



Edward Munch : der Schrei

# Die akute Psychose auf der Notfallstation

---

Diplomarbeit im Rahmen des Nachdiplomstudiums HF Notfallpflege der Aargauischen Fachschule für Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege

Andreas Müller  
Blumberg, 25.04.2018

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Nachdiplomstudiums an der Aargauischen Fachschule für Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege der beiden Kantonsspitäler Aarau AG und Baden AG verfasst.

**Deklaration:** Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen sind durch genaue Quellenangaben angegeben. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle von Plagiaten auf **nicht erfüllt** erkannt werden kann.

Ort, Datum:.....

Unterschrift.....

## **Vorwort**

Als Titelblatt habe ich das Gemälde „der Schrei“ von Edward Munch gewählt. Munch war ein norwegischer Maler. Mit diesem Bild wollte er 1892 ein Erlebnis verarbeiten, dass er während eines Spaziergangs hatte.

In seinem Tagebuch schrieb er dazu: „Eines Abends machte ich mit zwei Freunden einen Spaziergang. (...) Die Sonne ging unter, und die Wolken färbten sich blutrot. Ich spürte einen Schrei, der durch die Natur wiederhallte. Ich hatte das Gefühl, ich könnte diesen Schrei wirklich hören. Ich malte dieses Bild, malte die Wolken wie richtiges Blut. Es waren die Farben, die schrien“(<https://the-artinspector.de/galerie/munch-der-schrei>)

Munch war psychisch krank, er litt an Depressionen und Panikattacken. Wahrscheinlich hatte er an diesem Abend eine akustische Halluzination im Rahmen einer vorübergehenden Psychose.

Meiner Meinung nach drückt dieses Bild sehr gut die Angst und Verzweiflung aus die solch ein Erlebnis in diesem Moment auslösen kann.

## **Danksagung**

Ich möchte mich vor allem bei meiner Familie bedanken. Sie haben sehr viel Rücksicht genommen und mir immer Zeit und Ruhe zum Lernen und Schreiben dieser Diplomarbeit gegeben. Während des berufsbegleitenden Studiums, speziell in der letzten Phase hatte ich häufig nur sehr wenig Zeit für die Familie. Bei meiner Frau Désirée möchte ich mich ausserdem bedanken für die Hilfe bei der Formatierung und dem Einfügen der Grafiken.

Ausserdem bedanke ich mich bei Sebastian Schiffer, der mich bei der Erstellung der Diplomarbeit beraten hat, bei Miriam Riedel für das Korrekturlesen. Bei Karin Hofmann, Kirsten Wiedemann und Manfred Sauter möchte ich mich bedanken, dass sie sich Zeit für ein Interview nahmen und alle Fragen ausführlich mit mir diskutierten.

## **Zusammenfassung/Abstract**

Die Kernfrage meiner Diplomarbeit lautet: Wie betreue ich einen Patienten in einer akuten Psychose auf der Notfallstation ? Dafür werden in dieser Arbeit mögliche Symptome beschrieben, die in einer akuten Psychose auftreten können. Es wird darauf eingegangen, was eine Psychose auslösen und unter welchen Umständen ein bisher gesunder Mensch in einen solchen Zustand geraten kann. Häufig ist eine chronische Schizophrenie die Ursache für psychotisches Verhalten, deshalb erfolgt eine Beschreibung der Besonderheiten dieses Krankheitsbilds.

Der Zusammenhang zwischen Drogen und Psychosen wird erläutert.

Auf der Grundlage von Fachliteratur und dem Gespräch mit Experten auf diesem Gebiet sind wichtige Aspekte in der Kommunikation und im Umgang mit solchen Patienten aufgeführt.

Das Risiko einer Fremd- oder Selbstgefährdung und mögliche Hinweise darauf, sowie Möglichkeiten der Deeskalation werden erläutert.

Darüber hinaus werden die rechtlichen Grundlagen und ethischen Grundsätze eventuell notwendiger Zwangsmassnahmen beschrieben.

# Inhaltsverzeichnis

## **Vorwort/ Danksagung**

## **Zusammenfassung/ Abstract**

### **1. Einleitung**

1.1	Begründung der Themenwahl.....	1
1.2	Fragestellung.....	1
1.3	Zielsetzung.....	2
1.4	Abgrenzung.....	2
1.5	Methode des Vorgehens.....	2

### **2. Hauptteil**

2.1	Was ist eine Psychose.....	3
2.2	Symptome einer akuten Psychose.....	3
2.2.1	Wahrnehmungsstörungen.....	3
2.2.2	Inhaltliche Denkstörungen.....	4
2.2.3	Ich-Störungen.....	6
2.3	Auslöser einer akuten Psychose.....	6
2.3.1	Organische Psychosen.....	7
2.3.2	Nicht-organische Psychosen.....	9
2.3.3	Schizophrene Psychosen.....	10
2.4	Psychose und Substanzmissbrauch.....	12
2.5	Kommunikation mit psychotischen Patienten.....	13
2.6	Besonderheiten der Triagierung bei dem Verdacht auf psychotisches Erleben.....	15
2.7	Aggressives Verhalten bei Psychotischen Patienten.....	16
2.8	Rechtliche Grundlagen FU.....	18
2.9	Zwangsmassnahmen.....	19
2.9.1	Zwangsmedikation.....	21
2.9.2	Isolation.....	21
2.9.3	Fixierung.....	21

<b>3.</b>	<b>Schluss teil</b>	
3.1	Beantwortung der Kernfrage und Schlussfolgerungen.....	23
3.2	Reflexion des persönlichen Lernprozesses.....	24
<b>4.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	
<b>5.</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	
<b>6.</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	
<b>7.</b>	<b>Anhang</b>	
7.1	<b>Merkblatt zum Umgang mit psychotischen Patienten</b>	
7.2	<b>Interviews</b>	
7.3	<b>Weisung für die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen</b>	
7.4	<b>Erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste</b>	

# 1. Einleitung

## 1.1 Begründung der Themenwahl

Bevor ich 2016 auf die Notfallstation gewechselt bin, habe ich über zehn Jahre bei den psychiatrischen Diensten Schaffhausen auf einer Station mit dem Schwerpunkt akute Psychosen gearbeitet und konnte so einige Erfahrung auf diesem Gebiet sammeln.

Im interdisziplinären Notfallzentrum im Kantonsspital Baden war ich inzwischen schon häufiger mit psychotischen Patienten konfrontiert und habe im Gespräch mit Teammitgliedern bemerkt, dass sich manche Kollegen etwas unsicher im Kontakt mit psychotischen Patienten fühlen. Der Umgang mit einem psychotischen Patienten stellt immer eine besondere Herausforderung für das interdisziplinäre Team dar.

Auch nach vielen Jahren Arbeit in der Akutpsychiatrie ist eine akute Psychose für mich noch etwas unverständliches, ungreifbares. Es ist oft nicht möglich die Gedankengänge, Ängste oder Handlungen des betroffenen Patienten nachzuvollziehen. Die akute Psychose bedeutet für einen Patienten vor allem dass sich für ihn die Wahrnehmung seiner Umwelt verändert, was natürlich extremen Stress auslösen kann. Der Kontakt zu vielen verschiedenen Teammitgliedern und das unbekannte, häufig hektische und laute Umfeld einer Notfallstation können zusätzlich zu einer Reizüberflutung führen.

Vor allem beängstigende Wahnhalte, Halluzinationen oder imperative Stimmen können zu Non-Compliance, aggressivem, fremd- oder selbstgefährdenden Verhalten führen.

Ich bin der Meinung, dass durch Verständnis für die Situation des Patienten und durch empathische, aber doch Grenzen aufzeigende Kommunikation, eine Eskalation und damit verbundene Zwangsmassnahmen in vielen Situationen vermieden werden kann.

## 1.2 Fragestellung

Die Kernfrage meiner Diplomarbeit lautet:

*Wie betreue ich einen Patienten in einer akuten Psychose in der interdisziplinären Notfallstation Baden?*

Die damit verbundenen Leitfragen sind:

- Was ist die Definition einer akuten Psychose?
- Was sind Hinweise auf eine akute Psychose?

- Was kann eine akute Psychose auslösen?
- Gibt es Instrumente zur schnellen Einschätzung von Fremd- oder Selbstgefährdung und sind diese im INZ einsetzbar ?
- Was sollte man in der Kommunikation mit psychotischen Patienten beachten?
- Wann sind Zwangsmassnahmen gerechtfertigt? Rechtliche Grundlagen einer fürsorgerischen Unterbringung, Zwangsmedikation, Isolation, Fixierung

### **1.3 Zielsetzung**

Ich werde in meiner Diplomarbeit den Symptomenkomplex einer Psychose beschreiben und herausarbeiten was wichtig ist im Umgang mit psychotischen Patienten im Kontext einer Notfallstation, vor allem wie man das Risiko einer Eskalation minimieren kann.

Ausserdem werde ich die verschiedenen Zwangsmassnahmen bei einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung beschreiben und unter welchen Umständen man einen Patienten auch gegen seinen Willen behandeln muss, falls eine Deeskalation nicht gelingt. Im Rahmen dieser Diplomarbeit entwickle ich ein Merkblatt mit wichtigen Grundsätzen und Vorsichtsmassnahmen im Umgang mit akut psychotischen Patienten im Interdisziplinären Notfallzentrum Baden.

### **1.4 Abgrenzung**

Diese Arbeit geht nicht näher auf die Pathophysiologie der Psychose ein, da es dazu verschiedene Theorien gibt und dies den Rahmen dieser Diplomarbeit übersteigen würde. Auch beschränke ich mich auf die Kommunikation und die Nicht-medikamentöse Behandlung von psychotischen Patienten als eine Kernaufgabe der Notfallpflege. Auch auf die Gruppe der Affektiven Psychosen wird nicht näher eingegangen.

### **1.5 Methode des Vorgehens**

Die vorliegende Diplomarbeit basiert zum einen auf meinen eigenen Erfahrungen in der psychiatrischen Krankenpflege und zum anderen auf Literaturrecherche in Fachbüchern, Onlinequellen und Interviews mit zwei Psychiaterinnen und einem auf Psychosebehandlung spezialisierten Psychologen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit habe ich auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

# Hauptteil

## 2.1 Was ist eine Psychose ?

„Der Begriff „akute Psychose“ ist weder exakt definiert, noch handelt es sich um eine einheitliche Krankheitsgruppe“ (Hewer, 2017, S. 153). Psychosen kommen häufig bei schizophrenen Patienten vor, können aber auch verschiedene andere Ursachen haben.

Allgemein beschreibt dieser Begriff einen Zustand, in dem ein Mensch die Realität auf eine andere Weise wahrnimmt. Eine Psychose verändert sehr umfassend das Denken und Fühlen, die Wahrnehmung, den Antrieb und Willen sowie das Erleben der betroffenen Person (Matthias Hammer, 2012, S. 50).

Der Begriff Psychose ist eigentlich veraltet und wird in den neuen Klassifikationen psychiatrischer Erkrankungen nicht als eigenständige Erkrankung aufgeführt. Ich möchte ihn im Rahmen meiner Diplomarbeit trotzdem benutzen als eine verallgemeinernde Bezeichnung für eine veränderte Wahrnehmung der Realität.

## 2.2 Symptome einer akuten Psychose

Allgemein kann der Zustand eines Patienten als psychotisch beschrieben werden, wenn er eines oder mehrere Symptome aus der Gruppe der Wahrnehmungsstörungen, inhaltlichen Denkstörungen, oder Ich-Störungen aufweist. (Vorlesung Dr.Lienhard Maeck, Afsain 2017)

### 2.2.1 Wahrnehmungsstörungen

Von Wahrnehmungsstörungen spricht man bei Sinneseindrücken, die nicht einem realen Aussenreiz entsprechen. Sie können grundsätzlich jeden Sinn betreffen. Man kann akustische, optische, olfaktorische, gustatorische, taktile, und coenästhetische Halluzinationen unterscheiden.

#### Differenzierung nach betroffenem Sinnesorgan

- **Akustische Halluzinationen :**

Das können beängstigende Geräusche, Musik, undeutliches Geflüster oder auch deutliche laute Stimmen sein. Wenn ein Patient Stimmen hört, können diese kommentierend sein, dialogisierend oder auch imperativ. „Am

bedrohlichsten sind Halluzinationen, wenn sie imperativen Charakter haben und den Betroffenen zu Handlungen gegen sich selbst oder andere beeinflussen.“ (Hewer, 2017, S. 19)

- **Optische Halluzinationen**

Es werden Farben, Lichter, Schatten, deutliche Personen oder vereinzelte Bilder vom Betroffenen wahrgenommen.

- **Olfaktorische und gustatorische Halluzinationen**

Die Geruchs- oder Geschmackswahrnehmung ist gestört. Dies kommt häufig in Kombination mit Verfolgungs- oder Vergiftungswahn vor. Wenn ein Patient zum Beispiel das Gefühl hat Gift zu schmecken, Rauch oder Verwesung zu riechen.

- **Taktile Halluzinationen**

Der Betroffene spürt Berührungen an verschiedenen Körperstellen oder hat den Eindruck festgehalten oder gewürgt zu werden. Dies kann einfach als eine unangebrachte Berührung empfunden werden, kann aber auch mit Schmerzen verbunden sein oder im extremsten Fall zu Panik mit Todesangst führen.

- **Coenästhetische Halluzinationen**

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers ist gestört. Das Gefühl dass sich etwas im Bauch bewegt, bestrahlt zu werden, zu schrumpfen oder sich ausgetrocknet zu fühlen sind Beispiele für diese Wahrnehmungsstörung

### **Differenzierung nach Ausmass der Wahrnehmungsstörung**

Nur wenn ein Patient absolut von seiner (pathologischen) Wahrnehmung überzeugt ist, handelt es sich um eine Halluzination.

Wird die veränderte Wahrnehmung hingegen als nicht real erkannt spricht man von einer sogenannten Pseudohalluzination (z.B.: „Ich sehe meine tote Grossmutter, obwohl ich weiss es ist nur eine Einbildung“).

Wenn tatsächlich vorhandene Sinnesreize verändert interpretiert werden bezeichnet man dies als Illusionäre Verkennung (z.B: Der Stift in der Hand wird als Messer wahrgenommen).

## **2.2.2 Inhaltliche Denkstörungen**

Wie der Name schon sagt, verändert sich der Inhalt des Denkens, also nicht wie, sondern was gedacht wird. Dies kann in Form von Zwangsgedanken auftreten oder

als Wahn. Zwangsgedanken treten häufig bei Neurosen auf, bei psychotischen Störungen ist vor allem der Wahn relevant.

