

Thema **F**okus

Gewalt gegenüber Ärzten, Pflegenden und Betreuerinnen

Editorial

Vor einem Jahr sorgte ein demoliertes Zimmer im Notfallzentrum des Inselspitals Bern schweizweit für Schlagzeilen. Ein Patient geriet ausser sich und warf die Gegenstände im Zimmer nach dem Pflegepersonal. Weil der Mann nicht zu beruhigen war, blieb den Pflegenden nichts anderes übrig als hinaus zu gehen, die Türe hinter sich zu schliessen und die Polizei zu rufen. Das Zimmer musste später renoviert werden. Mindestens einmal pro Monat, sagte der Spitaldirektor Heinz Zimmermann später in der Fernsehsendung «Schweiz Aktuell», komme es auf der Notfallstation des Inselspitals zu Gewaltakten, meistens abends und an den Wochenenden. Eine Pflegerin des Spitals gab zu, dass sie bei der Nachtwache «manchmal ein mulmiges Gefühl» habe. Der Wutanfall im Inselspitals ist kein Einzelfall. Auch andere Spitäler berichten von einer erhohnten Gewaltbereitschaft bei Patienten und Angehörigen. Vor ein paar Wochen wurde eine Mitarbeiterin des Waidspitals in Zürich von einer ehemaligen Patientin mit dem Messer angegriffen. Auch die Betreuung von Betagten ist nicht frei von Aggressionen: «Die Pflegenden sind immer wieder mit aggressiven und ungeduldigen Patienten konfrontiert», sagte Elsbeth Wandeler, Geschäftsführerin des Schweizer Berufsverbands des Pflegepersonals (SBK), unlängst gegenüber dem Tages Anzeiger.

An die Öffentlichkeit gelangen jedoch meist nur die schlimmsten Übergriffe. Oftmals erfahren selbst die Leitungen der Pflegeinstitutionen nichts von physischen oder psychischen Attacken. Gewalt wird immer noch tabuisiert, das Ertragen von aggressivem Verhalten als Teil des Berufsbildes betrachtet.

Aggressives Verhalten entsteht aber selten einfach so. Aggressivität ist oft ein Zeichen von grosser innerer Not, Ausdruck von Hilflosigkeit. Und sie verweist auf Wertekonflikte. Wertekonflikte entstehen meist dann, wenn die Grundbedürfnisse oder das Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt werden, wie zum Beispiel bei Zwangsmassnahmen, beim Durchsetzen von internen Regeln oder von Prozessabläufen. In diesen emotionalen Situationen, in denen unterschiedliche Werte, Einstellungen, Ängste und Zwänge aufein-

Inhalt

Schwerpunkt:

Professionelles Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen – das siebenstufige Konzept von ProDeMa® [3]

Deeskalation auf der Notfallstation – ein Beispiel [9]

Ethische Kernfragen:

Gewalt: Auch eine Frage der Organisation [11]

Interview:

Ralf Wesuls: «Viele Stationsregeln und Prozessabläufe sind Auslosler von Gewalt» [14]

Fallbeispiel:

«Soll Frau Zuber zur Dusche gezwungen werden?» [18]

Fallbesprechung:

«Darf man Organe nach Herz-Kreislauf-Stillstand entnehmen?» [18]

Ergänzungen:

Bücher zum Thema Gewalt [22]

Lexika [22]

Artikel [22]

Internet [22]

Artikel zum Thema Organtransplantation [23]

Dialog Ethik Newsletter [24]

News [24]

Medien [24]

Vorträge und Schulungen [25]

Agenda [25]

Produkte [26]

Wortklaubereien [27]

Impressum [27]

Thema im Fokus

Editorial

ander treffen, braucht es in Behandlungs- und Betreuungsinstitutionen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die darin ausgebildet sind, Konflikte zu erkennen und mit ihnen in angemessener Form umzugehen.

Das Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement aus Deutschland (ProDeMa®) hat ein siebenstufiges Gewaltpräventionskonzept für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen entwickelt. Das Konzept ist nicht auf Selbstverteidigung beschränkt, sondern beruht auf einem systemischen Ansatz. Es durchleuchtet die Aggressionspotenziale in einer Institution, dazu gehören zum Beispiel betriebliche Abläufe oder interne Regeln. Das Ziel des Instituts ProDeMa® ist nicht nur die Vermeidung von Aggressionen, es will auch dazu beizutragen, dass Mitarbeitende in einem sicheren Umfeld arbeiten können und die betreuten Menschen in ihren Angst- und Spannungszuständen angemessen behandelt werden.

Dialog Ethik ist eine Kooperation mit ProDeMa® eingegangen. Denn über aggressive, angespannte oder sogar eskalierende Situationen hinaus stellt sich für die Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens die Frage nach dem Umgang mit den Wertekonflikten, die hinter Aggressionen und Attacken stecken. Das Institut Dialog Ethik kann dabei sowohl auf ein angemessenes Modell, den «7 Schritte Dialog», als auch auf langjährige praktische Erfahrung im Umgang mit Wertekonflikten aus der Begleitung von Ethik-Foren an verschiedenen Spitälern und Langzeitpflegeeinrichtungen zurückgreifen.

Das Institut Dialog Ethik, mit seiner normativen Basis, und das Institut ProDeMa®, mit seinem vielfältigen Instrumentenkoffer, ergänzen sich daher auf ideale Weise, wenn es darum geht, mit hoch angespannten Situationen besser umzugehen, beziehungsweise die dahinter liegenden Konflikte besser zu verstehen.

Diese Ausgabe von «Thema im Fokus» widmet sich deshalb den Themen Gewalt und Deeskalation. Zuerst stellt Gerd Weissenberger, stellvertretender Instituts-

leiter von ProDeMa®, das Deeskalations-Konzept vor. Anschliessend schildert Notfallpflegefachmann Olivier Fricker, der bei ProDeMa® zum Deeskalationstrainer ausgebildet wurde, anhand eines Beispiels, wie er auf einen aggressiven Patienten eingehen würde. Im Interview erklärt ProDeMa®-Leiter Ralf Wesuls, welche Situationen am häufigsten Aggressionen auslösen. Dass Gewalt in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens ethisch zu reflektieren ist, macht der ethische Kommentar deutlich: Das Recht auf geistig-seelische und körperliche Integrität ist ein Menschenrecht. Dass dieses Gebot nicht verletzt wird, dafür trägt nicht nur der Einzelne Verantwortung, sondern auch die Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens, die politischen Entscheidungsträger – die ganze Gesellschaft.

Mit dieser neuen Kooperation soll einerseits das 7-stufige Deeskalations-Konzept von ProDeMa® Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens in der Schweiz und Österreich und andererseits das Modell «7 Schritte Dialog» von Dialog Ethik Institutionen in Deutschland und Österreich zugänglich gemacht werden.

Ab dem 17. Januar 2012 findet am Institut Dialog Ethik die erste Ausbildung zum/zur Deeskalationstrainer/in für Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen statt.

Nähere Informationen finden Sie unter:

www.dialog-ethik.ch/kurse/deeskalationsmanagement

Oder kontaktieren Sie Dr. Markus Breuer, Leiter Fachbereich Bildung.

Auf unserer Homepage (www.dialog-ethik.ch) haben wir eine Umfrage zum Thema Gewalt aufgeschaltet. Wir freuen uns, wenn Sie sich an der Umfrage beteiligen.

