</sup> 15 cells (71.4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.82. <sup>②</sup> Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.				

Spitaltyp	Tageszeit	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	20-07 Uhr	16	45.7	47.1	47.1
	08-19 Uhr	18	51.4	52.9	100
	Total	34	97.1	100	
	Missing System	1	2.9		
	Total	35	100		
K112	20-07 Uhr	17	85	85	85
	08-19 Uhr	3	15	15	100
	Total	20	100	100	
K121	20-07 Uhr	29	87.9	87.9	87.9
	08-19 Uhr	4	12.1	12.1	100
	Total	34	97.1	100	

Korrigierte Residualwerte der beiden Variablen „Spitaltyp“ und „Warteraum“

Warteraum		K111	K112	K121
Ja	Korrigierte Residualwerte	2.1	0.2	-2.3
Nein	Korrigierte Residualwerte	-2.1	-0.2	2.3

Kruskal Wallis Test der beiden Variablen „Spitaltyp“ und „Schweregrad Gesamtscore SOAS-R\*\*“

Chi-Square	df	Asymp. Sig
3.780	2	.151
Kruskal Wallis Test, Grouping Variable: Spitaltyp		

Median „Schweregrad Gesamtscore SOAS-R\*\*“ gegliedert nach den Spitaltypen

		K111	K112	K121
Schweregrad	Median	9	7	5

Spitaltyp	Punkte	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	0-8 Punkte	16	45.7	45.7	45.7
	9-22 Punkte	19	54.3	54.3	100
	Total	35	100		
K112	0-8 Punkte	10	85	52.6	52.6
	9-22 Punkte	9	15	47.4	100
	Total	19	95	100	
	Missing System	1	5		
	Total	19	100	100	
K121	0-8 Punkte	21	63.6	63.6	63.6
	9-22 Punkte	12	36.4	36.4	100
	Total	33	100	100	

### Anhang Kap 6.3.1

Pearson's Chi-Quadrat der beiden Variablen „Spitaltyp“ und „Alkohol / Drogen“

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	5.327 <sup>①</sup>	2	0.070
Likelihood Ratio	5.514	2	0.063
N of Valid Cases	88		
① 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.95.			

Spitaltyp	Alkohol / Drogen	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	Nein	17	48.6	48.6	48.6
	Ja	18	51.4	51.4	100
	Total	25	100	100	
K112	Nein	10	50	50	50
	Ja	10	50	50	100
	Total	20	100	100	
K121	Nein	8	24.2	24.2	24.2
	Ja	25	75.8	75.8	100
	Total	33	100	100	

### Anhang Kap 6.3.2

Spitaltyp	Drohung	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	Nein	18	51.4	51.4	51.4
	Ja	17	48.6	48.6	100
	Total	35	100	100	
K112	Nein	6	30	30	30
	Ja	14	70	70	100
	Total	20	100	100	
K121	Nein	25	75.8	75.8	75.8
	Ja	8	24.2	24.2	100
	Total	33	100	100	

Pearson's Chi-Quadrat der beiden Variablen „Spitaltyp“ und „Drohung“

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	10.992 <sup>ⓐ</sup>	2	0.004
Likelihood Ratio	11.374	2	0.003
N of Valid Cases	88		

<sup>ⓐ</sup> 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.86.

Korrigierte Residualwerte der beiden Variablen „Spitaltyp“ und „Drohung“

Drohung		K111	K112	K121
Ja	Korrigierte Residualwerte	0.7	2.6	-2.9
Nein	Korrigierte Residualwerte	-0.7	-2.6	2.9

Spitaltyp	Rassistische Beschimpfung	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K	Nein	35	100	100	100
K112	Nein	17	85	85	85
	Ja	3	15	15	100
	Total	20	100	100	
K121	Nein	29	87.9	87.9	87.9
	Ja	4	12.1	12.1	100
	Total	33	100	100	

Korrigierte Residualwerte der beiden Variablen „Spitaltyp“ und „Rassistische Beschimpfung“

Rassistische Beschimpfung		K111	K112	K121
Ja	Korrigierte Residualwerte	-2.2	1.3	-1.1
Nein	Korrigierte Residualwerte	2.2	-1.3	1.1

## Fisher's Exact Test der beiden Variablen "Spitaltyp" und "Rassistische Beschimpfung"

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	5.163 <sup>①</sup>	2	.076	.080 <sup>②</sup>
Likelihood Ratio	7.583	2	.023	.052 <sup>②</sup>
Fisher's Exact Test	5.809			.042 <sup>②</sup>
N of Valid Cases	88			