Als Wahn wird eine unkorrigierbar falsche Beurteilung der Realität, die erfahrungsunabhängig auftritt und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird beschrieben. Die Überzeugung steht also im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Überzeugung der Mitmenschen (Möller, 2001, S. 46) Die Ausprägung eines Wahns kann dabei sehr unterschiedlich sein.

„Die Kriterien des Wahns sind weniger dass Unsinnige, Unwahrscheinliche oder Unmögliche, sondern dass der Wahn eine unerschütterliche Überzeugung ohne zureichende Begründung darstellt.“ (Hewer, 2017, S. 154)

### **Wahnformen**

Die Wahnstimmung beschreibt eher unspezifische Gefühle, beispielsweise die starke Ahnung dass gleich etwas Schlimmes passieren wird.

Eine Wahnidee ist ein relativ harmloser plötzlich einschliessender Gedanke wie: „Das Auto fährt mir schon lange nach, es verfolgt mich“.

Ein Wahn kann sich aber auch steigern bis zu einem Wahnsystem. Dabei werden reale Sinneseindrücke in ein Wahnsystem eingebaut und aus Sicht des Betroffenen logisch verknüpft. So bestätigen alle Erlebnisse die wahnhaften Überzeugungen des Betroffenen. Die Steigerung des vorherigen Beispiels wäre dann „Das Auto verfolgt mich, es gehört auch zur CIA, sie hören meine Wohnung schon lange ab und nun verfolgen sie mich auch noch auf der Strasse und wollen mich umbringen“. Widerspricht man dieser Überzeugung wird man schnell selbst in dieses Wahnsystem integriert.

Eine spezielle, sehr schwierig zu therapierende Wahnform ist die induzierte wahnhafte Störung, früher als folie-a-deux bezeichnet. Dabei übernimmt der eigentlich gesunde Partner die Wahnvorstellungen eines Erkrankten. Sie leben dann beide im gleichen Wahnsystem und bestätigen sich gegenseitig.

### **Wahnthemen**

Darüber hinaus kann man grundsätzlich verschiedene Wahnthemen unterscheiden. Verfolgungswahn, Beziehungswahn, Hypochondrischer Wahn, Grössenwahn und der religiöse Wahn sind häufig auftretende Beispiele.

### 2.2.3 Ich-Störungen

Die Ich-Störung ist ein sehr belastender Zustand in dem ein Mensch nicht mehr zwischen dem Ich und seiner Umwelt unterscheiden kann, beziehungsweise die Grenzen zwischen dem inneren Erleben und der Umwelt zunehmend verschwimmen. Dies kann sich in einer Reihe verschiedener Symptome äussern. (Möller, 2001, S. 52)

**Depersonalisation:** Der Patient hat ein verändertes Körperbewusstsein, er empfindet sich als fremd im eigenen Körper.

**Derealisation:** Die Umwelt erscheint plötzlich als fremd und unwirklich, der Betroffene fühlt sich als Teil einer Geschichte oder eines Films.

**Gedankenausbreitung:** Das Gefühl dass die eigenen Gedanken von jedem gelesen werden können.

**Gedankenentzug:** Die eigenen Gedanken werden von jemandem weggenommen. In diesem Zusammenhang gibt es meist auch eine Theorie wer die Gedanken abzieht. Das können beispielsweise bekannte Menschen sein, der Teufel oder ein Geheimdienst.

**Gedankeneingebung:** Der Eindruck, die eigenen Gedanken würden von jemandem gesteuert werden, meist auch von einer bestimmten Person beziehungsweise einer Organisation.

**Gedankenabreissen:** Die Vorstellung man könne keinen Gedanken zu Ende führen, ein bewusster Gedankengang wird immer wieder unterbrochen.

**Fremdbeeinflussungserlebnisse:** Der Betroffene hat den Eindruck er werde von jemandem gesteuert, habe keine Kontrolle mehr über seinen eigenen Körper.

### 2.3 Auslöser einer akuten Psychose

Psychotisches Erleben kann verschiedene Ursachen haben. Bei einem erstmaligen Auftreten einer Psychose ist es vor allem wichtig, nach organischen Ursachen zu suchen oder ein substanzbedingtes, psychotisches Erleben zu erkennen.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über Diagnoseschritte für die verschiedenen organischen, nicht-organischen und Substanzbedingten Psychosen.

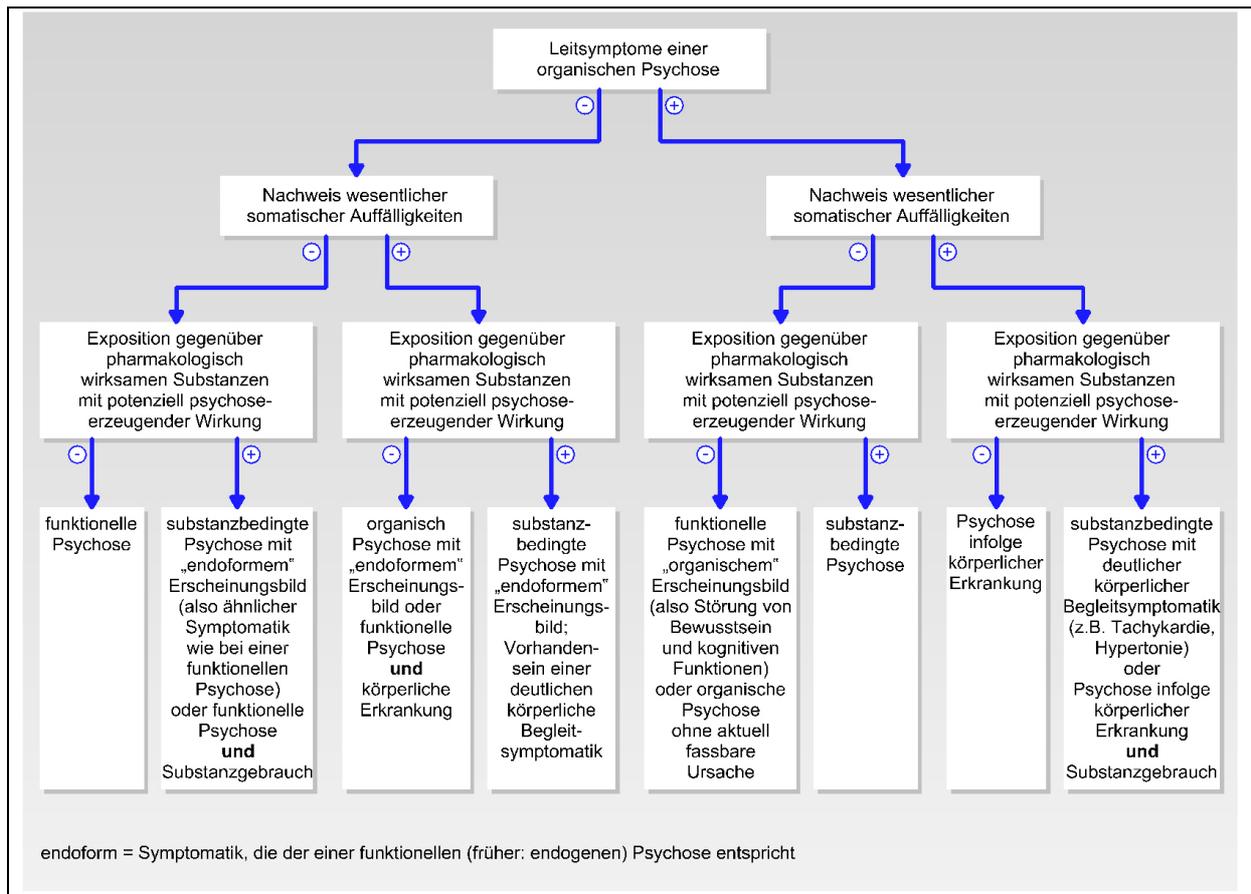


Abb.1: Diagnostischer Stufenplan bei Patienten mit akuten psychotischen Zustandsbildern (Hewer, 2017, S. 163)

### 2.3.1 Organische Psychosen

Sogenannte organische oder exogene Psychosen haben eine nachweisbar körperliche Ursache, sie können akut oder chronisch auftreten.

Bei primär organischen Psychosen ist das Gehirn direkt betroffen. Nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma, bei Demenz, als Folge einer Hypoxie, einer Infektion oder Epilepsie können psychotische Symptome auftreten.

Liegen die Gründe für die Psychose ausserhalb des zentralen Nervensystems spricht man von einer sekundär organischen Psychose. Diese kann sich unter anderem bei Intoxikationen, während eines Entzugs, bei Stoffwechselerkrankungen, Hypoglykämien, im Wochenbett, im Delir oder auch als Nebenwirkung mancher Arzneimittel manifestieren.

Psychotische Zustände die auf sekundär organische Ursachen zurückgeführt werden können, sind meist reversibel, können aber auch längerfristige Defektzustände hinterlassen. (Hewer, 2017, S. 159)

Beim erstmaligen Auftreten psychotischer Symptome sollte aus den oben aufgeführten Gründen in jedem Fall eine organisch begründete Ursache mit Hilfe einer ausführlichen internistischen und neurologischen Untersuchung ausgeschlossen werden. Daher erfolgt meist zuerst die Einweisung in ein Akutspital zu einer ersten Diagnostik.

Abbildung zwei zeigt welche Primär-, Sekundär-, sowie Vulnerabilitätsfaktoren zu einer klinischen Manifestation einer Psychose führen können.

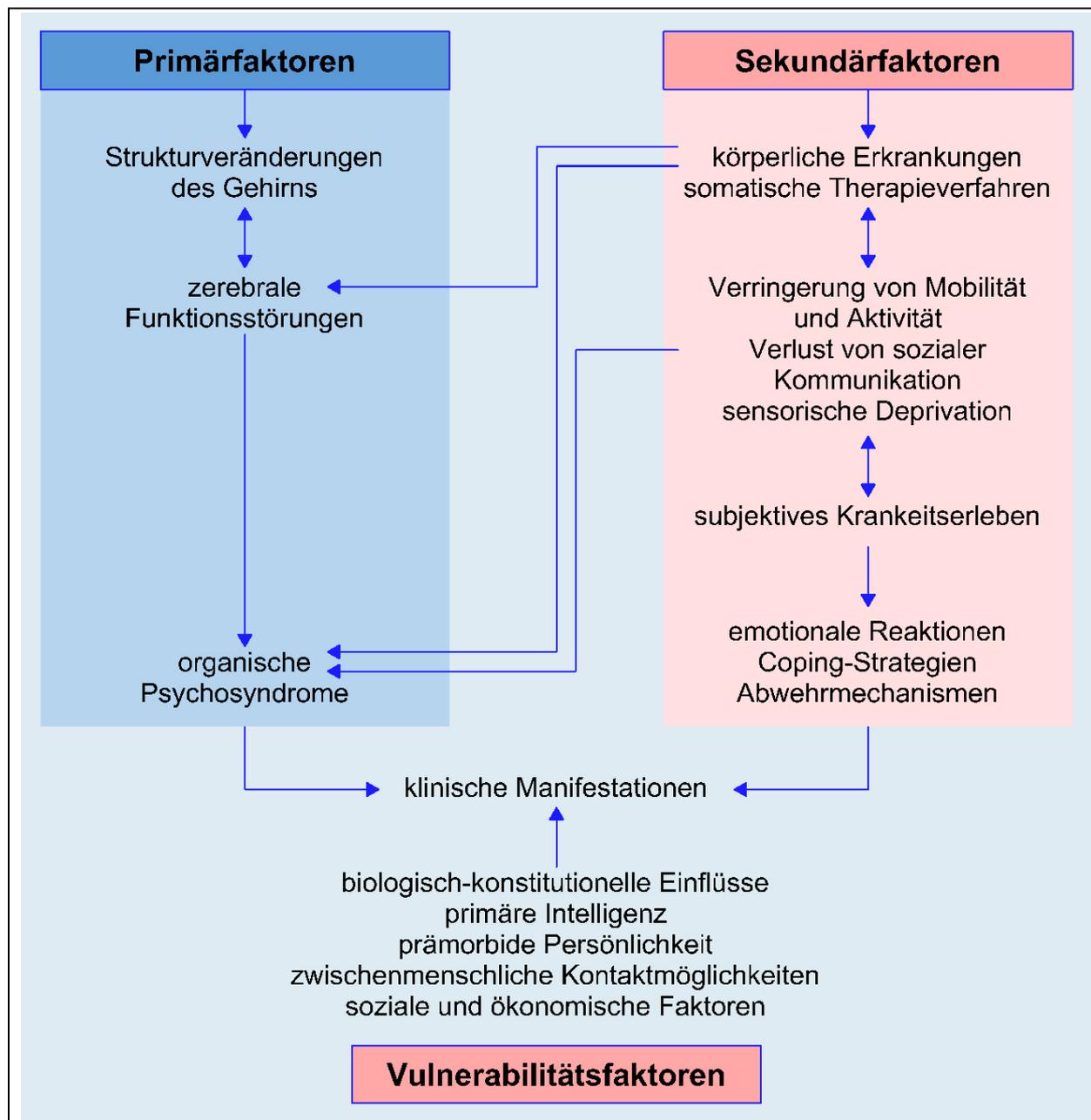


Abb.2 Das Zusammenwirken verschiedener Faktoren beim Zustandekommen organisch bedingter Psychosen (Möller, 2001, S. 172)

### **2.3.2 Nicht-organische Psychosen**

Kann eine organische Ursache des psychotischen Erlebens ausgeschlossen werden, wird von einer sogenannten nicht-organischen, endogenen oder funktionellen Psychose ausgegangen.

Diese Form der Psychose tritt typischerweise bei schizophrenen Patienten auf. Es gibt aber auch die akute vorübergehende psychotische Störung. Sie tritt häufig nach schweren Traumatisierungen auf, zeigt die klassischen Symptome, erfüllt aber nicht die diagnostischen Kriterien für eine Schizophrenie. Die psychotischen Symptome bilden sich bei dieser Störung innerhalb von Tagen bis Wochen vollständig zurück. (ICD 10 F23.)