Ihr Team Dialog Ethik

Professionelles Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen

In allen Bereichen des Gesundheitswesens enden Konflikte immer häufiger in aggressiven Eskalationen. Die Statistiken belegen deutlich den steigenden Anteil an Arbeitsunfällen, die durch aggressive Patientenübergriffe ausgelöst werden.

Die Gründe für das Auftreten von Gewalt und Aggression sind dabei ebenso vielfältig wie offensichtlich. Patienten, Betreute oder Klienten stehen stets in einem inneren unvermeidbaren Spannungsfeld, das sowohl situationsbedingt als auch krankheitsbedingt ist. Dies führt zwangsläufig zu einem erhöhten Aggressionspotenzial. Patienten und Heimbewohner haben manchmal Mühe, die Notwendigkeit von pflegerischen und medizinischen Massnahmen zu verstehen, sodass sie die Betreuung und Behandlung subjektiv als Gewalt wahrnehmen. Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten der Betreuten (bedingt durch Alter, Behinderung, psychiatrisches Krankheitsbild) und hoher Erwartungsdruck an die Betreuten und Mitarbeiter verstärken das Konfliktpotenzial zusätzlich. Auch auf Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gibt es starke und zahlreiche Stressoren im Arbeitsalltag, die zu einer Allgemeinbelastung, auch Überlastung im Behandlungsalltag führen und überzogene Reaktionen im Konfliktfall hervorrufen können.

Die besondere Notwendigkeit für Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens und deren Mitarbeiter, sich um Wissen und Kompetenz in dieser Thematik zu bemühen, ergibt sich einerseits aus der professionellen Verantwortung für das Wohl der Patientinnen und Patienten als auch gleichermassen für das eigene Wohl (Arbeitssicherheit): in einer aggressiven Eskalation verlieren stets beide Seiten. Einzig und allein gut geschultes Personal und ein existierendes Deeskalationsmanagement kann die Entstehung von Aggressionen im eigenen System verhindern oder vermindern. Mitarbeiter müssen und können lernen und trainieren, mit angespannten Situationen sowie mit aggressiven Patienten professionell und kompetent, das heisst deeskalierend umzugehen.

Die sieben Deeskalationsstufen von ProDeMa®

Die grundsätzliche Problematik von Gewalt und Aggression im Gesundheits- und Sozialwesen ist hinlänglich bekannt, immer mehr Institutionen stellen sich offen dieser Herausforderung. Die Professionalität im Umgang mit aggressiven herausfordernden Patienten oder Situationen stellt dabei – je nach Patientenkontext – ein wichtiges Qualitätsmerkmal einer Institution dar. So werden institutionelle Strukturen wie Qualitätsmanagement, Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit und die Führung eines Hauses im Konzept mit dem Ziel vernetzt, aggressive Eskalationen und Patientenübergriffe zu vermeiden. Die Verantwortung des Arbeitgebers, für die Sicherheit der Mitarbeiter Sorge zu tragen, und das Qualitätskriterium, auch mit aggressiven Patienten professionell umgehen zu können, stehen dabei gleichrangig nebeneinander.

Zur Umsetzung des Konzeptes unterscheidet ProDeMa® sieben Deeskalationsstufen:

Das Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression

Deeskalationsstufe I: (Primärprävention)

Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression

Deeskalationsstufe II:

Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen

Deeskalationsstufe III:

Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen

Deeskalationsstufe IV: (Sekundärprävention)

Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten

Deeskalationsstufe V:

Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken bei Angriffen von Patienten

Thema im Fokus

Professionelles Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen

Deeskalationsstufe VI:

Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken

Deeskalationsstufe VII: (Tertiärprävention)

Präventive Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen

Deeskalationsstufe I «Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression»: Hier geht es zunächst um eine Analyse der institutionellen Situation, die häufig nicht unerheblich zu aggressivem Verhalten von Patienten beiträgt. Etwa 30 Prozent aller zunächst als notwendig erachteten Regeln, Anordnungen und Massnahmen, die vom Patienten als Gewalt empfunden werden, lassen sich bei näherer Betrachtung durch kreative Ideen, patientenorientiertes Denken, Veränderung von Organisation und Routineabläufen oder durch höhere Handlungs- und Kommunikationskompetenz verändern, was ein erhebliches Potenzial zur Aggressionsminderung darstellt. Die Notwendigkeit und die Legitimation einer Regel beziehungsweise Struktur sollte in einem Team immer Gegenstand konstruktiver Diskussionen sein. Häufig ist diese Frage im Einzelfall nicht leicht zu entscheiden, zum Teil führen die unterschiedlichen Sichtweisen und Bewertungsprozesse der Mitarbeiter dazu, das sich scheinbar alle an die festgelegten Regeln halten und bei genauer Betrachtung im Verhalten der Mitarbeiter die unterschiedlichen Bewertungsprozesse zum Tragen kommen. Mitarbeiter hierbei zu ermahnen sich an die definierten Regeln zu halten und diese auch durchzusetzen, erhöht im Regelfall das Konfliktpotenzial innerhalb des Teams. Besonders die unterschiedlichen Bewertungsprozesse innerhalb interdisziplinärer Teams müssen in einem offenen Dialog mit allen Beteiligten angesprochen werden.

Deeskalationsstufe II «Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen»: Diese Stufe konzentriert sich auf die eigenen Interpretations- und Reaktionsweisen in der Konfrontation mit aggressiven Verhaltensweisen eines Patienten. Nimmt man zum Beispiel verbale Beleidigungen, Abwertungen und rüde Verhaltensweisen persönlich (privates Beziehungsmuster), oder inter-



In den Kursen von ProDeMa® lernen Fachleute aus Pflege- und Sozialinstitutionen in Rollenspielen, wie sie auf aggressives Verhalten beruhigend einwirken können.

pretiert man solche Patientenverhaltensweisen als Anzeichen innerer Not und Anspannung des Patienten beziehungsweise als Zeichen seines momentanen Zustandes, ohne sich angegriffen zu fühlen? Im ersten Falle wird man auf die Art und Weise der Patientenkommunikation einsteigen und zu einer Eskalation beitragen, im zweiten Falle gelingt es möglicherweise, auf den Patienten und seinen momentanen Gefühlszustand deeskalierend Einfluss zu nehmen. Im Kontakt zu einem aggressiv wirkenden Patienten muss man sich somit der Professionalität der Beziehung stärker bewusst werden, was für den Mitarbeiter selbst ausserordentlich entlastend wirkt. Während man in privaten Beziehungen auf Aggression intuitiv, spontan und unreflektiert reagieren kann, muss der Umgang mit Aggressionen in der professionellen Beziehung zum Patienten zielorientiert und reflektiert sein. Die Reaktion auf aggressive Verhaltensweisen eines Patienten ist dann gut, wenn sie deeskalierend, konstruktiv und förderlich im Sinne der jeweiligen Zielsetzung für den Patienten ist und eine mögliche Eskalation verhindert zum Wohle beider.