① 3 cells (50%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.59.  
 ② Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Spitaltyp	Füsse	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	Nein	26	74.3	74.3	74.3
	Ja	9	25.7	25.7	100
	Total	35	100	100	
K112	Nein	18	90	90	90
	Ja	2	10	10	100
	Total	20	100	100	
K21	Nein	31	93.9	93.9	93.9
	Ja	2	6.1	6.1	100
	Total	33	100	100	

Spitaltyp	Mund	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	Nein	30	85.7	85.7	85.7
	Ja	5	14.3	14.3	100
	Total	35	100	100	
K112	Nein	18	90	90	90
	Ja	2	10	10	100
	Total	20	100	100	
K121	Nein	33	100	100	100

## Anhang Kap 6.3.3

Spitaltyp	Sicherheitsdienst	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	Nein	25	71.4	71.4	71.4
	Ja	10	28.6	28.6	100
	Total	35	100	100	
K112	Nein	20	100	100	100
K121	Nein	33	100	100	100

## Fisher's Exact Test der beiden Variablen "Spitaltyp" und "Sicherheitsdienst"

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	17.084 <sup>①</sup>	2	.000	.000 <sup>②</sup>
Likelihood Ratio	20.434	2	.000	.000 <sup>②</sup>
Fisher's Exact Test	15.565			.000 <sup>②</sup>
N of Valid Cases	88			

① 3 cells (50%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.27.  
 ② Based on 10000 sampled tables with starting seed 624387341.

### Anhang Kap 6.3.4

Spitaltyp	Fühlt sich bedroht	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	Nein	17	48.6	48.6	48.6
	Ja	18	51.4	51.4	100
	Total	35	100	100	
K112	Nein	9	45	45	45
	Ja	11	55	55	100
	Total	20	100	100	
K21	Nein	26	78.8	78.8	78.8
	Ja	7	21.2	21.2	100
	Total	33	100	100	

Spitaltyp	Keine Konsequenzen	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
K111	Nein	21	60	60	60
	Ja	14	40	40	100
	Total	35	100	100	
K112	Nein	13	65	65	65
	Ja	7	35	35	100
	Total	20	100	100	
K21	Nein	10	30.3	30.3	30.3
	Ja	23	69.7	69.7	100
	Total	33	100	100	

Korrigierte Residualwerte der beiden Variablen „Spitaltyp“ und „keine Konsequenzen“

Keine Konsequenzen		K111	K112	K121
Ja	Korrigierte Residualwerte	-1.5	-1.5	2.9
Nein	Korrigierte Residualwerte	1.5	1.5	-2.9

Korrigierte Residualwerte der beiden Variablen „Spitaltyp“ und „Person fühlte sich bedroht“

Keine Konsequenzen		K111	K112	K121
Ja	Korrigierte Residualwerte	1.6	1.5	-2.9
Nein	Korrigierte Residualwerte	-1.6	-1.5	2.9

### Anhang Kap 6.4

Fisher's Exact Test der beiden Variablen "Einzugsgebiet Stadt - Land" und "Wochentage"

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	7.689 <sup>①</sup>	6	.262	.259 <sup>②</sup>
Likelihood Ratio	9.915	6	.128	.198 <sup>②</sup>
Fisher's Exact Test	8.279			.165 <sup>②</sup>
N of Valid Cases	88			

<sup>①</sup> 7 cells (50%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.36.

<sup>②</sup> Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

Einzugsgebiet	Tageszeit	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Stadt	20-07 Uhr	48	65.8	66.7	66.7
	08-19 Uhr	24	32.9	33.3	100
	Total	72	98.6	100	
	Missing System	1	1.4		
	Total	73	100		
Land	20-07 Uhr	14	93.3	93.3	93.3
	08-19 Uhr	1	6.7	6.7	100
	Total	15	100	100	

Fisher's Exact Test der beiden Variablen "Einzugsgebiet Stadt - Land" und "Tageszeit"

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	4.311 <sup>①</sup>	1	.038	.057
Likelihood Ratio	5.354	1	.021	.037
Fisher's Exact Test				.057
N of Valid Cases	88			

<sup>①</sup> 1 cell (25%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.31.