#### **Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell**

Eine anerkannte Theorie zur Entstehung einer endogenen Psychose ist das Vulnerabilitäts-Stress-Modell. Man weiss inzwischen dass psychische Erkrankungen multifaktoriell bedingt sind, also mehr als nur eine Ursache haben. Dieses Modell wurde erstmals 1977 von Zubin und Spring für die Schizophrenie beschrieben, wurde seitdem aber modifiziert und gilt nun als allgemeines Erklärungsmodell für alle psychischen Erkrankungen. (Sauter, 2011, S. 97)

Eine akute Psychose ist nach dieser Theorie das Resultat einer Kombination aus biologischen, sozialen und psychischen Faktoren. Vor allem Erziehung, Entwicklung in der frühen Kindheit und genetische Disposition bestimmen die Vulnerabilität, das heisst die grundsätzliche Anfälligkeit an einer Psychose zu erkranken. (Matthias Hammer, 2012, S. 16-17)

Wenn zu einer erhöhten Vulnerabilität Stressfaktoren hinzukommen, wird unter Umständen eine Schwelle überschritten und der Betroffene entwickelt ein psychotisches Zustandsbild. Stressoren in diesem Sinn können schwere Schicksalsschläge wie eine Trennung, der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Tod eines nahestehenden Menschen sein. Aber auch eigentlich positive Lebensereignisse wie eine Hochzeit oder Entwicklungsschritte in der Pubertät wie der Auszug aus dem Elternhaus können bei einer erhöhten Vulnerabilität zum Ausbruch einer akuten Psychose führen. (Matthias Hammer, 2012, S. 18-19)

Wie Abbildung 3 zeigt können durch Ressourcen wie stabilen sozialen Verhältnissen, einer geordneten Tagesstruktur oder wenn nötig mit Hilfe von Medikamenten die Schwelle zum Ausbruch psychotischer Symptome erhöht werden.

Im Fall einer erhöhten Vulnerabilität kann der Betroffene mit Hilfe einer Psychotherapie lernen, die Frühwarnzeichen einer beginnenden Psychose zu erkennen und Bewältigungsstrategien entwickeln.

## Vulnerabilitäts-Stress-Modell

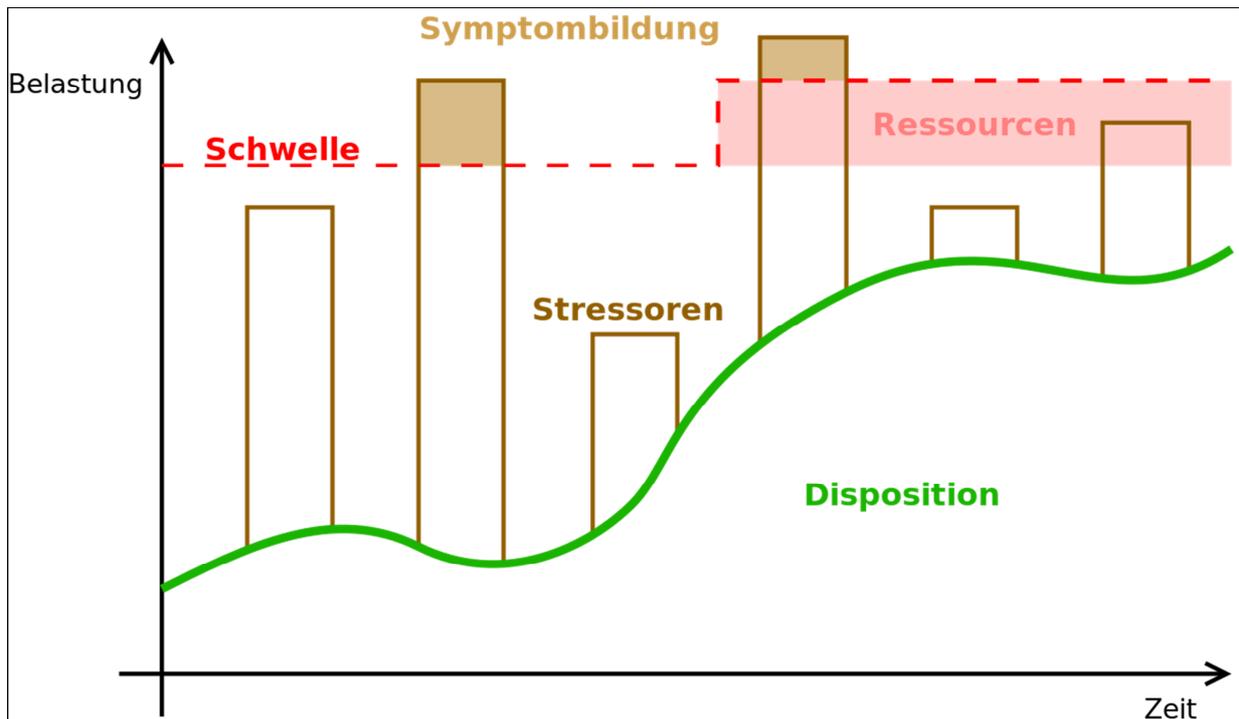


Abb.3 (Wikipedia, 2013)

Wie in Abbildung 3 dargestellt hat nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell jeder Mensch ein mehr oder weniger grosses Risiko im Laufe seines Lebens an einer Psychose zu erkranken auch wenn er bisher psychisch gesund war.

### 2.3.3 Schizophrene Psychosen

Der häufigste und schwerwiegendste Auslöser für den Ausbruch einer akuten endogenen Psychose sind Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Die chronische Schizophrenie an sich ist kein homogenes Krankheitsbild. Es gibt nicht die typische Schizophrenie deshalb spricht man auch vom schizophrenen Formenkreis. Entgegen der weitverbreiteten Meinung hat eine Schizophrenie nichts mit einer gespaltenen Persönlichkeit zu tun. Schizophrene Patienten leben eher in einer eigenen Welt, ihr Erleben ist von der Realität abgespalten.

Bei der chronischen Schizophrenie gibt es verschiedene Verlaufsformen. Die psychotische Symptomatik kann sich nach einer akuten Phase komplett zurückbilden, es kann aber auch ein Residuum zurückbleiben so dass der Betroffene nie wieder ganz symptomfrei wird. (Matthias Hammer, 2012, S. 22-23)

Die Lebenszeitprävalenz an einer schizophrenen Psychose zu erkranken beträgt weltweit ca. 1%, unabhängig von Geschlecht, Herkunft oder Kulturkreis. Das Haupterkrankungsalter liegt zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr (Möller, 2001, S. 134)

Prinzipiell können die Symptome einer Schizophrenie in drei Gruppen eingeteilt werden, Positiv-, Negativsymptome und die Katatonie. Bei einem schizophrenen Patienten in einer akuten Psychose überwiegt meist eine der Symptomgruppen, Positiv- und Negativsymptome können aber auch im Wechsel auftreten.

### **Positivsymptome**

Bei Positivsymptomen stehen vor allem sogenannte produktive Symptome im Vordergrund wie Wahn und Halluzinationen. Sehr häufig tritt bei schizophrenen Psychosen das Hören von dialogisierenden, kommentierenden oder im schlimmsten Fall imperativen Stimmen auf. Vor allem bei imperativen Stimmen kann es zu einem Kontrollverlust kommen, wenn der Patient negativen Befehlen der Stimmen nachgibt. Die gehörten Stimmen sind häufig beschimpfend oder bedrohlich und lösen Angst aus. Es gibt aber auch positive Stimmen, die den Betroffenen bestätigen oder mit denen derjenige einen Dialog führen kann.

### **Negativsymptome**

Ein Patient mit Negativ- oder Minussymptomen hingegen zieht sich eher in sich zurück, wirkt apathisch, desorganisiert und affektarm. Manche Patienten leiden auch an Konzentrationsstörungen oder einer Anhedonie, der Unfähigkeit Gefühle zu empfinden. Negativsymptome sind häufig mit einem sozialen Rückzug des Betroffenen verbunden. Sie können sich aber auch durch asoziales Verhalten, verbunden mit einer mangelnden Impulskontrolle äussern. Negativsymptome sind oft schwierig zu erkennen und können leicht mit einer Depression verwechselt werden.

### **Katatone Symptome**

Bei einer Katatonie ist vor allen Dingen die Psychomotorik eines Patienten gestört. Dies kann sich äussern durch die Unfähigkeit zu sprechen (Mutismus), zwanghaftes Wiederholen von Wörtern oder Silben (Echolalie) oder auch eine völlige Erstarrung (Stupor). Ein katatoner Patient ist in der Regel so blockiert, dass er sich kaum bewegt, kann dabei aber sehr angespannt wirken, es kann aber auch ohne Vorwarnung zu einem plötzlichen Bewegungssturm kommen bei dem der Betroffene dann plötzlich sehr agitiert ist und ungezielt um sich schlägt.

### **Subtypen der Schizophrenie**

Je nach Erscheinungsbild kann man verschiedene klinische Subtypen der Schizophrenie unterscheiden (Möller, 2001, S. 147):

- Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie: Bei diesem Typ überwiegen Verfolgungswahn und Halluzinationen. Vor allem das Stimmenhören ist charakteristisch.
- Katatone Schizophrenie: Ein seltener Subtyp, es überwiegen katatone Symptome wie die Bewegungsarmut und Antriebslosigkeit oder Stereotype Wiederholungen.
- Hebephrene Schizophrenie: Hier ist eher Affekt und Antrieb betroffen. Die Stimmung kann schnell von apathisch zu agitiert und hemmungslos wechseln. Das Denken ist eher ungeordnet, diese Patienten sind oft auf Hilfe im Alltag angewiesen und in der Regel nicht in der Lage ohne Betreuung zu leben.
- Schizophrenia Simplex: Bei dieser Form stehen Negativsymptome im Vordergrund. Diese Patienten haben im Gegensatz zur paranoiden Schizophrenie häufig keine Halluzinationen oder Wahnvorstellungen. Die Symptome sind oft nicht greifbar. Solche Menschen werden von ihrer Umwelt als seltsam wahrgenommen ohne dies genauer benennen zu können. Dieser Subtyp ist medikamentös sehr schlecht therapierbar und weist eine sehr hohe Suizidrate auf.

## 2.4 Psychose und Substanzmissbrauch

Erschwerend für die Behandlung und den Umgang mit psychotischen Patienten kommt hinzu, dass die psychotische Symptomatik häufig mit einem Drogenabusus verbunden ist.

Etwa die Hälfte aller Patienten mit einer Schizophrenie entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Suchtstörung. (Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 1)

Zur Erklärung der hohen Komorbidität zwischen Psychose und Sucht gibt es drei verschiedene Hypothesen. (Gouzoulis-Mayfrank, 2007, S. 5-14) :

### 1. Modell der sekundären Suchtentwicklung

Nach dieser Selbstmedikationshypothese versucht der psychotische Patient seine belastenden Symptome durch die Einnahme von Suchtmitteln zu dämpfen. Der Konsum stellt also einen ungünstigen Copingversuch dar. Diese Hypothese wird unterstützt durch die Beobachtung dass ein Patient der an Positivsymptomen leidet, eher dämpfende Substanzen (z.B. Benzodiazepine, Heroin) einnimmt, wenn die Negativsymptomatik überwiegt werden stimulierende Substanzen (z.B. Kokain, Amphetamine) bevorzugt.

## **2. Modell der Psychoseinduktion**

Dieses Modell bezieht sich vor allem auf den Konsum von Cannabis, Halluzinogenen und Stimulantien. Diese Substanzen sind erwiesenermaßen in der Lage psychotische Zustände auszulösen, die auch nach dem Konsum noch anhalten können. Eine chronische Psychose kann nach dieser Hypothese also die Folge eines Drogenmissbrauchs sein.

## **3. Modell der gemeinsamen ätiologischen Faktoren**

Nach dieser Theorie weisen Psychose und Sucht gemeinsame neurobiologische Grundlagen auf. Es wird angenommen, dass es bei der Sucht wie auch einer Psychose um eine Dysfunktion im zentralen dopaminergen System handeln könnte. Diese These konnte durch Studien bisher aber noch nicht eindeutig belegt werden.

## **2.5 Kommunikation mit psychotischen Patienten**

Die Kommunikation mit einem Patienten in einer akuten psychotischen Phase kann sehr anspruchsvoll sein. Vor allen Dingen wahnhaftige Inhalte und Halluzinationen können als sehr quälend erlebt werden. Sie können Angst, Verzweiflung oder auch Aggressionen auslösen und das Verhalten eines Patienten unberechenbar machen.

In der Regel zeigt ein Patient in diesem Zustand keine Krankheitseinsicht und häufig auch nur wenig Compliance. Ausserdem sprechen diese Patienten aus Scham, Angst vor Stigmatisierung oder Misstrauen oft nur ungern über ihre Symptome beziehungsweise viele Patienten versuchen sie zu verheimlichen, weshalb psychotisches Erleben nicht immer ganz einfach zu erkennen ist. Möglicherweise verbieten aber auch imperative Stimmen dem Patienten über Wahrnehmungen zu berichten.

Die Grundvoraussetzungen für ein Gespräch mit dem Patienten ist die Sicherheit aller Beteiligten und die Gesprächsfähigkeit beziehungsweise Gesprächsbereitschaft des Patienten. (Hewer, 2017, S. 25-26) Wenn diese Bedingungen erfüllt sind, sollte ein geeigneter Raum gewählt werden.

Da die meisten psychotischen Patienten an einer akuten Reizüberflutung leiden und Schwierigkeiten haben sich abzugrenzen, ist es sinnvoll, einen möglichst ruhigen Ort für ein erstes Gespräch zu wählen. Dabei sollte aber immer auch der Sicherheitsaspekt berücksichtigt werden und mit Patienten die sehr angespannt oder aggressiv wirken, sollte man nicht allein in einen Raum gehen. Falls mehrere Personen in einem Gespräch anwesend sind, kann das eigene Bedürfnis nach Sicherheit oder unter Umständen die Angst vor einer Eskalation dem Patienten

gegenüber auch so benannt werden. Erfahrungsgemäss sind manche Patienten erstaunt darüber anderen Angst zu machen und möchten dies eigentlich auch nicht.