Deeskalationsstufe III «Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen»: Hier geht es darum, Wissen über die Entstehung aggressiver Verhaltensweisen zu besitzen. Aggressive Verhaltensweisen eines Menschen haben immer eine Ursache (Auslöser) und einen Beweggrund (Motiv, Intention). Die Kenntnis und das tiefere Verständnis dieser Ursachen und Beweggründe ist Voraussetzung dafür, deeskalierend auf einen Patienten eingehen zu können. Durch die Wahrnehmung seiner aktuellen Bedürfnisse, Probleme und Gefühle hinter seinen aggressiven Verhaltensweisen können wir mit ihm in Kontakt kommen, ihn verstehen und beruhigen, ihm und uns selbst helfen, die Situation zu meistern und eine weitere Eskalation zu verhindern.

Professionelles Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen

Die vielfältigen Ursachen, Mechanismen und Beweggründe von aggressiven Verhaltensweisen erklären, warum Aggression so häufig den Alltag belastet. Auf den ersten Blick erscheinen die vielen Entstehungsvarianten vielleicht verwirrend, doch gerade die grosse Vielfalt möglicher Ursachen eröffnet in ihrer Differenzierung auch zahlreiche Möglichkeiten und Wege der Deeskalation.

Doch was sind die hierfür notwendigen Kompetenzen? Woraus besteht das notwendige Handwerkszeug? Welche Art der Kommunikation und Gesprächsführung ist förderlich im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten? Wie verhalte ich mich, wenn Brachialaggression kurz vor dem Ausbruch steht?

Deeskalationsstufe IV «Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten»: Mit diesen und anderen Fragen beschäftigt sich die vierte Stufe. Das wichtigste Ziel in einer eskalierenden Situation ist die Verhinderung von Brachialaggression, das heisst von Angriffen des Patienten. Darüber hinaus gilt es, dem Patient und sich selbst dabei zu helfen, aus der angespannten Situation herauszufinden. Eine Deeskalation ist dann erfolgreich, wenn die aggressive Spannung und innere Not des Patienten abnimmt und es gelingt, ein klärendes oder entlastendes Gespräch mit ihm zu führen, in dem Lösungen für seine aktuellen Probleme oder Befindlichkeiten gefunden werden können.

Deeskalationsstufe V «Patientenschonende Abwehr- und Fluchttechniken»: Trotz aller Vorbeugemassnahmen und verbalem Deeskalationsgeschick sind Angriffe auf das Personal nie völlig auszuschliessen. Deshalb ist die Kenntnis von effektiven und patientenschonenden Abwehr- und Fluchttechniken unverzichtbarer Teil eines Deeskalationsmanagements. Alle über jahrelange Praxis entwickelten Abwehrtechniken haben die Verletzungsfreiheit des Patienten bei gleichzeitig maximalem Schutz für den Mitarbeiter zum Ziel. Selbstverteidigungstechniken im klassischen Sinne werden nicht gelehrt. Der Mitarbeiter wird in dem Training in die Lage versetzt, sich aus allen üblichen Festhalte- und Angriffsarten lösen und befreien zu können, um sich in Sicherheit zu bringen. Bleibt es nicht bei einem einmaligen Angriff eines Patienten, muss der Patient immobilisiert oder fixiert werden, zum eigenen Schutz und zum Schutz der anderen Patienten sowie des Personals.

Deeskalationsstufe VI «Patientenschonende Immobilisations- und Fixierungstechniken»:

In vielen Situationen müssen Patienten/Betreute bei Selbst- oder Fremdgefährdung festgehalten oder immobilisiert werden, um weder sich selbst noch andere Personen verletzen zu können. Auch die Begleitung eines zum Beispiel verwirrten oder alkoholisierten Patienten/Betreuten erfordert grosse Vorsicht. Unsere Begleit-, Halte- und Immobilisationstechniken sind flexibel hinsichtlich unterschiedlicher Patientenklientel, Situation und Bereitschaft zur Aggressivität des Patienten/Betreuten. Die Fixierung eines Patienten/Betreuten gegen seinen Willen gehört zu den unangenehmsten Aufgaben der Mitarbeiter in den Gesundheitsberufen, ist jedoch in einigen Fällen nötig, um ernsthafte Fremd- und/oder Eigengefährdung eines kranken Menschen zu vermeiden. Wenn die Fixierung planlos, ohne gegenseitige Absprachen und mit nicht geschultem Personal durchgeführt wird, kann dies zu erheblichen physischen und psychischen Verletzungen sowohl bei Mitarbeitern als auch bei Patienten/Betreuten führen. Die professionelle Schulung im Umgang mit Immobilisations- und Fixierungssituationen ist für alle, die mit aggressiven Menschen zu tun haben, notwendig, um ein Höchstmass an Professionalität, Sicherheit und Verletzungsfreiheit für alle Betroffenen zu gewährleisten. Besonders in dieser Deeskalationsstufe kommt der teambezogene Ansatz zum Tragen, bei welchem alle Teammitglieder genau wissen, wer welche Aufgaben wann, wie und wo hat. Die Rechtssituation ändert sich und das Betreuungspersonal wird zum Angreifer. Diese sensible Phase für alle Beteiligten muss konsequent trainiert und evaluiert werden, um auch hierbei alle möglichen Ressourcen eines Teams zu nutzen und immer im professionellen Bereich zu bleiben. Im Vordergrund steht die fortwährende verbale Deeskalation während der einzelnen Immobilisationsphasen. Dem Automatismus von der Zwangsanzordnung zur Fixation, welcher in den meisten Fällen von Patientenseite nicht mehr gestoppt werden kann, wird durch das **4-Stufen-Immobilisationskonzept (4SIK)** wirksam gegengesteuert mit der Zielsetzung, Fixationen zu vermeiden. In den meisten Fällen ist eine freiheitsentziehende Massnahme in Form von Fixation nach den einzelnen Immobilisationsstufen nicht mehr notwendig, da selbst in dieser kritischen Phase die Würde der Betreuten zu jedem Zeitpunkt gewahrt wird und häufig im Nachgang ein besseres

Professionelles Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen

Beziehungsverhältnis zwischen Betreuer und Betreutem eintritt. Der Patient erfährt auch hierbei, dass es nicht um Machtausübung oder Situationskontrolle geht, sondern vielmehr um die Begleitung im verbalen und körperlichen Sinne sowie der Annäherung des inneren Anspannungszustand des Patienten.

Deeskalationsstufe VII «Nachsorge und Nachbearbeitung»: Nicht nur durch An- und Übergriffe oder heftige verbale Bedrohungssituationen von Patienten, sondern auch nach Suizidereignissen, Brandvorfällen und anderen innerbetrieblichen Unfällen oder Vorkommnissen entwickeln Mitarbeiter akute Belastungsreaktionen oder posttraumatische Belastungsstörungen, die sich unbehandelt zu chronischen posttraumatischen Belastungssyndromen (Traumata) mit massiven somatischen und psychischen Folgen entwickeln können und entsprechende Arbeitsausfallzeiten verursachen. Neuere Studien zeigen, dass insbesondere das Verhalten der direkten Vorgesetzten und Führungskräfte aber auch das Verhalten von Kolleginnen und Kollegen erheblich dazu beitragen, ob ein Trauma entsteht und wie sich der Verlauf einer posttraumatischen Belastungsreaktion gestaltet. Daraus lassen sich klare Richtlinien und Verhaltensempfehlungen für Kollegen, Führungskräfte und für die Nachsorgekonzeption einer Institution ableiten. Erlebt ein Mitarbeiter keine oder ungenügende Unterstützung in seiner eigenen Not, hat dies einen enormen negativen Einfluss auf seine weitere Tätigkeit in der Institution: Die Arbeitsbeziehungen zu Patienten verschlechtern sich, innere Kündigungsprozesse werden verursacht, die Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber sinkt, Arbeitsausfalltage erhöhen sich und vieles mehr.