Ort der Aggressionseignisse	Count	Percent of Cases
Behandlungsraum	70	82.4
Wartezimmer	8	9.4
Empfang	6	7.1
Andere Orte	7	8.2
<b>Total Responses</b>	<b>91</b>	<b>107.1</b>
3 missing cases; 85 valid cases		

Einzugsgebiet	Ort der Aggressionseignisse	Count	Percent of Cases
Stadt	Behandlungsraum	55	78.6
	Wartezimmer	8	11.4
	Empfang	7	8.6
	Andere Orte	6	10
	<b>Total Responses</b>	<b>76</b>	<b>108.6</b>
3 missing cases; 70 valid cases			
Land	Behandlungsraum	15	100
	3 missing cases; 70 valid cases		

Einzugsgebiet	Keine Konsequenzen	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Stadt	Nein	41	56.2	56.2
	Ja	32	43.8	100
	Total	73	100	
Land	Nein	3	20	20
	Ja	12	80	100
	Total	15	100	

Pearson's Chi-Quadrat der beiden Variablen "Einzugsgebiet Stadt - Land" und „keine Konsequenzen“

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	6.510 <sup>①</sup>	1	0.011
N of Valid Cases	88		

<sup>①</sup> 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.5.



Korrigierte Residualwerte der beiden Variablen "Einzugsgebiet Stadt - Land" und „keine Konsequenzen“

Keine Konsequenzen		Stadt	Land
Ja	Korrigierte Residualwerte	-2.6	2.6
Nein	Korrigierte Residualwerte	2.6	-2.6

Einzugsgebiet	Person fühlte sich bedroht	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Stadt	Nein	39	53.4	53.4
	Ja	34	46.6	100
	Total	73	100	
Land	Nein	13	86.7	86.7
	Ja	2	13.3	100
	Total	15	100	

Pearson's Chi-Quadrat der beiden Variablen "Einzugsgebiet Stadt - Land" und „Person fühlte sich bedroht“

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	5.688 <sup>①</sup>	1	0.017
N of Valid Cases	88		

① 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.14.

Korrigierte Residualwerte der beiden Variablen "Einzugsgebiet Stadt - Land" und „keine Konsequenzen“

Person fühlte sich bedroht		Stadt	Land
Ja	Korrigierte Residualwerte	-2.4	2.4
Nein	Korrigierte Residualwerte	2.4	-2.4

Einzugsgebiet	Punkte	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Stadt	0-8 Punkte	36	49.3	50	50
	9-22 Punkte	36	49.3	50	100
	Total	72	98.6		
	Missing System	1	1.4		
	Total	73	100		
Land	0-8 Punkte	11	73.3	73.3	73.3
	9-22 Punkte	4	26.7	26.7	100
	Total	15	100	100	

Median „Schweregrad Gesamtscore SOAS-R“ gegliedert nach den Einzugsgebieten Stadt – Land

		Stadt	Land
Schweregrad	Median	8.5	4

Mann-Whitney U Test der beiden Variablen „Einzugsgebiet Stadt - Land“ und „Schweregrad Gesamtscore SOAS-R“

Mann-Whitney U	Z	Asymp. Sig (2-tailed)
390.500	-1.698	.090

Grouping Variable: Spitaltyp

Massnahmen	Frequency	Percent
Nur Gespräch gesucht	31	35.2
Gspräch gesucht / Patient ruhig weggeführt / keine Massnahme	46	52.3
Festhaltungsmassnahmen (Festhalten & Fixieren)	22	25
Medikamente (oral & peroral)	15	17

		Gespräch	Ruhig wegführen
Alkohol / Drogen	Ja (Total = 59)	17	4
Wartezeit	Ja (Total = 16)	11	1

## Diskussion

Pearson's Chi-Quadrat der beiden Variablen "Tageszeit" und „Alkohol / Drogen“

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	8.243 <sup>①</sup>	1	0.004
N of Valid Cases	87		

<sup>①</sup> 0 cells (0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.06.

Korrigierte Residualwerte der beiden Variablen " Tageszeit" und „Alkohol / Drogen“

Alkohol / Drogen		20.00-07.00 Uhr	08.00-19.00 Uhr
Ja	Korrigierte Residualwerte	2.9	-2.9
Nein	Korrigierte Residualwerte	-2.9	2.9

Alkohol / Drogen		Ja	Nein
Montag	Korrigierte Residualwerte	-1.2	1.2
Dienstag	Korrigierte Residualwerte	-3.7	3.7
Mittwoch	Korrigierte Residualwerte	1.4	-1.4
Donnerstag	Korrigierte Residualwerte	-0.3	0.3
Freitag	Korrigierte Residualwerte	-0.3	0.3
Samstag	Korrigierte Residualwerte	2.8	-2.8
Sonntag	Korrigierte Residualwerte	0.5	-0.5

Fisher's Exact Test der beiden Variablen "Einzugsgebiet Stadt - Land" und "Tageszeit "