### **Umgang mit Wahn und Halluzinationen**

Für viele Patienten ist es entscheidend, dass man ihre emotionale Notlage erkennt und auch aktiv anspricht. In keinem Fall sollte man aber Wahrnehmungen eines Patienten, die man selbst nicht teilt, bestätigen. Wahnhafte Erleben und Halluzinationen sind definitionsgemäss nicht korrigierbar, daher macht es auch keinen Sinn an die Vernunft des Betroffenen zu appellieren oder seine Wahrnehmung in Frage zu stellen. Dies kann im Gegenteil zu Aggressionen führen oder dass sich der Patient nicht ernst genommen fühlt und den Kontakt abbricht. Besser ist es die Wahrnehmungen nicht zu kommentieren oder falls ein Patient direkt nachfragt lediglich die eigene Wahrnehmung zu beschreiben ohne den Patienten zu korrigieren. Beispielsweise : „Ich glaube Ihnen, dass Sie im Raum eine schattenhafte Gestalt sehen, ich kann diese aber nicht sehen.“

Wenn die Wahrnehmung für den Patienten sehr quälend erscheint hilft es, dies dem Betroffenen gegenüber auch so zu benennen. Zum Beispiel: „Ich frage mich wie Sie das aushalten. Wenn ich das was sie beschreiben erleben würde, ich wüsste nicht wie ich das aushalten sollte.“ (Bock, 2003, S. 118)

### **Möglichkeiten zur Entlastung**

Wenn man es auf diese Weise schafft eine Beziehung, oder zumindest einen ersten Kontakt zum Patienten herzustellen, ist dies eine gute Basis für Hilfsangebote.

Psychopharmaka sind in einer akuten Psychose meist unumgänglich und ein Ziel ist es den Patienten dazu zu motivieren freiwillig Medikamente einzunehmen. In erster Linie sind bei einer akuten Psychose Neuroleptika oder Benzodiazepine indiziert. In einer Notfallstation geht es vor allem um eine schnelle Einschätzung und eine Krisenintervention um, wenn nötig, eine Therapie einleiten zu können.

Unabhängig von Medikamenten kann aber schon ein ruhiger Rückzugsort, gemeinsam ins Freie zu gehen oder das Angebot in Begleitung eine Zigarette zu rauchen deeskalierend wirken.

Wie Fr. Dr. Wiedemann im Interview aufzeigte kann es unter Umständen auch sinnvoll sein, auf scheinbar skurrile Wünsche eines Patienten erst einmal einzugehen um Vertrauen aufzubauen. Im von ihr beschriebenen Beispiel half der Patientin das Einsprühen mit Desinfektionsmittel sie zu entlasten und Vertrauen zu ihrer Behandlerin aufzubauen. Dann ist es häufig auch möglich Vereinbarungen mit dem Betroffenen zu treffen.

Eine Vereinbarung in diesem Sinn kann ein zeitlich begrenztes Non-Suizid-Versprechen sein, eine Zusicherung vorerst nicht das Spital zu verlassen oder sich

allgemein an die Regeln zu halten und niemanden zu gefährden. Solch ein „Vertrag“ kann bei absprachefähig wirkenden Patienten eine gewisse Sicherheit bieten und gibt dem Patienten auch das Gefühl eines Mitspracherechts. Gerade bei psychotischen Patienten kann man sich aber natürlich nicht immer auf ein gegebenes Versprechen verlassen.

Im Umfeld einer Notfallstation ist es oft schwierig sich die Zeit für längeres Gespräch zu nehmen, beziehungsweise den Patienten solche Entscheidungsspielräume zuzugestehen. Andererseits macht es Sinn, den Patienten bei möglichst vielen Entscheidungen bewusst mit einzubeziehen, da auf diese Weise möglicherweise eine Eskalation mit akutem Fremd- oder Autoaggressivem Verhalten und den dann notwendigen Zwangsmassnahmen vermieden werden kann. Das Ziel der Kommunikation sollte daher immer der Aufbau einer tragfähigen Beziehung und die freiwillige Kooperation des Patienten sein.

Bei Patienten in einem akuten Erregungszustand hilft Empathie und Einfühlungsvermögen aber nicht immer weiter. Es müssen auch Grenzen und mögliche Konsequenzen aufgezeigt werden, vor allem wenn ein Patient sich in einem akuten Erregungszustand befindet in dem die Gefahr besteht dass er sich selbst oder andere gefährdet. Aber auch Patienten die aufgrund der Psychose sehr ambivalent und unstrukturiert sind benötigen klare Regeln.

## **2.6 Besonderheiten der Triagierung bei dem Verdacht auf psychotisches Erleben**

Speziell bei psychotischen Patienten ist es essentiell eine klare Struktur vorzugeben, das heisst, ihnen von Anfang an genau zu erklären was passiert und wie der weitere Ablauf aussieht, der auch von ihrer Kooperation abhängig ist. Im Anschluss an das Triagegespräch sollte die übernehmende pflegerische Bezugsperson direkt mit Namen und Funktion vorgestellt werden.

Patienten in einer akuten Psychose sind häufig misstrauisch, ängstlich oder ablehnend, sprechen nicht gern über ihre Symptome beziehungsweise in keiner verständlichen Weise. Daher ist es sinnvoll, wenn möglich, frühzeitig fremdanamnestiche Informationen miteinzubeziehen.

Aufgrund des gestörten Verhältnisses zu Nähe und Distanz sowie der Gefahr einer Reizüberflutung sollten akut psychotische Patienten auf der interdisziplinären Notfallstation Baden möglichst nicht in einer Koje oder im Bettensaal untergebracht werden. Ein ruhiges Untersuchungszimmer ist prinzipiell geeigneter, um eine gewisse Reizabschirmung zu ermöglichen, sofern derjenige ausreichend absprachefähig wirkt. Aber auch hier kann ein Patient, falls möglich, in die

Entscheidung über die Wahl des Behandlungsortes miteinbezogen werden. Wenn er beispielsweise Angst vor dem Alleinsein hat, sollte man dies ebenfalls berücksichtigen wie Fr. Dr. Karin Hofmann im Interview aufzeigte.

Wenn sich ein Patient sehr aggressiv und non-compliant verhält, sollte, unter Berücksichtigung der rechtlichen Vorgaben, die Unterbringung im geschlossenen Isolationszimmer oder eine Fixierung erwogen werden.

Die Betreuung sollte, soweit möglich, durchgehend durch eine Pflegeperson gewährleistet werden. Personalwechsel können den Patienten noch zusätzlich verunsichern. Ein Wechsel der Bezugsperson kann aber notwendig werden wenn sich die betreuende Person überfordert fühlt oder sie in das Wahnsystem des Patienten integriert wird.

## **2.7 Aggressives Verhalten bei psychotischen Patienten**

„Eileen Morrison definierte Aggressives Verhalten als jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, das für den Patienten selbst, für andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder von körperlichem Verhalten, durch das der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen ist“ (Walter, 2012, S. 37)

Das bei psychotischen Patienten ein höheres Risiko für gewalttätiges Verhalten besteht war lange umstritten, konnte aber durch mehrere internationale Studien inzwischen bestätigt werden. (Lammel, 2011, S. 49)

Aggression ist bei psychotischen Patienten in den meisten Fällen durch Angst begründet und oft ein Versuch des Patienten, sich zu verteidigen. Wenn die Psychose mit einem Größenwahn verbunden ist kann auch eine narzisstische Kränkung zu aggressivem Verhalten führen. Sich dieser Tatsache bewusst zu sein kann hilfreich sein im persönlichen Umgang mit aggressivem Verhalten. (Interview mit Manfred Sauter)

Bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern wie der Narzisstischen-, Dissozialen oder Borderline-Persönlichkeitsstörung ist das Aggressionspotential aber häufig höher als bei psychotischen Patienten. (Interview mit Kirsten Wiedemann).

In Bezug auf gewalttätige Übergriffe durch psychotische Patienten gibt es drei charakteristische Konstellationen.

Zum einen impulsive Gewalttaten die aus dem Affekt begangen werden, längerfristig geplante Taten im Rahmen eines chronischen Wahns und häufige, niederschwellige Gewalttaten im Rahmen einer Negativsymptomatik mit Störung des Sozialverhaltens. (Lammel, 2011, S. 49-50)

Bei einer drohenden Eskalation ist es aus Sicherheitsgründen wichtig sich frühzeitig Unterstützung durch das interdisziplinäre Behandlungsteam zu sichern, um nicht allein mit einem eventuellen Angriff konfrontiert zu sein. Unter Umständen kann auch eine Alarmierung von Sicherheitsdienst oder Polizei notwendig werden, um eventuell nötige Zwangsmassnahmen konsequent durchsetzen zu können. Vor allem wenn ein Patient direkt mit Gewalt droht, als gewaltbereit bekannt oder bewaffnet ist, sollte jedes Risiko vermieden und die Polizei hinzugezogen werden. Die nachstehende Abbildung 4 zeigt Merkmale auf, die auf eine drohende Fremdaggression hinweisen.

Merkmale, die ein erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten anzeigen können (ergänzt nach Hughes 1994, Rupp 2010, Steinert und Kohler 2009, Tardiff 1992)

#### Aktuelle situative Gegebenheiten

- Misstrauen und Feindseligkeit, die nach einem Gesprächsangebot eher zu- als abnehmen
- Psychomotorische Erregung, Anspannung, Hyperaktivität (Perseverationen, laute Stimme, aber auch „finsternes Schweigen“)
- Reizbarkeit, plötzliche Stimmungsschwankungen, eingeschränkte Selbstkontrolle, z.B. mit bizarrem, rasch wechselndem Verhalten, fehlende Frustrationstoleranz, explosives Verhalten
- Verbale Aggressivität, unter Umständen mit Gewaltandrohung
- Aggressives Verhalten, z.B. Zuschlagen von Türen, Hinwerfen von Gegenständen, leichtere Sachbeschädigungen, Drohgebärden
- Bestimmte psychopathologische Symptome: z.B. Wahn/ Halluzinationen mit aggressivem Inhalt, imperative Stimmen, Verfolgungs-/ Kontrollwahn
- Schwere Kränkungen (bei Vorliegen weiterer disponierender Merkmale, initial u.U. „unwirklich ruhige“ Reaktion
- Patient fühlt sich in die Enge getrieben, er wird unfreiwillig vorgestellt
- Vorhandensein eines konkreten Plans, anderen Menschen Gewalt anzutun
- Subjektives Angstepfinden des Helfers

#### Generelle Risikoindikatoren

- Vorliegen einer akuten Intoxikation
- Vorhandensein von Waffen und Gegenständen, die als solche benutzt werden können
- Anamnestisch bekannte Gewalttätigkeit bzw. vorbekannte Störung der Impulskontrolle
- Eigene Gewalterfahrung aus der Jugend
- Bestimmte Diagnosen: Alkohol-/ Drogenabhängigkeit, hirnorganische Schädigungen, dissoziale und verwandte Persönlichkeitsstörungen, psychotische Erkrankungen, Manie

Abb.4 (Hewer, 2017, S. 106)

## **Prinzipien der Deeskalation** (Walter, 2012, S. 154-155)

- Dem Patienten grundsätzlich mit Fairness und Empathie begegnen
- Das Risiko einschätzen und sich Unterstützung im interdisziplinären Team sichern und sich auf eine Eskalation vorbereiten, denn nicht alle Situationen lassen sich gewaltfrei lösen
- Bei aggressivem Verhalten frühzeitig intervenieren
- Sicherheitsabstand einhalten
- Wenn man sich bedroht fühlt auf das eigene Gefühl vertrauen und das Gespräch abbrechen bzw. sich Hilfe holen
- Immer einen Fluchtweg offen lassen
- Längeren direkten Augenkontakt vermeiden
- Selbstsicher auftreten, dabei immer versuchen die Situation zu kontrollieren, nicht den Patienten
- Wahn oder Halluzinationen nicht verneinen sondern das Erleben des Patienten Ernst nehmen

Ein in Psychiatrien weitverbreitetes Screening-instrument zur standardisierten Erfassung des Aggressionspotentials von Patienten ist die im Anhang aufgeführte, in Norwegen entwickelte Brøset-Gewalt-Checkliste. Dort wird aggressives Verhalten in festgelegten Intervallen durch ein objektives Punktesystem in Verbindung mit einer subjektiven Einschätzung der betreuenden Pflegefachperson dokumentiert. Zusätzlich bietet die Liste die Möglichkeit deeskalierende Interventionen zu planen.

## **2.8 Rechtliche Grundlagen FU**

Wenn ein Patient eine akute Gefahr für sich selbst oder andere darstellt und nicht urteilsfähig erscheint, kann er auch gegen seinen Willen in einer Klinik behandelt werden.

In § 67c des Einführungsgesetzes zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch und Partnerschaftsgesetz (EG ZGB) ist die Rechtsgrundlage der Fürsorgerischen Unterbringung (FU) beschrieben :

„Eine Person, die an einer psychischen Störung (inklusive Sucht) oder an geistiger Behinderung leidet oder schwer verwahrlost ist, darf in einer geeigneten Einrichtung untergebracht werden, wenn die nötige Behandlung oder Betreuung nicht anders erfolgen kann.“ (Art. 426 Abs. 1 ZGB)

Eine fürsorgerische Unterbringung kann von jedem im Kanton praktizierenden Arzt/Ärztin mit Berufsausübungsbewilligung, der mobilen Ärzte AG, sowie von Kaderärzten im Spital oder Heimärzten ausgestellt werden. Ein ärztlicher FU gilt

maximal sechs Wochen. Nach Ablauf der sechs Wochen muss der FU durch die Kinder- und Erwachsenen Schutz Behörde (KESB) überprüft werden und kann dann bei Bedarf verlängert werden. Natürlich hat ein Patient jederzeit das Recht einen Rekurs gegen die Fürsorgerische Unterbringung einzulegen.

## 2.9 Zwangsmassnahmen

Zwangsmassnahmen sind Vorkehrungen oder Methoden die gegen den Willen des Patienten eingesetzt werden und eine erhebliche Einschränkung seiner Autonomie zur Folge haben. Bezüglich der Behandlung auf einer Notfallstation sind damit vor allem Isolation, Fixierung und Zwangsmedikation gemeint. (Sauter, 2011, S. 571)

„In krankheitsbedingten Notfallsituationen (körperliche Störungen, schwerwiegende Fremd-oder Selbstgefährdung, schwerwiegende Gewalt gegen Sachen) können zum Schutz des Patienten oder Dritter unerlässliche medizinische Massnahmen sofort ergriffen werden. Dabei ist, sofern bekannt, der Wille des Patienten bezüglich der Art der Behandlung zu berücksichtigen“ (Art.435 ZGB )

Das bedeutet, um eine Zwangsmassnahme durchführen zu dürfen, muss eine schwerwiegende Selbst-oder Fremdgefährdung vorliegen die durch weniger einschränkende Massnahmen nicht behandelt werden kann. Bei Patienten die sehr aggressiv sind oder sich massiv gegen die Behandlung wehren, kann bei Bedarf auch der Sicherheitsdienst oder die Polizei hinzugezogen werden.