Evaluationsstudien nach dem Zugunglück in Enschede im Jahr 2001, dem Tsunami in Asien 2004 und nach dem 11. September 2001 haben viele Nachteile psychologischer Ersthilfe und des Debriefings aufgezeigt. Unser Ansatz der kollegialen Ersthilfe ermöglicht eine optimale Begleitung der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Akutsituationen auf dem Stand dieser neuesten Erkenntnisse. Neuere Studien zeigen auch, dass insbesondere das Verhalten der direkten Vorgesetzten und Führungskräfte aber auch das Verhalten von Kollegen erheblich dazu beitragen, ob ein Trauma entsteht und wie sich der Verlauf einer posttraumatischen Belastungsreaktion gestaltet. Daraus lassen sich klare Richtlinien und Verhaltensempfeh-

lungen für Kollegen, Führungskräfte und für die Nachsorgekonzeption einer Institution ableiten.

Kommt es zu Eskalationen, Übergriffen, Bedrohungssituationen oder sind Zwangsmassnahmen nötig, müssen diese im Rahmen eines professionellen Deeskalationsmanagements nachbearbeitet werden mit dem Ziel, zukünftige ähnliche Situationen besser meistern oder bewältigen zu können beziehungsweise Eskalationen zu verhindern. Diese Nachbearbeitung kann sowohl mit einem betroffenen Mitarbeiter, einem PBK, zwischen Mitarbeiter und PBK und mit dem Team durchgeführt werden und dient allen Beteiligten zum Lernen aus Vorfällen jeglicher Art. Die Analyse des Vorfalls beschränkt sich dabei auf die sachliche Rekonstruktion einer Eskalation, zum Beispiel nach dem bekannten Schema des Eskalationskreislaufs. Gefragt wird dabei weniger, warum der Vorfall geschehen konnte, als wie und wodurch ein potentiell nächster ähnlicher Vorfall verhindert werden könnte. Die Nachbearbeitungsgespräche sind somit rein lösungsorientiert, sind schuldfrei, vorwurfsfrei und angstfrei gestaltbar und grenzen sich dadurch von anderen Gesprächen ab. Sie dienen rein der Unterstützung und dem Lernprozess des Betroffenen, für zukünftige Vorfälle Lösungen zu finden.

Vom Stufenkonzept zum Kreismodell

Alle 7 Deeskalationsstufen des professionellen Deeskalationsmanagements bauen aufeinander auf und führen zu einem fortlaufend evaluierten Kreismodell. Hierdurch werden in den Deeskalationsstufen 1–3 alle **primärpräventiven Möglichkeiten** geschult und angeregt – für Einrichtungen in Form von kritischer Reflexion aggressionsauslösender Reize, Regeln, Strukturen und Abläufe und bei Mitarbeitern in Form von erweiterten und professionellen Sichtweisen zum Thema Aggression und Gewalt im Gesundheits- und Sozialwesen. Die Deeskalationsstufen 4–6 vermitteln alle **sekundärpräventiven Trainingsmassnahmen** im verbalen und körperlichen Bereich in Form von professioneller Krisenkommunikation und Körperintervention mit der Zielsetzung der Verletzungsfreiheit im psychischen und physischen Sinne. Besonders die Deeskalationsstufe 6, mit dem 4-Stufen-Immobilisationskonzept (4SIK), in der Betreuer sich in die Angreiferrolle versetzen müssen, ermöglicht allen Beteiligten ein sofortiges Stoppen der freiheitsentziehenden

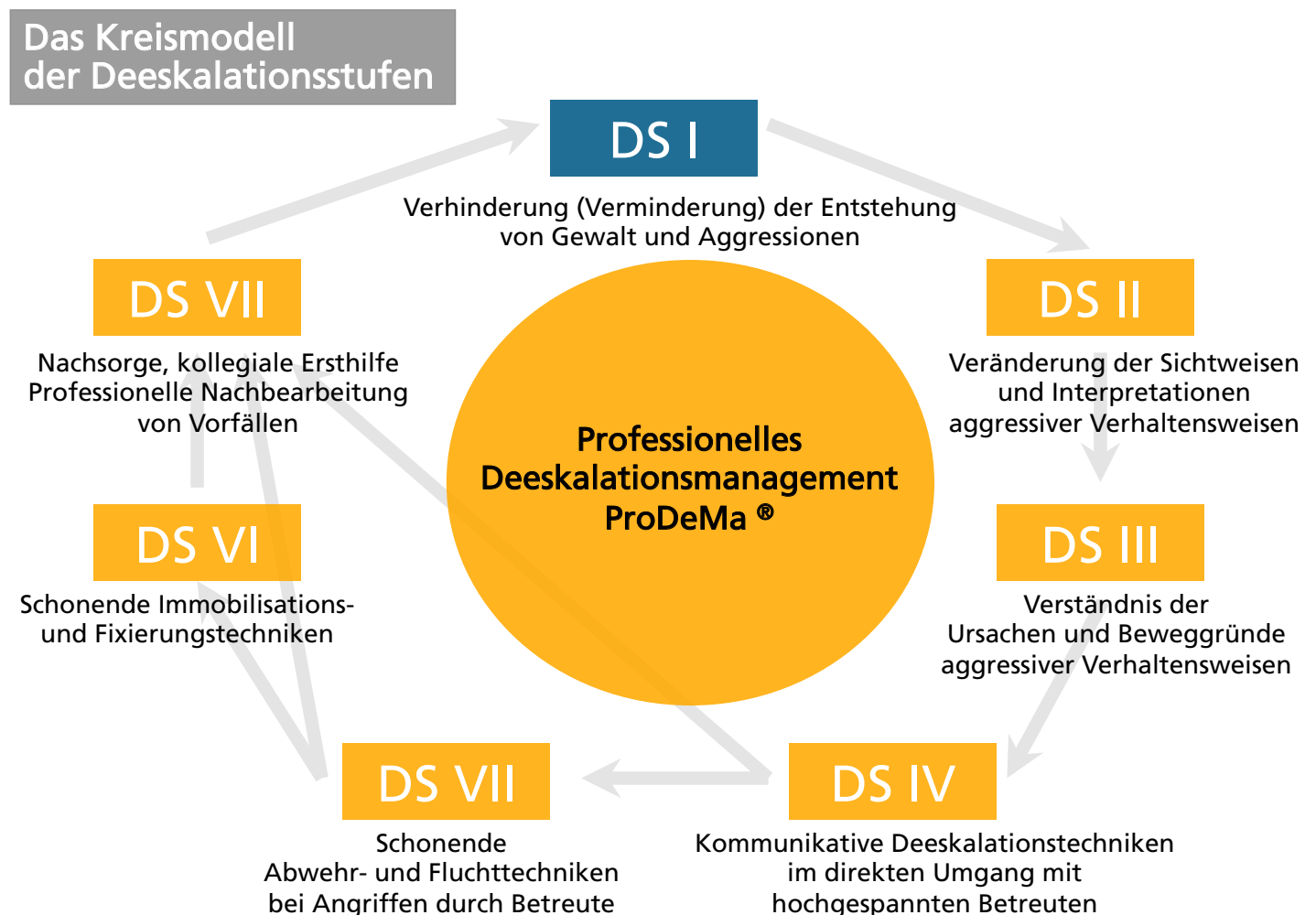
Professionelles Deeskalationsmanagement im Gesundheitswesen

Massnahme, wobei die Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten in vollem Umfang gewahrt bleibt. Die Deeskalationsstufe 7 bietet mit dem **tertiärpräventiven Ansatz** alle Chancen, psychologische Traumatisierungen durch den Vorfall bei den Mitarbeitern und den Patienten in Form von kollegialer Ersthilfe zu begleiten und verhindert schwerwiegende Verläufe. Kann ein traumatisierendes Erleben ausgeschlossen werden, folgt durch die vorwurfs-, angst- und schuldfreie Nachbearbeitung ein Lösungsprozess, welcher alle am Geschehen beteiligten Personen in die Lage versetzt, bisher nicht sensibilisierte aggressionsauslösende Reize zu reflektieren und neue Lösungskompetenzen für zukünftige ähnliche Situationen zu entwickeln.