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)
Person Chi-Square	21.495 <sup>①</sup>	6	.001	.001 <sup>②</sup>
Likelihood Ratio	25.449	6	.000	.001 <sup>②</sup>
Fisher's Exact Test				.001 <sup>②</sup>
N of Valid Cases	88			

<sup>①</sup> 5 cells (35.75) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.18.  
<sup>②</sup> Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

		Aggressoren			
		Patienten	Angehörige	Andere Personen	Total
Verbale Aggression	Ja	73	11	3	87
	Nein	8	0	0	8

0 missing cases; 88 valid cases

Spitaltyp	Ort der Aggressionereignisse	Count	Percent of Cases
K111	Behandlungsraum	26	76.5
	Wartezimmer	6	17.6
	Empfang	2	5.9
	Andere Orte	2	5.9
	<b>Total Responses</b>	<b>36</b>	<b>105.9</b>
	1 missing cases; 34 valid cases		
K112	Behandlungsraum	14	73.7
	Wartezimmer	2	10.5
	Empfang	3	15.8
	Andere Orte	3	15.8
	<b>Total Responses</b>	<b>22</b>	<b>115.8</b>
	1 missing cases; 19 valid cases		
K121	Behandlungsraum	30	93.8
	Wartezimmer	0	0
	Empfang	2	6.3
	Andere Orte	1	3.1
	<b>Total Responses</b>	<b>33</b>	<b>103.1</b>
	1 missing cases; 32 valid cases		

		Aggressoren			
		Patienten	Angehörige	Andere Personen	Total
Physische Ag- gression	Ja	38	3	1	43
	Nein	43	8	2	53
0 missing cases; 88 valid cases					

		Alkohol / Drogen		
		Ja	Nein	Total
Durchführung einer Massnahmen	Ja	11	5	16
	Nein	42	30	72

		Alkohol / Drogen		
		Ja	Nein	Total
Person wurde etwas verwehrt	Ja	13	9	22
	Nein	40	26	66

		Alkohol / Drogen		
		Ja	Nein	Total
Wartezeiten	Ja	4	12	16
	Nein	49	26	72

## Lebenslauf

### Personalien

Name	Steck- Egli Ruth
Strasse	Lehenmattstr. 236 / 13
Ort	CH - 4052 Basel
Telefon	+41 (0)61 312 33 77
Email	ruth.steck@tiscalinet.ch
Geburtsdatum	17.12.1974

### Schulbildung

1981 - 1985	Primarschule Riehen
1985 - 1986	Übergangsklasse Riehen
1986 - 1989	Realschule Riehen
1989 - 1990	Überleitungsklasse Basel
1990 - 1994	Wirtschaftsgymnasium Basel
Sommer 1994	Maturität Typus E

### Ausbildung / Studium

1995 - 1998	Ausbildung zur allgemeinen Krankenschwester (AKP) In Liestal, Diplom: 1998
1999 - 2000	Pflege- und Gesundheitswissenschaften An der Fachhochschule für Gesundheit Aargau, Vordiplom: 2000
2000 - 2005	Psychologiestudium an der Universität Zürich Vertiefungsrichtung: Sozial- und Gesundheitspsychologie 1. Nebenfach: Psychopathologie des Erwachsenenalters 2. Nebenfach: Betriebswirtschaftslehre

### Praktika

1994	Spitalpraktikum in La Chaux-de-Fonds (6 Monate)
2002	Psychologiepraktikum: Bereich ärztlicher Dienst Psychiatrische Klinik Königsfelden (2 Monate)
2003 - 2004	Psychologiepraktikum: Bereich Testpsychologie Psychiatrische Klinik Königsfelden (3 Monate / 50%)
2004	Psychologiepraktikum: Bereich psychologischer Dienst Klinik Sonnenhalde, Riehen (2 Monate)

Berufliche Tätigkeiten	
1995	Temporärstelle, Manor, Basel (3 Monate)
1995	Pflegehilfe, Alters- und Pflegeheim Wiesendamm, Basel (6 Monate)
1998 - 1999	Dipl. Krankenschwester, Spital Dornach
1999 - heute	Dipl. Krankenschwester (20%) Kantonsspital Liestal
2001 - 2002	Dipl. Krankenschwester (25%) Psychiatrische Klinik Liestal (6 Monate)
2002 - 2003	Stellvertretungen an der Orientierungsschule Basel
2004 - 2005	Tutorat: Sozialpsychologie, Universität Zürich (1 Semester)
2005	Leitung Jugendarbeit ad interim, Gellertkirche Basel (7 Monate)