Für eine notfallmässige Zwangsmassnahme muss nicht zwingend ein FU ausgestellt werden, es reicht im KSB das Verordnungsblatt für Zwangsmassnahmen, das von einem Kaderarzt unterschrieben sein muss.

Nach der Durchführung einer Zwangsmassnahme sollte aber immer die Indikation für eine Fürsorgerische Unterbringung überprüft werden.

Eine Behandlung gegen den Willen eines Patienten hat aber nicht nur eine rechtliche Grundlage, sondern wirft auch die Frage auf wie es ethisch zu rechtfertigen ist, einen Patienten gegen seinen Willen zu behandeln. Aus Sicht der utilitaristischen Ethik nach John Stuart Mill sollte bei jeder Handlung das grösstmögliche Glück für möglichst viele Personen im Vordergrund stehen. (Sauter, 2011). In diesem Sinne muss also eine Zwangsmassnahme, die einen schwerwiegenden Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Patienten darstellt, verhältnismässig sein zur Gefahr die potentiell für seine Umwelt ausgeht. Eine Zwangsbehandlung kann darüber hinaus eine schwere Traumatisierung auslösen und stellt immer ein Risiko für den Patienten, aber auch das Behandlungsteam dar verletzt zu werden.

Abbildung 5 zeigt die moralischen Erfordernisse einer Zwangsbehandlung bezogen auf die ethischen Grundsätze der Medizin.

### Ethische Erfordernisse bei der Ausübung von Zwangsmassnahmen

Ethisches Prinzip	Erfordernis bei der Durchführung der Zwangsmassnahme
<b>Keinen Schaden zufügen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einsatz der mildesten erforderlichen Massnahme</li> <li>• Einsatz der nachweislich schonendsten Methode</li> <li>• Vermeidung von Verletzungen</li> <li>• Aufhebung der Massnahme so rasch wie möglich</li> <li>• An möglichen Schaden für HelferInnen denken</li> </ul>
<b>Gutes tun</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Möglichst prophylaktisch wirken, damit kein Einsatz von Zwangsmassnahmen erforderlich wird (z.B. Deeskalation)</li> <li>• Vorgängige Ausschöpfung anderer Massnahmen</li> <li>• Einsatz der nachweislich schonendsten Methode</li> <li>• Aufhebung der Massnahme so schnell wie möglich</li> </ul>
<b>Gerechtigkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allen zwangsbehandelten PatientInnen die im Rahmen der Gesetzgebung eingeräumten Rechte gewähren</li> </ul>
<b>Wahrhaftigkeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgängig mit den PatientInnen über die beabsichtigten Zwangsmassnahmen sprechen und sofern möglich eine Chance zur Verhaltensänderung geben</li> <li>• Die PatientInnen über ihre Rechte bezüglich der Zwangsmassnahmen aufklären</li> <li>• Den PatientInnen sofern möglich erklären welches Verhalten/ welche Umstände zur Aufhebung der Massnahme führen</li> </ul>
<b>Autonomie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachträglich mit den PatientInnen die Zwangsmassnahme aufarbeiten</li> <li>• Den PatientInnen im Rahmen der Zwangsmassnahme so viel Selbstbestimmung wie möglich gewähren (etwa Art der Medikamenteneinnahme )</li> </ul>

Abb.5 (Sauter, 2011, S. 572)

### **2.9.1 Zwangsmedikation**

Als Zwangsmedikation wird die Verabreichung von Medikamenten gegen den Willen des Patienten bezeichnet.

In der Regel handelt es sich dabei auf einer Notfallstation um die parenterale Gabe von Sedativa und niederpotenten Neuroleptika. In Notfallsituationen bei Patienten die noch keinen intravenösen Zugang haben und sich in einem akuten Erregungszustand befinden erfolgt eine intranasale Gabe von Dormicum oder die intramuskuläre beziehungsweise intravenöse Injektion von Haldol und Dormicum.

Vor allen Dingen wenn sich ein Patient gegen die Durchführung wehrt ist dies eine Stresssituation für alle Beteiligten. Es muss trotzdem auf eine sorgfältige Wahl des richtigen Injektionsortes und die geltenden Hygienerichtlinien geachtet werden. (Sauter, 2011, S. 574)

### **2.9.2 Isolation**

Bei einer Isolation wird der Patient definitionsgemäss gegen seinen Willen in einem geschlossenen Raum untergebracht den er nicht selbstständig verlassen kann. (Sauter, 2011, S. 573)

Im INZ Baden gibt es ein spezielles kameraüberwachtes abschliessbares Isolationszimmer mit Sichtfenster, Toilette, Waschbecken und spezieller Elektroinstallation. Ausserdem kann von aussen das Wasser in diesem Zimmer abgestellt werden, sollte ein Patient versuchen eine Überschwemmung zu verursachen.

Um einen Patienten im geschlossenen Isolationszimmer unterzubringen ist eine spezielle ärztliche Verordnung nötig. Da dies nur im Fall einer angenommenen Selbst- oder Fremdgefährdung erfolgen kann, muss die Kleidung des Patienten durchsucht werden und alle potentiell gefährlichen Gegenstände müssen entfernt werden.

### **2.9.3 Fixierung**

Die Fixierung umschreibt jegliche Methode zur Einschränkung körperlicher Bewegung, physischer Tätigkeit und normalem Zugang zum eigenen Körper. (Sauter, 2011, S. 573)

Im interdisziplinären Notfallzentrum Baden gibt es, je nach Indikation und körperlichem Zustand des Patienten, die Möglichkeit eine Fixierdecke (Zewidecke) zu nutzen oder bei sehr aggressiven oder agitierten Patienten eine 5-Punkt-Fixierung anzuwenden.

Gemäss der Weisung zum Einsatz freiheitsbeschränkender Massnahmen im KSB (Stand 06.09.2017) ist eine Fixierung die letzte mögliche Massnahme (Ultima ratio). Sie muss proportional zur Schwere der Gefährdung sein und darf nicht durch weniger einschneidende Massnahmen ersetzbar sein. Die Fixierung darf ausschliesslich mit dem Segufix<sup>®</sup>-System und nur durch geschultes Personal erfolgen.

Der zuständige Kaderarzt und die zuständige Pflegeperson fällen gemeinsam die Entscheidung zu einer Fixierung. Die Zwangsmassnahme muss vom Kaderarzt auf dem dafür vorgesehenen Verordnungsblatt angeordnet werden, die Fremd- oder Selbstgefährdung muss dokumentiert sein.

Ein fixierter Patient muss unter ständiger optischer Überwachung sein, um die Gefahr einer Verletzung durch die Gurte oder im schlimmsten Fall einer Strangulation, zu verhindern.

Es müssen regelmässig der Sitz der Gurte, die Durchblutung der Extremitäten, Sensibilität, Hautverhältnisse und Bewusstseinszustand kontrolliert und auch dokumentiert werden. Ausserdem muss die Indikation für die Isolierung regelmässig evaluiert werden.

### 3. Schlussteil

#### 3.1 Beantwortung der Kernfrage und Schlussfolgerungen

Die Kernfrage dieser Arbeit war: *Wie behandle ich einen psychotischen Patienten auf der Notfallstation Baden?*

Ein Patient in einer akuten Psychose zeigt in der Regel keine Krankheits- oder Behandlungseinsicht. Häufig erfolgt die Einweisung in das Spital gegen den Willen. Man sollte sich im Umgang mit diesen Patienten immer bewusst sein, dass man über die Wahrnehmung und das subjektive Erleben dieser Patienten fast nichts weiss. Für den Betroffenen entspricht sein Erleben der Realität, Halluzinationen und Wahnhafte Erleben sind definitionsgemäss nicht korrigierbar.

Als Grundhaltung sollte versucht werden einem psychotischen Patienten Verständnis entgegenzubringen und auf seine Bedürfnisse eingehen, soweit dies möglich ist, auch wenn die Wünsche aus Sicht eines gesunden Menschen nicht nachvollziehbar sein sollten. Dies kann in vielen Fällen helfen Vertrauen aufzubauen und deeskalierend wirken. Halluzinationen sollte man dem Patienten gegenüber nicht bestätigen aber auch nicht negieren sondern den Patienten ernst nehmen und lediglich die eigene Wahrnehmung beschreiben.

Ein Patient in einer Psychose kann möglicherweise unerwartete Handlungen zeigen, plötzlich fremd- oder autoaggressiv reagieren bis hin zu einer Flucht oder einem direkten körperlichen Angriff. Aggression wird bei diesen Patienten meist durch Angst ausgelöst. Ein Patient versucht sich aus seiner Sicht dann nur zu verteidigen, hat unter Umständen das Gefühl um sein Leben kämpfen zu müssen, was zu massiv aggressivem Verhalten führen kann. Deshalb ist es wichtig immer an den Selbstschutz zu denken. Wenn man sich bedroht fühlt oder Hinweise auf eine mögliche Eskalation sieht sollte man sich aus dem Gespräch zurückziehen und sich Hilfe holen.

Eine einfache objektive Einschätzung des Aggressionspotentials ist bei einem kurzen Kontakt sehr schwierig. Ein weitverbreitetes Beispiel eines Hilfsmittels zur Erfassung des Aggressionspotentials ist die Brøset-Gewalt-Checkliste. Dieses Screening-instrument wurde eher für die Betreuung während eines längeren Aufenthaltes entwickelt. Meiner Meinung nach könnte sie aber bei Risikopatienten auch innerhalb der Notfallstation angewendet werden.

Eine Zwangsmassnahme stellt immer ein Verletzungsrisiko, sowohl für den Patienten, als auch für das Behandlungsteam dar. Sie bedeutet einen Eingriff in die Persönlichkeitsrechte des Patienten und kann zu schwerwiegenden Traumatisierungen führen. Aus diesem Grund dürfen Massnahmen gegen den Willen

des Patienten nur in Situationen einer akuten Selbst- oder Fremdgefährdung durchgeführt werden, wenn keine weniger invasiven Massnahmen möglich sind. Wenn möglich sollten sie im interdisziplinären Team vor- und nachbesprochen werden.

Als Resultat dieser Arbeit habe ich ein Merkblatt zur Triagierung psychotischer Patienten mit Hinweisen zum Umgang und Risiken einer Fremd- oder Selbstgefährdung entwickelt.

### **3.2 Reflexion des persönlichen Lernprozesses**

Die Psychose ist ein sehr schwierig zu greifendes Zustandsbild, es gibt viele verschiedene Fachbücher und Ansätze sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Es half mir sehr durch die drei Interviews das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten. Und auch meine eigenen Erfahrungen aus meiner Arbeit in der Psychiatrie, wo ich sehr viel mit psychotischen Patienten konfrontiert war hat mir sehr geholfen dieses Krankheitsbild auf die Besonderheiten auf einer Notfallstation zu übertragen.

Die Beschäftigung mit diesem Thema hat mir bewusst gemacht wie wichtig es ist im Kontakt mit aggressiven Patienten immer zu versuchen zu verstehen warum ein Patient sich auf diese Weise verhält. Vor allem bei psychotischen Patienten steht hinter der Aggression häufig Angst und Verunsicherung. Wenn ich mir dessen bewusst bin, fällt mir der Umgang mit solchen Situationen leichter.

Neben Beruf und Familie eine solche Arbeit zu schreiben war sehr herausfordernd und ich habe anfangs vor allem die Zeit, die ich für die Literaturrecherche benötigte unterschätzt.

## 4 Literaturverzeichnis

### Fachbücher

Bock, T. (2003). *Umgang mit psychotischen Patienten*. Bonn: Psychiatrieverlag.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2007). *Komorbidität Psychose und Sucht*. Darmstadt: Steinkopff.

Hewer, W. (2017). *Die psychiatrische Notfallmedizin: Management und Therapie*. München: Urban und Fischer.

Lammel, S. L. (2011). *Wahn und Schizophrenie-Psychopathologie und forensische Relevanz*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Matthias Hammer, I. P. (2012). *Irre verständlich - Menschen mit psychiatrischer Erkrankung wirksam unterstützen*. Köln: Psychiatrieverlag.

Möller, H. e. (2001). *Duale Reihe Psychiatrie und Psychotherapie*. Stuttgart: Thiemeverlag.

Sauter. (2011). *Lehrbuch psychiatrische Pflege*. Bern: Hans Huber.

Walter, R. O. (2012). *Aggression und Aggressionsmanagement*. Bern: Verlag Hans Huber.

### Internetseiten :

<https://de.wikipedia.org/wiki/Diathese-Stress-Modell> (abgefragt am 24.03.2018)

Website des Departments für Gesundheit und Soziales des Kanton Aargau  
[https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/admin/kesr\\_3/fuambmassnahmen/fu.jsp](https://www.ag.ch/de/dgs/gesundheit/admin/kesr_3/fuambmassnahmen/fu.jsp)  
(abgefragt am 27.03.2018)

<https://www.the-artinspector.de/galerie/munch-der-schrei> (abgefragt 09.04.2018)

[http://www.nasjonalnuseet.no/en/collections\\_and\\_research/our\\_collections/edvard\\_munch\\_in\\_the\\_national\\_museum/](http://www.nasjonalnuseet.no/en/collections_and_research/our_collections/edvard_munch_in_the_national_museum/) (abgefragt 09.04.2018 )

### Unterrichtsmaterial :

Der psychiatrische Notfall AFSAIN 2017 Dr.med Lienhard Maeck

## 5 Abkürzungsverzeichnis

<b>FU:</b>	Fürsorgerische Unterbringung
<b>ICD 10:</b>	aktuelle Fassung der internationalen Klassifikation von Krankheiten international statistical Classification of diseases and related health problems, herausgegeben von der WHO
<b>INZ:</b>	Interdisziplinäres Notfallzentrum Baden
<b>KESB:</b>	Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde
<b>KSB:</b>	Kantonsspital Baden
<b>PDAG:</b>	Psychiatrische Dienste Aargau
<b>UZ:</b>	Untersuchungszimmer
<b>ZGB:</b>	schweizerisches Zivilgesetzbuch

## 6 Abbildungsverzeichnis

**Titelbild:** Edward Munch: Der Schrei  
[http://www.nasjonalnuseet.no/en/collections\\_and\\_research/our\\_collections/edvard\\_munch\\_in\\_the\\_national\\_museum](http://www.nasjonalnuseet.no/en/collections_and_research/our_collections/edvard_munch_in_the_national_museum) (abgefragt 09.04.2018 )

**Abbildung 1:** diagnostischer Stufenplan bei Patienten mit akut psychotischen Zustandsbildern (Hewer, 2017, S. 163)

**Abbildung 2:** Das Zusammenwirken verschiedener Faktoren beim Zustandekommen organisch bedingter Störungen (Möller, 2001, S. 172)