Der kompetente Umgang mit Konflikten, Beschwerden, schwierigen Patienten und angespannten Situationen ist Teil des Qualitätsmanagements und Ziel jeder Institution. Die Schulungen von ProDeMa® steigern die Qualität am Patienten, bieten jedoch zugleich auch maximale Mitarbeiterorientierung im Sinne des Arbeitsschutzes und der Fürsorgeverpflichtung der Führung gegenüber den Mitarbeitenden.

Gerd Weissenberger

Gerd Weissenberger ist stellvertretender Leiter des Instituts ProDeMa® und leitet den Fachbereichs Psychiatrie, Somatik, Forensik.



Deeskalation auf der Notfallstation – ein Beispiel

Krisenkommunikation nach Fachbereich

Die sieben Deeskalationsstufen wurden in den letzten Jahren auf einzelne Fachbereiche spezialisiert, denn jeder Fachbereich erfordert eine besondere Krisenkommunikation. Folgende Spezialisierungen wurden hierbei entwickelt:

- Psychiatrie, Somatik und Forensik
- Institutionen mit behinderten Menschen
- Institutionen mit betagten und pflegebedürftigen Menschen (Heimeinrichtungen, Gerontopsychiatrie)
- Institutionen mit Kindern und Jugendlichen
- Einrichtungen der Notfallversorgung (Rettungsdienst, Feuerwehr, THW, Polizei, etc.)
- Ämter und Behörden
- Öffentlicher Personen-Nahverkehr (ÖPNV)
- Lehrer an Schulen
- Kindergärten und Horte

Deeskalation auf der Notfallstation – ein Beispiel

In der Gesellschaft allgemein und im Gesundheitswesen insbesondere nimmt das Thema Gewalt und Aggression an Bedeutung zu. Bisher wurde in der Schweiz der Umgang mit diesem Phänomen durch Schulung des Personals angegangen. Bei meiner vertieften Auseinandersetzung damit musste ich feststellen, dass dies nicht ausreicht. In meiner Trainerausbildung nach ProDeMa® erfuhr ich, wie vielfältig das Thema ist und was alles nötig ist, um von einem professionellen Aggressions-, beziehungsweise Deeskalationsmanagement zu reden.

Was muss in einer Pflegeinstitution vorgängig thematisiert und geregelt sein, um auf angespannte oder aggressive Patienten adäquat eingehen zu können?

Das Thema Aggression wurde bereits in der Führung thematisiert, es gibt ein Leitbild zum Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen und die notwendigen Mittel wurden zugesprochen. Dieses Leitbild könnte sich an jenes von ProDeMa® anlehnen:

- Der kranke oder behinderte Mensch hat ein Recht auf geschultes Personal, das mit seinen unvermeidbaren Anspannungszuständen und aggressiven Verhaltensweisen professionell umgehen kann.
- Der Mitarbeitende hat ein Recht auf einen sicheren Arbeitsplatz und auf Schulung im optimalen Umgang mit Gefahrensituationen, die durch den Betreuten entstehen können.
- Unser Ziel ist die Vermeidung von psychischen und physischen Verletzungen jeder Art sowohl des Mitarbeiters als auch des Betreuten.

In der Umsetzung dieses Leitbildes wurde der Ist-Zustand in Bezug auf Aggression erfasst und es wurde mit verschiedenen Massnahmen an der Prophylaxe gearbeitet.

Diese beinhalten zum Beispiel:

- Sämtliche Regeln, Richtlinien aber auch Abläufe und Gewohnheiten werden auf mögliche Eskalationspotenziale überprüft und so verändert, dass diese auf ein Minimum reduziert werden. Wenn inhaltliche Veränderungen nicht sinnvoll waren, so wurde

an der Ausdrucksweise oder an der Art und Weise, wie Regeln kommuniziert werden, gearbeitet.

- Das Umfeld wird nach vermeidbaren gefährlichen Gegenständen abgesucht, diese werden allenfalls ersetzt. Sind keine Änderungen möglich oder sinnvoll, wird das Personal auf diese Gefahrenquellen aufmerksam gemacht.
- Ein zuverlässiges Alarmierungskonzept wird aufgebaut, welches unabhängig von der Tageszeit oder dem Arbeitsaufwand wirkungsvoll ist und dem Personal die Gewissheit vermittelt, dass es in «aggressiven Situationen» sicher arbeiten kann.
- Ein Nachsorgekonzept wird erstellt, mit dessen Hilfe die Mitarbeiter nach einem Übergriff oder einem belastenden Ereignis professionell begleitet und betreut werden können.

Schulungen der Mitarbeiter haben stattgefunden, in denen sie einen professionellen Umgang mit «aggressiven» Verhaltensweisen erlernen konnten (z. B. Hintergründe von Aggressionen verstehen). Sie haben zum Beispiel gelernt:

- dass Aggression nicht primär als persönlicher Angriff zu verstehen ist, sondern Ausdruck einer inneren Not ist, die es zu entdecken gilt
- wie Aggression eskalieren kann, und wo sie ansetzen können, um die Spirale der Eskalation zu durchbrechen, aber auch, wie sie mit dem eigenen Aggressionspotenzial umgehen können
- wie sie mittels eingeübter Kommunikationstechniken heikle Situationen verbal deeskalieren können. Sie sind sich dabei auch der Bedeutung von Macht im Umgang mit Patienten/Klienten bewusst
- wie wichtig die eigene Sicherheit ist – um handlungsfähig zu bleiben – und welche Punkte sie in der Interaktion mit dem Patienten diesbezüglich beachten müssen
- wie sie mit eingeübten Flucht- und Immobilisations-techniken auch bei körperlicher Gewalt handlungsfähig bleiben können.

Deeskalation auf der Notfallstation – ein Beispiel

Im Folgenden werde ich dies anhand eines fiktiven Fallbeispiels aufzeigen:

Herr Meyer wird mit der Ambulanz in die Notfallstation gebracht. Bei seiner Ankunft erfahre ich, dass Herr Meyer leicht alkoholisiert in eine Schlägerei verwickelt wurde, dabei zog er sich eine Rissquetschwunde am Kopf zu. Passanten hatten berichtet, dass der Mann kurze Zeit nicht ansprechbar war. Wir nehmen an, dass Herr Meyer eine Hirnerschütterung hat. Ferner berichtet der Rettungssanitäter, dass Herr Meyer aggressiv und nicht kooperativ sei. Ich begrüße Herrn Meyer und stelle mich vor. Herr Meyer reagiert nicht auf die Begrüssung, sondern schimpft sogleich lautstark vor sich hin und versucht sich die Infusion herauszureissen. Da Herr Meyer über das, was er erlebt hat, sehr aufgebracht ist, scheint es in dieser Situation unmöglich, an ihm die routinierten Abläufe ohne «Zwang» durchzuführen. Aus diesem Grunde konzentriere ich mich auf sein momentanes Erleben und rischiere, dass er den venösen Zugang herausreisst (was glücklicherweise nicht geschieht).