**Abbildung 3:** Vulnerabilitäts –Stress-Modell  
<https://de.wikipedia.org/wiki/Diathese-Stress-Modell> (abgefragt am 24.03.2018)

**Abbildung 4:** Merkmale die ein erhöhtes Risiko für gewalttätiges Verhalten anzeigen können (Hewer, 2017, S. 106)

**Abbildung 5:** Ethische Erfordernisse bei der Ausübung von Zwangsmassnahmen (Sauter, 2011, S. 572)

## 7. Anhang

### 7.1 Merkblatt : Umgang mit psychotischen Patienten

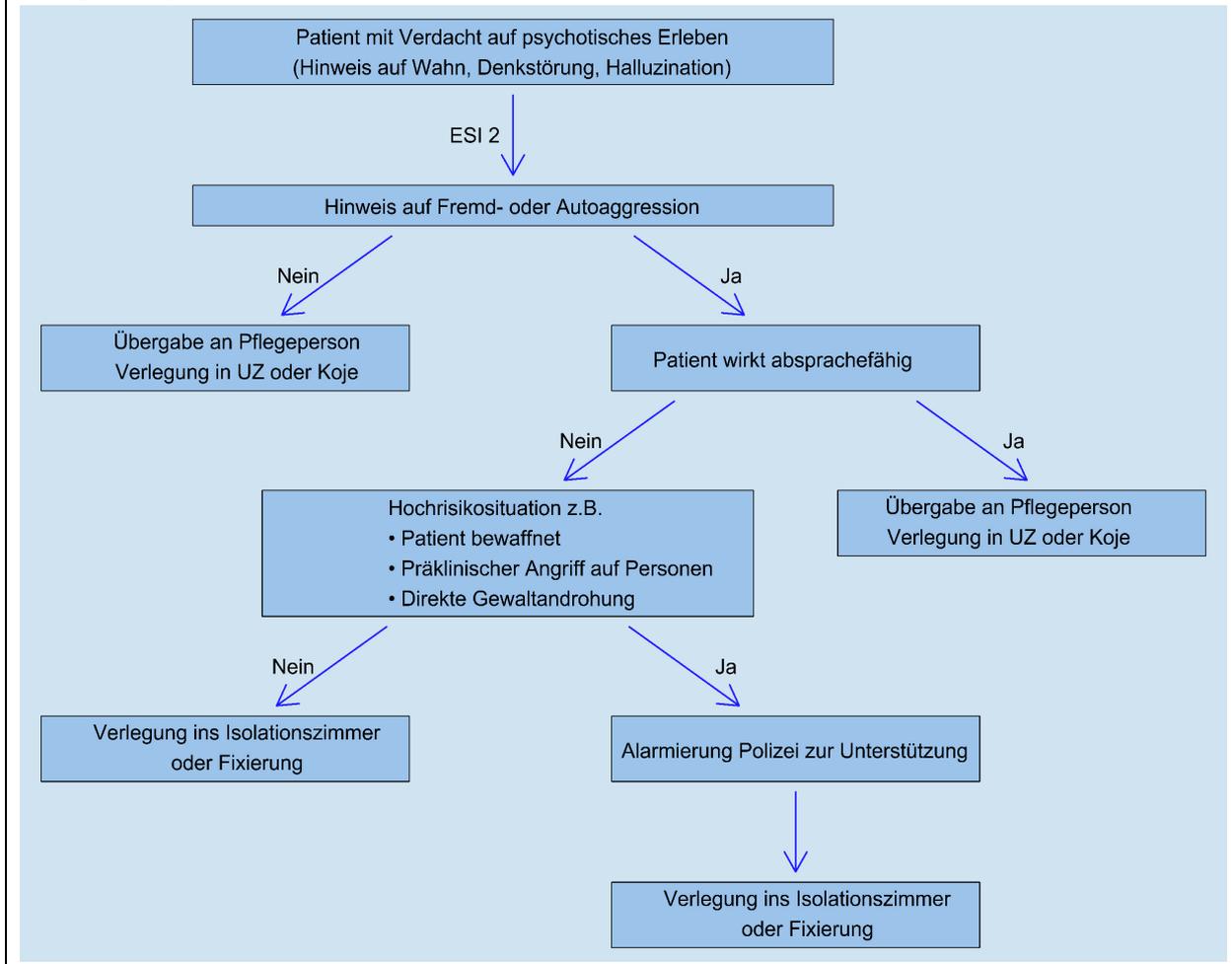
#### **Grundsätze zur Kommunikation mit Psychotischen Patienten**

- Wenn möglich einen ruhigen Gesprächsort wählen
- Reizabschirmung anbieten
- Empathisch auf den Patienten zugehen, Sicherheit vermitteln
- Wenn nötig dem Patienten aber klare Grenzen geben, mögliche Konsequenzen seines Handelns aufzeigen
- Selbstschutz geht immer vor, das heisst auf offene Fluchtwege achten, Unterstützung im Hintergrund, eventuell Polizei hinzuziehen, sehr aggressiven Patienten nie allein gegenüberreten
- Bei schwerwiegenden Angriffen im Vorfeld, direkter Gewaltandrohung oder bewaffneten Patienten immer Polizei alarmieren
- Wahnhaftige Inhalte und Halluzinationen nie verneinen oder bestätigen
- Die Wahrnehmung des Patienten ernst nehmen
- Jedes Teammitglied sollte sich eindeutig mit Name und Funktion vorstellen
- Dem Patienten den Ablauf, geplante Untersuchungen etc. erklären
- Medikation erklären, keine versteckte Medikamentengabe
- Vor einer Zwangsmedikation immer noch einmal die Möglichkeit geben freiwillig Medikamente einzunehmen
- Eigene Angst ernst nehmen, wenn man sich bedroht fühlt Gespräch abbrechen und Hilfe holen

#### **Hinweise auf eine drohende Selbst- oder Fremdgefährdung**

- Einweisung gegen den Willen des Patienten
- Präklinische Angriffe auf Personen oder Gegenstände, Selbstverletzungen
- Vorliegen eines Droh- oder Abschiedsbriefes
- Konkret geäußerte Pläne zu Gewalttaten oder Suizid
- Misstrauen und Feindseligkeit nehmen im Gespräch eher zu
- Reizbarkeit, plötzliche Stimmungsschwankungen, Störungen der Impulskontrolle
- Plötzlicher Stimmungswechsel von laut und angespannt zu sehr ruhig
- Verbale Aggressivität mit Androhung von Gewalt
- Aggressives Verhalten z.B. Zuschlagen von Türen, Sachbeschädigungen
- Wahn/ Halluzinationen/ Imperative Stimmen mit bedrohlichem Inhalt
- Subjektives Angstempfinden des Helfers
- Anamnestisch bekannte Gewaltbereitschaft, zurückliegende Suizidversuche

## Triagierung von psychotischen Patienten im INZ Baden



## 7.2 Interviews

**Telefonisches Interview mit Dr.Kirsten Wiedemann (FMH Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ) am 30.12.2017**

***Es gibt in der Literatur viele verschiedene Definitionen, was ist für dich eine akute Psychose?***

Ich würde mich da an die momentan noch gültige ICD 10-Definition halten. 2018 kommt aber voraussichtlich eine neue Version (ICD 11) heraus bei dem sich eventuell einiges ändern wird. Ein guter Anhaltspunkt bietet auch das AMDP zur strukturierten Erfassung von psychopathologischen Symptomen.

Für mich ist eine Psychose aber vor allem auch eine mögliche Reaktionsform auf ein Ereignis dass jeden Menschen betreffen kann. Das heisst jeder Mensch kann in einer Krise psychotisch werden.

***Was ist deiner Meinung nach wichtig in der Kommunikation mit psychotischen Patienten vor allem im Umfeld einer Notfallstation im Umgang mit Wahnhaltungen oder Halluzinationen?***

Vor allem die Akzeptanz dass ein betroffener Patient seine psychotischen Inhalte als Realität wahrnimmt. Man sollte akzeptieren, dass es unterschiedliche Erlebnisweisen gibt.

Bei Patienten mit Halluzinationen sollte man versuchen zu validieren, das heisst die Wahrnehmung ernst nehmen und den Pat. eher auf die Gefühle ansprechen die sie auslösen. Z.B. „Macht Ihnen das Angst was Sie sehen?“ bzw. „Mir würde das Angst machen“ Primär nichts zur eigenen Wahrnehmung sagen wenn der Pat. nicht direkt danach fragt. Falls er danach fragt, ob man etwas auch wahrnimmt- ehrlich und authentisch bleiben.

Es ist vor allem wichtig einem Menschen in einer akuten Psychose Sicherheit zu vermitteln, selbst versuchen ruhig zu bleiben und immer authentisch in seinen Reaktionen zu sein.

Falls es aufgrund des psychotischen Erlebens zu einem akuten Erregungszustand kommt, sollte man immer auch auf den Selbstschutz achten und dem Patienten offen kommunizieren dass einem die Sicherheit aller Beteiligten wichtig ist, versuchen Abkommen mit dem Patienten zu schliessen. Z.B. „Was kann ich tun damit Sie sich sicher fühlen?“

Versuchen die Bedürfnisse die der Patient in diesem Moment hat herauszufinden und darauf einzugehen ohne zu invasiv zu fragen sonst könnte es als eine Art Verhör gedeutet werden und zu einer Abwehrhaltung führen.

Vor allem Patienten in einem akuten Erregungszustand sollten nicht allein gelassen werden, ideal wäre eine 1:1 Betreuung bis sich der Betroffene beruhigt hat.

Ein Beispiel aus meiner Praxis: Eine psychotische Patientin hatte das Gefühl verfolgt zu werden, raste mit dem Fahrrad weg und kroch durch Büsche um ihren Verfolgern zu entkommen so dass sie überall Kratzspuren hatte. Schliesslich ging sie in einen Supermarkt und rieb sich mit Weichspüler ein auf dem Aloe Vera stand und trank auch davon, um sich vor Fremdbeeinflussung zu schützen. Ich begleitete sie dann auf die Notfallstation. Dort verweigerte sie dann aus Angst alle medizinischen Massnahmen. Auf geduldiges Nachfragen was ihr helfen würde durfte ich dann alle Stellen die sie mir zeigte mit Desinfektionsmittel einsprühen. Danach war sie beruhigter und liess die nötigen diagnostischen und therapeutischen Massnahmen durchführen.

### ***Wie hoch ist die Gefahr einer Fremd- oder Selbstgefährdung in einer akuten Psychose? Was ist deine persönliche Einschätzung?***

Ich kenne keine aktuellen Studien zu diesem Thema aber solche Zahlen sind meiner Meinung nach sehr schwierig zu interpretieren weil man immer alle Einflussfaktoren berücksichtigen muss, zum Beispiel einen bestehenden Personalmangel oder den Umgang mit Aggressionen in einer Institution.

Ich denke aber, dass im Allgemeinen beispielsweise Persönlichkeitsstörungen vom Dissozialen-, Borderline oder Narzisstischen Typ ein viel grösseres Aggressionspotential haben als Psychotiker. Persönlichkeitsgestörten Patienten fehlt die Empathie oder das Einfühlungsvermögen was sie mit ihrer Aggression in anderen Auslösen oder es ist ihnen einfach egal, wenn sie andere durch ihr Verhalten schädigen weil sie sich nicht in die andere Person hineinversetzen können.

Wenn es bei Patienten in einer akuten Psychose zu Aggressionen kommt, dann meist aus Angst oder Verzweiflung. Sie haben in einem Erregungszustand teilweise Todesangst und versuchen sich gegen vermeintliche Angreifer zu wehren, was ja eine verständliche Reaktion ist. Wenn beispielsweise die iv-Medikation als Todesspritze angesehen wird, kann man verstehen, dass sich diese Patienten mit allem Mitteln versuchen dagegen zu wehren.

Psychosen können auch organische Ursachen haben, deshalb werden häufig Patienten mit dem ersten Auftreten einer Psychose in das INZ verlegt. Es gib viele organische Auslöser z.B. Stoffwechselstörungen, Hirntumore, Delir, Demenz oder Intoxikationen die eine Psychose auslösen können.

## **Persönliches Interview mit Dr. Karin Hofmann (Konsiliarpsychiaterin im Kantonsspital Baden) am 4.4.2018**

### ***Was sind für dich Hinweise auf eine akute Psychose ?***

Wir machen eine Exploration der Symptome, beschreiben die relevanten Symptome und leiten daraus Syndrome ab, z.B. ein paranoid-halluzinatorisches Syndrom. Das psychotische Syndrom ist dabei eher eine Beschreibung des Zustands des Patienten, die von vielen Faktoren abhängt. Das Vorhandensein eines einzelnen Symptoms macht noch keine Psychose aus.

Unsere Aufgabe als Psychiater ist im INZ dann v.a. die Triagierung und die Einschätzung ob ein Patient akut Selbst- oder Fremdgefährdend ist und ob es eine Indikation für die Verlegung in eine Psychiatrische Klinik gibt.

### ***Was sind bei psychotischen Patienten für dich Hinweise auf eine drohende Selbst- oder Fremdgefährdung?***

Bei psychotischen Patienten versuche ich etwas über die Art der Halluzinationen oder Wahninhalte herauszufinden. Gefährlich sind zum Beispiel imperative Stimmen oder paranoide Wahninhalte. Bei Patienten mit einem paranoiden Wahnsystem kann der Gesprächspartner schnell in diesem System verarbeitet werden und die Stimmung kann abrupt feindselig werden. Dann ist es oft besser sich vorsichtig zurückzuziehen da ein Wahn nicht korrigierbar ist. Je beängstigender die Inhalte sind und je mehr man persönlich miteinbezogen wird, desto grösser ist im Allgemeinen das Anspannungsniveau, was in Aggression enden kann, aber nicht muss.

Wenn möglich beziehe ich die Fremdanamnese durch Angehörige mit ein. Im PDAG haben wir auch die Möglichkeit die Akten von Königsfelden einzusehen, dort kann ich nachlesen ob der Patient schon einmal stationär war bzw. ob es Vorfälle während eines früheren Aufenthalts dort gab.

### ***Hast du Tipps für den Umgang mit aggressiven Patienten ?***

Bei aggressiven Patienten sollte man vor allem immer auf die eigene Sicherheit achten. Ich verlasse mich da auch auf mein Bauchgefühl, wenn ich mich bedroht fühle, nehme ich das ernst und gehe nicht allein ins Gespräch. Generell lasse ich bei Gesprächen mit angespannten Patienten im UZ die Tür offen, um einen Fluchtweg für mich aber auch den Patienten offen zu halten.