Ich spreche Herrn Meyer mit Namen an und bin mit meiner Stimme lauter als er. Ich teile ihm mit, dass ich nun für ihn da sei und spiegle ihn zum ersten Mal: «Sie sind ja völlig ausser sich...». Der Patient antwortet ungehalten, dass er allen Grund dazu habe, nachdem er von diesen (...) Typen zusammengeschlagen worden sei. Seine üblen Beschimpfungen und Beleidigungen überhöre ich. Ich versuche seine eventuelle Gefühlslage zu spiegeln: das Ausgeliefertsein, die Ohnmacht, die Scham und auch die Angst. Herr Meyer ist irritiert und erzählt nach einer kurzen Pause, er sei aus wichtigen Gründen von drei Personen gleichzeitig angegriffen worden und habe keine Chance gehabt, sich zur Wehr zu setzen. Mit einer Spiegelung fasse ich das Gesagte zusammen und solidarisiere mich mit ihm: «Sie wurden grundlos von drei Personen gleichzeitig angegriffen und hatten keine Chance gegen diese Übermacht. Das stelle ich mir sehr schlimm vor.» Herr Meyer bestätigt dies und ergänzt, dass Passanten zugesehen aber nichts unternommen hätten. Manche hätten die Szene sogar mit ihrem Handy gefilmt. Und als die Rettungssanitäter erschienen seien, hätten sie ihn «betrunken» genannt – dabei habe er nur zwei grosse Bier getrunken. Im Verlauf des Gesprächs senke ich die Lautstärke meiner Stimme und achte darauf, dass ich ruhiger und langsamer

spreche. Das zeigt Wirkung. Auch Herr Meyer spricht ruhiger und langsamer. Ich fasse wieder zusammen und frage Herrn Meyer, was das Schlimmste für ihn gewesen sei: «Als Sie zusammengeschlagen wurden, haben Passanten Ihnen nicht geholfen, sondern die Szene sogar gefilmt, und als die Ambulanz eintraf, wurden Sie für betrunken gehalten. Was war für Sie das Schlimmste?» Darauf antwortet Herr Meyer in einem ruhigeren Ton: «Das Ausgeliefert-Sein und dabei von Fremden gefilmt zu werden.» Zum Schluss frage ich ihn, was ihm nun gut täte. Herr Meyer sagt, dass er gern mit seiner Partnerin telefonieren würde, damit sie zu ihm kommen könne. Ich bringe dem Patienten eines unserer Cordlesstelefone, helfe ihm beim Wählen der Nummer und ziehe mich dann kurz zurück.

Während der gesamten Situation habe ich stets auf meine Sicherheit geachtet; zwischen mir und Herrn Meyer war immer ausreichend Abstand, damit er mich nicht ergreifen, nach mir treten oder mich schlagen konnte. Ich hielt mir Fluchtwege frei und richtete mein Augenmerk im Raum auf potenziell gefährliche Gegenstände. Meine Kollegen beobachteten unauffällig die gesamte Szene und waren bereit, im Notfall Hilfe zu leisten.

Nachdem die Situation deeskaliert war, konnte ich am Patienten alle notwendigen Untersuchungen und Behandlungen durchführen (Wundversorgung, Starrkrampfpfingung). Ich informierte Herrn Meyer über das weitere Vorgehen und den zeitlichen Ablauf. Dabei achtete ich darauf, dass er mich als Ansprechperson wahrnahm und sagte ihm, dass er mich rufen soll, wenn er mich brauche oder etwas nicht in Ordnung sei. Dann informierte ich meine Kollegen vom Behandlungsteam darüber, was Herrn Meyer so ausser sich gebracht hatte.

So könnte sich eine Situation abspielen in einer Institution, die ein umfassendes Deeskalationsmanagement implementiert hat und es im Alltag in der Notfallstation lebt.

Olivier Fricker

Olivier Fricker, Notfallpflegefachmann am Kantonsspital Winterthur, ist zertifizierter Deeskalationstrainer nach ProDeMa®.

Gewalt: Eine Frage der Organisation

Der Begriff Gewalt ist vielfältig zu verstehen: Bei direkter oder physischer Gewalt wird dem menschlichen Körper ein unmittelbarer Schaden zugefügt. Den meisten von solchen physischen Gewalt-Taten geht ein Prozess voraus. In einem aggressiven Umfeld wird häufig massiv psychische Gewalt ausgeübt, zum Beispiel in Form von Drohungen. Auch strukturelle Gewalt kann der physischen Gewalt vorausgehen. Mit struktureller Gewalt sind die von gesellschaftlichen, institutionellen Strukturen ausgehenden Zwänge gemeint. Gerade im Kontext von Medizin und Pflege ist die strukturelle Gewalt ein besonders zu beachtender Punkt, stellt sich doch hier die Frage nach der Verantwortung der Organisation. Gewalt ist daher Gegenstand kritischer ethischer Reflexionen.

Warum ist Gewalt ein Gegenstand ethischer Reflexion und welche Werte stehen auf dem Spiel?¹

- **Allgemeingültige Normen:** Moral spiegelt die Gesamtheit der allgemein akzeptierten Verhaltensnormen in einer Gesellschaft, einer Gruppe oder Organisation wider. Die Befolgung dieser allgemein gültigen Verhaltensnormen kann aus guten Gründen auch erzwungen werden. Unter Ethik ist die Reflexion der Moral zu verstehen: Es geht um die kritische Hinterfragung von und um die Suche nach guten Gründen für Verhaltensnormen. Das menschliche Handeln ist also zentraler Gegenstand der ethischen Reflexion.
- **Leitfragen:** Die Leitfragen der Ethik sind: «Was soll ich tun?», «Wie handle ich moralisch legitim, also mit guten Gründen?». In ethischen Reflexionen sind die Motive und die zu erwartenden Folgen von Handlungen jeweils gleichgewichtig zu reflektieren. Über Motive und Handlungsfolgen hinaus beschäftigt sich Ethik auch mit ethischen Fragen im Rahmen von Institutionen und Organisationen.
- **Menschenwürde:** *Jedem Menschen kommt die gleiche Würde zu.* Aus diesem völkerrechtlich verbrieften moralischen Grundanspruch ergeben sich Werte wie Respekt, Solidarität und Achtung vor dem Anderen. Durch Gewalt wird physisch oder psychisch auf eine Person Druck ausgeübt. Wenn die körperliche Unversehrtheit unmittelbar bedroht

oder gefährdet wird, um so ein bestimmtes Ziel zu erreichen, stehen die Würde einer Person sowie deren psychische oder körperliche Integrität auf dem Spiel. Für solche Integritätsverletzungen kann es bei der medizinischen Pflege und Betreuung manchmal Rechtfertigungsgründe geben; jedoch nicht immer. Was genau bedeutet es, wenn wir davon sprechen, dass durch Gewalt die Menschenwürde verletzt wird und was beinhaltet der Begriff der Menschenwürde? Der Begriff der Menschenwürde hat eine lange Tradition in der Theologie und der Philosophie. Im Völkerrecht wird die Menschenwürde allen Menschen unabhängig von Eigenschaften und Fähigkeiten axiomatisch zugesprochen. Damit einher geht der Anspruch auf Selbstbestimmung im Sinne eines fast absoluten Abwehrrechts. Diese Selbstbestimmung ist getragen von der Freiheit äusserer Zwänge sowie von der körperlichen und geistigen Unversehrtheit. Die Menschenwürde zu achten heisst, den Anderen nicht in seiner Freiheit und Unversehrtheit zu verletzen. Jede Art von äusserer Gewalteinwirkung verletzt nun diesen Grundanspruch auf körperliche Unversehrtheit und ist daher eine Verletzung der Menschenwürde.

Wird Gewalt angewendet, steht gewissermassen die Ethik selbst auf dem Spiel. Schon die Androhung von Gewalt bedeutet das Ende der Argumentation und das Ende des begründbaren Handelns und damit auch der Ethik. Durch Gewalt und Zwang werden Werte und Prinzipien ausser Kraft gesetzt: Es gilt nur noch das Recht des Stärkeren – nicht mehr die Kraft des besseren Arguments.

Gewalt und eskalierende Situationen scheinen in der Gesellschaft und auch in Pflegeinstitutionen zuzunehmen. Das sorgte in den letzten Monaten für Schlagzeilen. Im November 2010 titelte zum Beispiel der Tages-Anzeiger «Spitäler sehen sich zunehmend mit Gewalt konfrontiert», am 24. August 2011 «Spitalangestellte mit Messer attackiert».

Was kann Gewalt in einem Spital oder in einem Pflegeheim auslösen?

- Schlechte Arbeitsbedingungen, Überforderung, mangelnde Kompetenz können Gewalt auslösen. Die Belastungen für die Mitarbeitenden in den Pflegeins-

Gewalt: Eine Frage der Organisation

titionen sind sehr hoch. Gerade in Pflegeheimen gibt es oft nur wenig bis gar keine Möglichkeiten zur Weiterbildung. Viele Pflegenden sind bezüglich Gewaltprävention nicht geschult.

- Haus- oder Stationsregeln, die nicht mehr hinterfragt werden, können zu Problemen führen und Aggression auslösen. Oft heisst es in den Institutionen: So haben wir das schon immer gemacht. Aber gerade institutionelle und strukturelle Regeln müssen stets überprüft und gut begründet werden.
- Häufig fühlen sich Patientinnen und Bewohner aufgrund der ungewohnten Situation unverstanden und in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt. Auf diese Gefühle reagieren sie mit Abwehr. Patienten im Spital und Bewohner von Pflegeheimen haben zudem oft schlicht Angst vor einer Massnahme oder einem Befund. Sie sind fast immer aus ihrem bekannten Lebensumfeld herausgerissen. Diese Ängste können zu einem Abwehrverhalten führen.

Leidtragende von nicht hinterfragten Regeln sind nicht «nur» die Patienten, sondern auch die Pflegenden. Diese müssen manchmal sogar entgegen der eigenen Überzeugung Regeln durchsetzen, deren Sinn sie nicht einsehen. Regeln, die auch dem Patienten und seiner Situation manchmal nicht gerecht werden (können). Das kann zu einer spannungsgeladenen Situation führen, mitunter dazu, dass Pflegenden selbst aggressiv werden.

Inwiefern tragen Organisationen Verantwortung?

In der Ethik müssen wir in diesem Kontext zwei Ebenen differenzieren. Zum einen die Ebene des einzelnen Mitarbeitenden als Träger moralischer Rechte und Pflichten. Zum anderen die Ebene der Organisation. Beide Ebenen sind eng miteinander verknüpft und beeinflussen sich gegenseitig. Eine Studie der Berner Fachhochschule für Gesundheit hat gezeigt, dass beispielsweise Akutspitäler nur selten als Organisation über eine eigene Position beziehungsweise über ein standardisiertes Vorgehen bei aggressivem Verhalten seitens der Patienten oder Angehörigen verfügen.²

Organisationsstrukturen werden optimiert, die Effizienz des organisatorischen Handelns gesteigert. Umso stärker stellt sich die Frage nach der Verantwortung von Organisationen – auch ihren Mitarbeitenden ge-

genüber. Dennoch stehen wir vor einer Diskrepanz zwischen dem Erleben von Gewalt und deren Thematisierung in der Organisation.³ Die moralische Verantwortung einer Organisation lässt sich auch im Kontext von Gewalt gegenüber Patienten und Mitarbeitenden nicht allein auf die Verantwortung der in ihr tätigen oder der von ihr betroffenen Personen reduzieren. Wenn es zu Gewalt gegenüber einzelnen Mitarbeitenden oder Patienten kommt, ist auch die «moralische Integrität» der Organisation als solche in Frage gestellt.

Organisationen tragen eine Verantwortung für moralisches Handeln, für den Schutz der Patienten sowie der Mitarbeitenden. Bei Gewalt und Zwang handelt es sich oftmals nicht bloss um Übergriffe, die allein an der Verantwortungslosigkeit Einzelner festzumachen ist. Im Gegenteil: Sie sind oft nur ein Rädchen in einem nicht einwandfrei funktionierenden Getriebe. Stichworte hierzu sind: zu wenig Personal, fehlende Weiterbildung, fehlende Zeit, Patienten anzuhören, nicht hinterfragte interne Regeln, die zudem dem Patienten nicht erklärt werden, unerkannte Ängste der Patienten und vieles mehr. Damit soll die Gewaltanwendung nicht entschuldigt, das handelnde Individuum nicht frei gesprochen werden. Es geht vielmehr darum, die Organisation als Ganzes, als System ins Blickfeld und damit auch in die Pflicht zu nehmen.

Organisationen verfolgen Ziele und Zwecke. Sie sind soziologisch betrachtet eine auf Dauer angelegte Kooperation von Menschen. Sie werden durch formelle und informelle Regeln gesteuert. Die Herausforderung für eine Organisation besteht darin, ihre eigenen Prozesse so zu gestalten, dass das moralische Verhalten der von ihr Betroffenen bzw. der in ihr Tätigen überhaupt wirksam werden kann. Fehlverhalten führt zu Sanktionen, das bedeutet gleichzeitig auch, dass die Organisation ihren Mitarbeitenden gegenüber eine Schutzfunktion wahrzunehmen hat. Stellen sich beispielsweise veraltete Stationsregeln als Ursachen von gewalttätigen Übergriffen heraus, so ist das Spital oder das Pflegeheim verpflichtet, diese zu hinterfragen und zu begründen. Hinter jeder Regel stecken bestimmte Interessen. Gerade in Spitälern und Pflegeheimen treffen verschiedene Interessen aufeinander: Die Organisation muss in ihren Abläufen «reibungsfrei» funktionieren, Pflegenden und Mediziner müssen ihrer Arbeit nachgehen können. Die Patienten haben auch ihre Interessen: Sie wollen rasch Bescheid wissen, was ihnen fehlt, sie wollen zügig behandelt werden,

Gewalt: Eine Frage der Organisation

sie wollen, dass man ihnen zuhört, ihre Ängste ernst nimmt. Die meisten Interessensvertreter können gute Gründe für ihr Handeln angeben. Immer dort, wo verschiedene Interessen aufeinander prallen, ist ethische Reflexion gefragt, stellt sich die Frage, wie man handeln soll. Gerade deshalb ist es nötig, dass interne Abläufe, Regeln oder auch Handlungs- und Reaktionsmuster von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ethisch hinterfragt werden.