In einer floriden Psychose können Patienten sehr unberechenbar sein. Es ist oft gut ruhig zu sprechen, demjenigen genügend Raum zu geben, ihm immer einen

Fluchtweg offen zu halten, wenn möglich Ausgang zu gewähren. Andererseits brauchen diese Patienten auch eine klare Struktur, man muss ihnen auch Grenzen zeigen können und klare Anweisungen geben.

Im Zweifelsfall sollte man sich einem sehr aggressiven Patienten der gehen möchte nicht allein in den Weg stellen, ihn lieber gehen lassen und, wenn nötig, sofort polizeilich ausschreiben, um nicht zu riskieren, selbst verletzt zu werden.

### ***Gibt es Screening-instrumente zur Einschätzung des Aggressionspotentials ?***

In Königsfelden wird die Brøset-Gewalt-Checkliste benutzt. Meiner Meinung ist das aber nur im stationären Rahmen sinnvoll, auf einer Notfallstation muss man sich auf den eigenen Eindruck eines Patienten verlassen.

### ***Gesetzlich wäre jeder niedergelassene Arzt berechtigt einen FU auszustellen, wieso wird ein FU im INZ nur vom PDAG ausgestellt ?***

Im Psychiatrischen Konsil geben wir nur eine Einschätzung ab, ob ein FU aus unserer Sicht nötig ist oder nicht. Der FU selbst muss dann von einem Kaderarzt des KSB ausgestellt werden.

### ***Warum übernimmt die Klinik Königsfelden nachts Notfallpatienten nur per FU ?***

Das stimmt nicht. Königsfelden hat eine Aufnahmepflicht aber nachts ist dort ein Psychiater für die ganze Klinik zuständig. Deshalb muss nachts prinzipiell ein wirklich dringender psychiatrischer Notfall vorliegen, der nicht bis zum nächsten Morgen warten kann, eine freiwillige Einweisung muss also sehr gut begründet werden können, dann ist sie auch nachts möglich.

### ***Im INZ werden psychotische Patienten meist im Triagebereich untergebracht um immer Sichtkontakt zu haben, macht eine Reizabschirmung im UZ aus deiner Sicht nicht mehr Sinn?***

Häufig ist ein ruhiges Untersuchungszimmer wahrscheinlich angebracht um eine Reizüberflutung zu vermeiden. Es kommt aber auch auf die Bedürfnisse des Patienten an. Patienten in einer floriden Psychose brauchen häufig viel Bewegungsspielraum. Ich würde den Patienten fragen was er braucht und diesem Wunsch entsprechen wenn möglich.

**Warum müssen Patienten auf ein EPD-Konsil manchmal so lange warten ?**

Ein Konsil auf dem Notfall hat für mich grundsätzlich immer Priorität. Wir sind aber jeweils allein zuständig für das gesamte Spital, daher können wir nicht immer zeitnah kommen.

Bei alkoholisierten Patienten sollte der Blutalkoholspiegel unter 1 ‰ liegen sonst ist eine Fremd- oder Selbstgefährdung nicht beurteilbar, das verzögert das Konsil bei diesen Patienten zusätzlich.

**Gibt es für das INZ die Möglichkeit auch nachts einen Psychiater hinzuzuziehen?**

Im PDAG gibt es 24 Stunden Bereitschaftsdienst der für wirklich dringende Notfälle immer erreichbar ist, auch nachts.

***Wie kann man sich das Erleben einer Psychose aus Sicht des Patienten vorstellen?***

Für mich ist eine Psychose ein Realitätsverlust der das Denken und Verhalten beeinflusst. Ich denke man kann es sich vielleicht vorstellen wie in einem Traum. Während man träumt wirkt alles völlig real, wenn man aufwacht braucht man manchmal einen Augenblick um zu realisieren dass alles nur ein Traum war. In einer Psychose lebt der Patient wie in einer Traumwelt, nur dass er eben nicht aufwachen kann. Er kann seine Innenwelt ( seine Gedanken, Träume, Ängste, Phantasien ) nicht mehr von der Aussenwelt unterscheiden.

Eine Psychose ist häufig mit Ängsten verbunden, manchmal steht dahinter aber auch ein narzisstisches Geltungsbedürfnis. Gerade ein Mensch der nicht viel Selbstbewusstsein hat ist plötzlich der Mittelpunkt der Welt im Guten oder Schlechten.

Man sollte im Kontakt mit psychotischen Patienten davon ausgehen dass man nicht unbedingt dieselbe Sprache spricht. Ein Beispiel: Wir hatten auf der Station einmal eine Patientin die häufig von Heimweh sprach, also ermöglichten wir ihr über das Wochenende Ausgang nach Hause. Sie kam in einem sehr schlechten Zustand nach einem Suizidversuch zurück. Später stellte sich heraus dass sie zuhause von ihrem Vater regelmässig sexuell missbraucht wurde. Sie meinte Heimweh in einem konkretistischen Sinn. Daheim tut es weh.

***Bei der Triagierung müssen wir auf dem Notfall das Aggressionspotential eines Patienten in sehr kurzer Zeit einschätzen. Was sind für dich konkrete Hinweise auf eine drohende Fremdgefährdung?***

Hinweise wären für mich zum Beispiel eine drohende Körperhaltung, direkte Drohungen, ein aggressiver Tonfall, die Lautstärke, Hinweise auf eine mangelnde Impulskontrolle, wenn ein Patient beispielsweise übermässig emotional reagiert, paranoide Inhalte oder Grössenwahn sind immer ein Risiko. Ausserdem verlasse ich mich da sehr auf mein Gefühl, wenn ich Angst vor einem Patienten bekomme, muss ich das Ernst nehmen. Statistisch gesehen haben junge schizophrene Männer ein sehr grosses Gewaltpotential.

Auch Patienten die einen narzisstischen Anteil haben, können bei gefühlten Kränkungen sehr aggressiv reagieren und schnell massiv gewalttätig werden.

### ***Wie gehst du mit aggressivem Verhalten um ?***

Eine klare offene Kommunikation ist wichtig, längeren direkten Blickkontakt vermeiden, das kann provokativ wirken, dem Patienten Zeit und Raum geben aber auch die Möglichkeit das Gespräch abubrechen wenn es ihm zu viel wird, ich halte Abstand, vermeide wenn möglich Körperkontakt, versuche mir immer einen Fluchtweg offen zu halten.

Ich versuche auf die Bedürfnisse einzugehen, ihm zu signalisieren, dass er willkommen ist und von mir keine Bedrohung ausgeht. Wenn nötig setze ich aber auch klare Grenzen und zeige mögliche Konsequenzen seines Handelns auf.

## 7.3 Weisung für die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen



### Weisung für die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen

**Geltungsbereich:** KSB

**Herausgeber:** Geschäftsleitung KSB

**Erstellt am:** Oktober 2016

**Freigegeben am:** 06.09.2017

#### 1. Zusammenfassung

Im neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht werden die Voraussetzungen für Einschränkungen der Bewegungsfreiheit von urteilsunfähigen Personen geregelt (Art. 383 ZGB). Es ist definiert, was protokolliert und wer worüber in welcher Form informiert werden muss (Art. 384 ZGB). Bewegungseinschränkende Massnahmen dürfen grundsätzlich nur mit Zustimmung der betroffenen Person, bzw. bei deren Urteilsunfähigkeit mit Zustimmung ihrer Vertrauensperson oder ihres gesetzlichen Vertreters durchgeführt werden. Ist in einer Notfallsituation eine Rückfrage nicht möglich, haben der Arztdienst, die Pflegenden und allenfalls zuständige Therapeuten eine solche Massnahme im mutmasslichen Interesse der betroffenen Person zu beschliessen, sowie die Angehörigen möglichst unverzüglich zu informieren bzw. einzubeziehen. Eine Dokumentation soll folgende Punkte beinhalten: Zweck der Massnahme, Dauer und Art der angewendeten Massnahmen, Datum der Information an die Angehörigen, Name der verantwortlichen Person, Ergebnis der regelmässigen Neubeurteilung und die Aufhebung der Massnahmen.

#### 2. Anwendung von Bewegungseinschränkenden Massnahmen

Bewegungseinschränkende Massnahmen werden grundsätzlich nur als letzte mögliche Massnahme (ultima ratio) in Notfallsituationen in Betracht gezogen. Das Recht auf Selbstbestimmung wird verletzt und kann für den Betroffenen traumatisierend sein. Deshalb ist das Prinzip der Subsidiarität und Verhältnismässigkeit besonders zu beachten. Die Massnahme muss notwendig, proportional zur Schwere der Gefährdung und nicht durch eine weniger einschneidende Massnahme ersetzbar sein. Es ist deshalb im Einzelfall zu prüfen, welche Massnahme für den Betroffenen am wenigsten belastend ist. Sie kommen ausschliesslich erst dann zur Anwendung, wenn keine andere Lösung gefunden werden kann.

##### 2.1 Zwingende Arztverordnung von bewegungseinschränkenden Massnahmen

Die folgenden bewegungseinschränkenden Massnahmen erfordern zwingend eine Verordnung durch den Kaderarzt. Diese muss täglich überprüft, dokumentiert und gegebenenfalls neu verordnet werden (siehe Flussdiagramm).

###### 2.1.1 Bettenstationen, erlaubt sind:

- Durchgehender Bettausrollschutz einseitig oder beidseitig mit „Zwischengitter“ (Ausstiegsmöglichkeit blockiert)
- Zewidecke, nur wenn keine andere Lösung gefunden werden kann und dann nur mit visueller Überwachung (=Sitzwache)

###### CAVE:

- Patienten dürfen ohne optische Überwachung nicht im Zimmer eingeschlossen werden

###### 2.1.2 INZ, IMC und IDIS, erlaubt sind:

**Patienten dürfen nach Arztverordnung und durch dafür geschultes Pflegefachpersonal (siehe Anwendung Segufix©) fixiert werden, zudem müssen sie optisch überwacht werden (Punkt 2.5)**

- Unterbringung im INZ – Sicherheitsraum mit Videoüberwachung
- Zewidecke mit visueller Überwachung
- Fixation mit Handgurten
- Nur Bauchgurt (Schritt- oder Oberschenkelgurt)
- Fixation mit Bauchgurt (Schritt- oder Oberschenkelgurt), Bein- und Handgurten (5-Punkt-Fixation)
- Fixationshandschuhe

Die mechanischen Fixationen stellen die schwerwiegendsten Eingriffe dar. Diese sind nach gängiger Lehrmeinung bei der Behandlung von Patienten mit Delir **kontraindiziert**.

#### 2.2 Entscheidungsprozess

Vor der Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen müssen die Selbst- und/oder Fremdgefährdung sowie die Feststellung der Urteilsunfähigkeit des Patienten dokumentiert sein. Der zuständige Kaderarzt und die zuständige Pflegefachpersonen fällt die Entscheidung. Dabei müssen andere nicht invasive Massnahmen diskutiert und evaluiert werden. Der Arzt bzw. der Kaderarzt trägt die Verantwortung für die Entscheidung und bestätigt dies schriftlich innert acht Stunden im KISIM.

**Fachverantwortliche Autorin:** E. Mascheroni

**Revisionsnummer:** R.0007.18.08.17

**Prüfer:** Dr. med. V. Stojanovic, Prof. Dr. med. J. H. Beer, Viktor Berger, Y. Biri

**Freigeberin:** Marit Siebert

Seite 1/5

## Weisung für die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen

---

### 2.3 Entscheidungskriterien - Patient ist urteilsfähig

- Patienten, die akut sich selbst oder Andere gefährden.
- Patient wünscht bewegungseinschränkende Massnahme.

#### 2.3.1 Entscheidungskriterien - Patient ist urteilsunfähig

- Die Behandlung orientiert sich an einer allfälligen Patientenverfügung, am Willen einer allfälligen vertretungsberechtigten Person oder am mutmasslichen Willen des Patienten
- Patienten, die krankheitsbedingt akut vital gefährdet sind und sich gegen eine Behandlung gezielt oder ungezielt wehren oder eine solche behindern.
- Die Prüfung von Handlungsalternativen und die Ursachenanalyse ist erfolgt (je nach Situation Geriater, EPD einbeziehen).
- Die Verhältnismässigkeit (Lebensqualität, Freiheit und Risiken) der bewegungseinschränkenden Massnahmen ist sorgfältig geklärt worden und die am wenigsten einschränkende Massnahme ist zu wählen.

### 2.4 Durchführung

- Urteilsunfähigkeit des Patienten zum Zeitpunkt der Massnahme festgestellt und dokumentieren
- Information der Beteiligten (Patient, Angehörige, Vertretungsberechtigte Person) über die Urteilsunfähigkeit, die bewegungseinschränkende Massnahme und die Überwachung
- Wenn möglich Einverständnis von Patient und / oder Angehörigen bzw. gesetzliche Vertretung einholen
- Ruhiges Vorgehen, respektvoller und würdevoller Umgang (Sprache und Verhalten)
- Eine Ansprechperson wird definiert, welche dem Patienten die Durchführung der Zwangsmassnahme möglichst klar und verständlich kommuniziert und den Ablauf leitet
- Nur so viele Personen wie nötig, sowie zügiges, zielgerichtetes Vorgehen
- Intimsphäre wird gewahrt (keine Besucher oder Unbeteiligte)
- Prophylaxe von Dekubitus, Thrombosen, Pneumonien, Infektionen
- Regelmässige Information des Patienten
- Regelmässige Überwachung des betroffenen Patienten
- Regelmässige Überprüfung von Verständnis und Einverständnis der Mitarbeitenden und Angehörigen

### 2.5 Überwachung

- Patienten müssen auch nach Entfernung von Kabeln die Möglichkeit haben, die Glocke zu betätigen (kabellose Glocke).
- Fixierte Patienten müssen unter **ständiger optischer Überwachung** sein; ferner müssen die angelegten Bandagen, Hautverhältnisse, Zirkulation, Sensorik und Motorik, das Bewusstsein und der Grad von Verwirrtheit regelmässig kontrolliert, neu reevaluiert und dokumentiert werden. Damit werden die Patientensicherheit und die Behandlungsqualität sichergestellt.

### 2.6 Dokumentation und Kommunikation

Folgendes muss nach Artikel 384 ZGB dokumentiert werden:

- Name des anordnenden Kaderarztes
- Zweck der bewegungseinschränkenden Massnahme (Selbstschutz, Fremdschutz)
- Geprüfte oder sich als unwirksam erwiesene Alternativen
- Art und Dauer der Massnahme
- Datum des Beginns der Anwendung
- Notwendige Überwachungsmassnahmen bzw. Begleitmassnahmen
- Information der Angehörigen und / oder der gesetzlichen Vertretung des Betroffenen
- Sorgfältige Verlaufsdokumentation im KISIM (Wirkung der Massnahme)
- Schriftliche Arztverordnung ist sofort oder bis spätestens acht Stunden nach Beginn der Massnahme im KISIM dokumentiert sein
- Arztverordnung gilt für 24h - tägliche Neubeurteilung der Notwendigkeit und gegebenenfalls Anpassung der Verordnung
- bei Bedarf Rechtsmittelbelehrung des Patienten bzw. dessen gesetzlicher Vertretung oder der Vertrauensperson des Patienten

## Weisung für die Anwendung von bewegungseinschränkenden Massnahmen

- Besuchende Angehörige sollen vor dem ersten Kontakt mit dem Patienten über die angeordnete Bewegungseinschränkung informiert werden.

### 3. Fort- und Weiterbildung / Supervision

Folgende Themen müssen in regelmässigen Abständen geschult werden:

- Delirprävention und -therapie
- Umgang mit demenzkranken Patienten
- Kommunikation und Deeskalationstechnik
- Korrekter Einsatz von bewegungseinschränkenden Massnahmen (basierend auf dem Kindes- und Erwachsenenschutzrecht)
- Supervision für das Behandlungsteam anbieten

### 4. Umsetzung im KISIM

Eine Dokumentation in KISIM findet sinnvollerweise im Register Kurve, Abschnitt «Spezielle Massnahmen» statt.

#### 4.1 Verordnung

Im Kurvenabschnitt «Spezielle Massnahmen» ist die Verordnung „Bewegungseinschränkende Massnahmen“ zu finden.

Folgende Felder mit Dropdownlisten werden angeboten:

Titel	Auswahl Drop-Downliste
Bettenstationen	Durchgehender Bettausrollschutz (mit Zwischengitter) einseitig
	Durchgehender Bettausrollschutz (mit Zwischengitter) beidseitig
	Zewidecke
Nur auf INZ, IMC und IDIS	INZ Sicherheitsraum mit Videoüberwachung
	Zewidecke
	Fixationshandschuhe
	Fixation mit Handgurten
	Fixation mit Bauchgurt
Begründung	Fixation mit Bauchgurt, Bein- und Handgurten
	Fremdgefährdung
Patient urteilsfähig	Selbstgefährdung
	Ja
Patient wurde informiert	Nein
	Ja
	Nein

# 7.4 Erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste

<p><b>Einschätzung des Gewaltrisikos</b>  <b>Erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH)</b>  <small>(Almvik/Woods 1998, Almvik/Woods/Rasmussen 2000, Abderhalden 2004/2006,2008)</small></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Risikoeinschätzung bei allen Eintritten <b>bei der Aufnahme</b>, sowie <b>am Aufnahmetag und an den folgenden 3 Tagen</b> jeweils zwischen 10-11 und 17-18 Uhr. Nach Ablauf der ersten drei Tage <b>weitere Einschätzungen</b>, wenn die <b>Bezugsperson</b> und/oder das <b>Team</b> dies angezeigt findet. Die Dauer dieser weiteren Einschätzungen wird individuell festgelegt.</li> <li>• Die 6 Verhaltensweisen werden mit „1“ bewertet, wenn sie seit der letzten Einschätzung beobachtet wurden, mit „0“, wenn sie nicht beobachtet wurden.</li> <li>• Zur subjektiven Risikoeinschätzung den Schieber zwischen „kein Risiko“ und „sehr hohes Risiko“ einstellen, Wert auf der Rückseite ablesen und entsprechende Zahl in die Tabelle übertragen.</li> <li>• Die einzelnen Bewertungen werden zusammengezählt.</li> </ul> <p>Die Summe (0 bis 12 Punkte) bedeutet folgendes:</p> <p><b>0 - 3 Punkte: Sehr geringes Risiko</b></p> <p><b>4 - 6 Punkte: Geringes Risiko</b> (etwa 1 von 100 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)</p> <p><b>7 - 9 Punkte: Erhebliches Risiko</b> (etwa 1 von 10 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)</p> <p><b>10-12 Punkte: Hohes Risiko</b> (etwa 1 von 4 bis 1 von 5 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)</p> <p>Ist das Risiko <b>erheblich</b> (7-9 Punkte), sollte das Risiko rasch im Pflorgeteam und ev. im interdisziplinären Team besprochen werden und es sollten in der Regel gezielte präventive Massnahmen geplant und durchgeführt werden.</p> <p>Ist das Risiko <b>hoch</b> (10 - 12 Punkte), muss das Risiko rasch im Pflege- und/oder interdisziplinären Team besprochen werden und es müssen unverzüglich Massnahmen geplant und durchgeführt werden.</p>	<p style="text-align: center; color: #808080; font-weight: bold;">Etikett</p> <p>Fallnummer: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Geburtsdatum: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Datum Eintritt: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
--	--

Schieber	Datum								
	Eintritt Zeit:	10-11h	17-18h	10-11h	17-18h	10-11h	17-18h	10-11h	17-18h
	<i>(Definitionen siehe Rückseite)</i>								
	Verwirrt								
	Reizbar								
	Lärmig								
	Körperliches Drohen								
	Verbales Drohen *								
	Angriff auf Gegenstände *								
	→ Subjektive Risikoeinschätzung								
	<b>Summe</b>								
	<b>Wenn ≥ 7:</b>	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	Besprochen im Pflorgeteam (Zeit/Vis)								
	Besprochen im interdisziplinären Team (Zeit/Vis)								
	<b>Präventive Massnahmen:</b>	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
	<small>(X = geplant, BP = Bezugsperson zuständig, ✓ durchgeführt)</small>								
	Keine spezifische gewaltpräventive Massnahme <i>(wenn zutreffend ankreuzen)</i>								
	Gezielte Beobachtung								
	Gezielte erhöhte Zuwendung (im Sinn von Ablenkung: allgemeines Gespräch, Spiele etc.)								
	Begleiteter Spaziergang einzeln								
	Begleiteter Spaziergang in der Gruppe								
	Reduktion der Anforderungen an PatientIn								
	Körperliche Entspannung (Übung, Massage, Sport, Entspannungsbad, ...)								
	Gezielte Konfrontation mit Stationsregeln								
	Gezieltes Gespräch über das Gewaltrisiko								
	Gezieltes längeres Gespräch zur Deeskalation und Beruhigung (Talk-down; mindestens ½ Std.)								
	Verlegung in Intensivbereich								
	1:1-Betreuung+Überwachung								
	Erhöhung der Medikation								
	Präventive Abgabe von Reservemedikamenten per os								
	Offene Isolation oder Aufenthalt im eigenen Zimmer (Time-out)								
	Vorsorgliche Isolation * (geschlossenes Isolierzimmer)								
	Injektion von Psychopharmaka <i>(z = Zwang *; f = freiwillig)</i>								
	Fixation * <i>(x-Punkt angeben)</i>								

\* Ggf. Aggressionsereignisbogen oder Erfassung Zwangsmassnahme ausfüllen!

## Definitionen der 6 Verhaltensweisen

### 1) Verwirrt

erscheint offensichtlich verwirrt und desorientiert. Ist sich möglicherweise der Zeit, des Ortes und der Personen nicht bewusst; verkennt Personen, Situationen. „*Verwirrt*“ ist in einem sehr *allgemeinen Sinn* gemeint. Hierzu zählt auch psychotische Verwirrtheit, nicht nur Verwirrtheit in Zusammenhang mit einer Demenz o.ä.!

### 2) Reizbar

ist schnell verärgert oder wütend; zum Beispiel nicht in der Lage, die Anwesenheit anderer zu tolerieren.

### 3) Lärmig

Das Verhalten ist übermäßig laut oder Krach verursachend. Z.B. schlägt Türen, schreit beim Sprechen, etc.

### 4) Körperliches Drohen

Eine deutliche Absicht, eine andere Person zu bedrohen. Z.B. eine aggressive Körperhaltung einnehmen, an der Kleidung einer anderen Person reißen, Ballen der Faust, Heben eines Armes oder Fußes

### 5) Verbales Drohen

Ein verbaler Ausbruch, der mehr ist als nur eine erhobene Stimme; und der die klare Absicht hat, eine andere Person zu verängstigen/einzuschüchtern, z.B. verbale Angriffe, Beschimpfungen, verbal neutrale Kommentare, die auf eine knurrende aggressive Art und Weise geäußert werden

### 6) Angriff auf Gegenstände

Eine aggressive Handlung, die sich gegen einen Gegenstand und nicht gegen eine Person richtet, z.B. das wahllose Zuschlagen oder Zerschlagen von Fenstern, Treten, Schlagen oder Kopframmen gegen einen Gegenstand, oder Zerschlagen von Möbeln.

## Hinweise zur Anwendung der modifizierten Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH) 1

**Das Ziel der Anwendung der BVC ist das Verhindern von physischen Angriffen auf andere Personen. Das Wichtigste beim Einsatz der BVC ist deshalb, dass auf die mit der BVC festgestellten Risiken (7 oder mehr Punkte) reagiert wird, dass besprochen wird, ob gezielte gewaltpräventive Massnahmen ergriffen werden sollen, und dass solche Massnahmen geplant und durchgeführt werden!**

### Bei welchen PatientInnen wird die BVC-CH eingesetzt? Wie lange?

Routinemässig erfolgt die Risikoeinschätzung **bei allen Eintritten bei der Aufnahme**, sowie **am Aufnahmetag** und an den **folgenden 3 Tagen** jeweils zwischen 10-11 und 17-18 Uhr<sup>2</sup>. Nach Ablauf der ersten drei Tage erfolgen **weitere Einschätzungen**, wenn die Bezugsperson und/oder das Team dies angezeigt findet. Es ist wichtig, dass die Risikoeinschätzung **weitergeführt** oder **wieder begonnen** wird, wenn dies nach den ersten drei Tagen sinnvoll erscheint (zum Beispiel wenn am Tag drei noch ein Risiko vorliegt, oder bei einer Zustandsverschlechterung!) Die Dauer dieser weiteren Einschätzungen wird individuell festgelegt.

Es gibt Akutstationen, auf denen die Risikoeinschätzung bei allen PatientInnen während der gesamten Hospitalisation durchgeführt wird. Andere Stationen verwenden die folgende Regel: Einschätzung bei allen PatientInnen in den ersten 24 Stunden, weitere Einschätzungen routinemässig nur dann, wenn in den ersten 24 Stunden mindestens eine Einschätzung 7 oder mehr Punkte ergeben hatte.

### Wer nimmt die Risikoeinschätzung vor?

Die Einschätzung wird von einer Pflegeperson vorgenommen, die über das Verhalten des Patienten/der Patientin in der Beurteilungsperiode informiert ist, durch eigene Beobachtungen/Kontakte und/oder durch Mitteilungen von KollegInnen (im Bedarfsfall nachfragen). Auf vielen Stationen wird die Einschätzung einem bestimmten Dienst (z.B. Frühdienst) zugeordnet. Die Einschätzung kann auch gemeinsam von mehreren Personen vorgenommen werden. Bei Schichtbetrieb erfolgt die Einschätzung am besten etwa 2 Stunden nach Beginn einer Schicht.

### Wie werden die 6 Verhaltensweisen eingeschätzt? Welches ist der Beurteilungszeitraum?

Die 6 Verhaltensweisen werden mit „1“ bewertet, wenn sie **seit der letzten Einschätzung** beobachtet wurden, mit „0“, wenn sie **seit der letzten Einschätzung** nicht beobachtet wurden.

### Wie wird der Schieber für die subjektive Risikoeinschätzung verwendet? Welches ist der Beurteilungszeitraum?

Bei der subjektiven Risikoeinschätzung wird das Risiko eingeschätzt, dass der Patient/die Patientin **in den Stunden bis zur nächsten Einschätzung** jemanden **körperlich angreifen** könnte. Dazu wird der Schieber zwischen „kein Risiko“ und „sehr hohes Risiko“ eingestellt, der Wert auf der Rückseite abgelesen und entsprechende Zahl in die Tabelle übertragen. Ist die Schiebereinstellung ganz links bei „Kein Risiko“, ist der Wert Null. Bei der Einschätzung des subjektiven Risikos mit dem Schieber sollen **alle verfügbaren Informationen** berücksichtigt werden: das persönliche Gefühl, Kenntnisse über die PatientInnen (z.B. über Vorfälle vor der Hospitalisation), Erfahrungen aus früheren Hospitalisationen, die aktuelle Zusammensetzung der PatientInnengruppe auf der Station, die Atmosphäre, etc.

### Was geschieht mit den Einschätzungen?

Die Resultate der Risikoeinschätzungen müssen im pflegerischen und interdisziplinären Team kommuniziert werden. Das BVC-Formular soll ein Arbeitsinstrument sein, und die Risikowerte sollten an Übergabe- und interdisziplinären Rapporten erwähnt und bei Bedarf besprochen werden!

Wo im Stationszimmer Magnettafeln mit der PatientInnenliste verwendet werden, hat es sich bewährt, das jeweilige Risiko mit farbigen Magnetknöpfen zu visualisieren (z.B. gelb für erhebliches Risiko, rot für hohes Risiko).

Kontaktadresse und Bezugsquelle für das BVC-CH-Formular und den Schieber zur subjektiven Einschätzung des Gewalttrisikos: Dr. Christoph Abderhalden, Universitäre Psychiatrische Dienste UPD Bern, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60; [abderhalden@puk.unibe.ch](mailto:abderhalden@puk.unibe.ch).

Eine elektronische Version der BVC-CH ist erhältlich bei der niederländischen Firma IGCN Automation B.V., Houten, Niederlande ([www.IGCN.nl](http://www.IGCN.nl); [info@IGCN.nl](mailto:info@IGCN.nl)). IGCN hat die exklusiven Rechte zur Produktion und zum Vertrieb von BVC-CH-Software.

<sup>1</sup> Die norwegische Originalfassung enthält nur die Beurteilung der 6 Verhaltensweisen, die modifizierte Schweizer Fassung (BVC-CH) zusätzlich die subjektive Risikoeinschätzung mit dem Schieber, die Angaben zur Interpretation des Resultats und die Liste mit möglichen gewaltpräventiven Massnahmen.

<sup>2</sup> Diese Zeiten können stationsbezogen angepasst werden.