Organisationen tragen eine Verantwortung gegenüber ihren Mitarbeitenden in Bezug auf Gewalt. Sie müssen ein Umfeld schaffen, das Gewalt nicht begünstigt, sie müssen sich ihrer Werte und Regelwerke – sowohl zum Wohle der Beschäftigten als auch zum Wohle der Patienten – immer wieder vergewissern. Das fördert das Vertrauen: Das Vertrauen der Mitarbeitenden in die Organisation, das Vertrauen zwischen Mitarbeitenden und Patienten und auch vom Patienten in die Pflegeinstitution. Die Organisation hat sich deshalb immer wieder der Frage zu stellen, wie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Mitarbeitenden und den Patienten entstehen kann und was das Vertrauen womöglich verhindert.

Vertrauen ist ein wichtiger Faktor, um Gewalt zu verhindern: So scheinbar einfache Regeln wie sich ordentlich beim Patienten vorzustellen, ihm zuzuhören, ihm zu erklären, was man vorhat, gehen im hektischen Alltag oftmals unter. Daran zu erinnern, die Regeln zu diskutieren, fällt auch in den moralischen Verantwortungsbereich der Organisation.

Innerhalb der Organisation tragen die Gesamtleitung sowie die einzelnen Stationsleitungen die Hauptverantwortung für die Gewaltprävention. Sie haben die Pflicht, die Organisation und die Mitarbeitenden bewusst zu führen. Auch hier spielen Werte wie Respekt und Vertrauen eine wichtige Rolle. Stationsleitungen nehmen eine wichtige Scharnierfunktion ein: Sie sind es, welche die Richtlinien für ihre Station und ihre Mitarbeitenden verstehbar machen und umsetzen müssen.⁴

Die Organisation trägt, wie wir gesehen haben, auf verschiedenen Ebenen die Verantwortung dafür, dass es nicht zu Aggressionen und Gewalt kommt. Doch auch die Gesellschaft und die Politik sind in die Pflicht zu nehmen, denn:

- Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens haben einen gesellschaftlichen Solidaritätsauftrag zu erfüllen. Die entsprechenden Leistungsaufträge werden von den politischen Institutionen formuliert. Strukturelle Gewalt kann deshalb auch durch politische Entscheide verursacht werden, zum Beispiel wenn sie den Pflegeinstitutionen Sparmassnahmen diktieren.
- Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens sind Teile unserer Gesellschaft. Hier werden kranke und alte Menschen gepflegt und betreut. In diesem Zusammenhang muss sich die Gesellschaft fragen, welchen Stellenwert alte und kranke Menschen haben.⁵ In unserer heutigen Zeit werden Leistung, Geld und Erfolg einseitig priorisiert. Solche Einstellungen beeinflussen und prägen das Handeln in sozialen Institutionen einer Gesellschaft.

Es kann nicht genug betont werden, dass Gewalt ein Grundsatzthema der Ethik ist, da durch gewalttätiges Handeln (und dazu gehört auch verbale Gewalt) die Würde und Integrität eines Menschen verletzt werden.⁶ Jeder gewalttätigen Handlung liegt eine individuelle Entscheidung zugrunde. Zuerst geht es daher um individuelle ethische Einstellungen und Werthaltungen. Darüber hinaus aber haben Organisation, Politik und Gesellschaft eine staatstragende Verantwortung für die Verhinderung von Gewalt und Aggression: Organisationen, politische Entscheidungen und gesellschaftliche Einstellungen können in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens ein Klima schaffen, das Aggression und Gewalt fördert.

Markus Breuer

1 Vgl. unter anderem *Lexikon der Ethik*, Otfried Höffe, 2002 unter dem Schlagwort *Gewalt*.

2 *Angst und Stress als Nährboden für Aggressionen*, Sabine Hahn und Ian Needham, in: *Krankenpflege* 4/2008.

3 Ebd.

4 Vgl. auch *Wir müssen mit Gewalt rechnen*, Margrit Bachl, in: *Krankenpflege* 1/2010

5 Vgl. ebd.

6 So auch im ethischen Standpunkt des SBK *Pflegefachpersonen, die ihnen anvertraute Menschen misshandeln* formuliert.

Ralf Wesuls: «Viele Stationsregeln und Prozessabläufe sind Auslöser von Gewalt»

Obwohl die Gewalt im Gesundheits- und Sozialwesen in den letzten Jahren stark zugenommen hat, wird in den Institutionen oft nicht über Aggressionen oder erlebte Gewalt gesprochen. Dabei könnten systemische Präventionsansätze und ein gezieltes Deeskalationstraining für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Gewalt und Aggression frühzeitig verhindern oder vermindern, sagt Ralf Wesuls, diplomierte Psychologe und Gründer des Instituts für Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®) in Deutschland.

Herr Wesuls, was war der Auslöser, das Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement in Deutschland zu gründen?

Das Schlüsselerlebnis hatte ich bei einem Tagesseminar in einem deutschen psychiatrischen Zentrum zum Thema «Angst und Aggression». Für das Seminar meldeten sich überraschenderweise 42 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik an. Ich habe an diesem Tag den Teilnehmern vor allem zugehört. Nachtwachen erzählten über ihre Ängste, zur Arbeit zu gehen, Mitarbeiter über Traumatisierungen; alle berichteten von vielen tagtäglichen kleinen oder grösseren Gewaltereignissen von Patienten aber auch gegen die Patienten, zum Beispiel bei Zwangsmassnahmen. Da wurde mir erstmals richtig bewusst, wie aktuell und wichtig das Thema ist. Mir wurde auch klar, dass man bislang über Aggression und Gewalt in den Gesundheitsinstitutionen nicht gesprochen hat. Die Erfahrungen an diesem Tag hatten mich derart beeindruckt, dass ich mich auf das Thema spezialisierte.

Warum ist das Thema Gewalt tabu?

Einerseits gehört für viele das Ertragen von aggressiven Verhaltensweisen zum Berufsbild. Die Pflegenden sagen sich: Das sind kranke Menschen, sie können nicht anders; ich muss das aushalten. Auch die Vorgesetzten sagen oft: Wer dies nicht aushält, der ist im falschen Beruf. Und nicht selten hört eine Pflegerin, die angegriffen wurde, von Vorgesetzten, sie müsse da wohl zuvor etwas falsch gemacht haben. Die Opfer werden zu Tätern gemacht. Andererseits ist die Leitung einer Institution oft blind gegenüber Gewalt.

Gewalt aber darf nicht sein! Wir suchten vor drei Jahren das Gespräch mit einem Leiter eines Altersheims, das hohe Unfallzahlen vorwies. Der Heimleiter wies uns gleich wieder zur Türe hinaus. Gewalt komme in seinem Heim nicht vor, sagte er barsch.

Wer von Patienten oder Heimbewohnern verbal oder körperlich angegriffen wird, meldet dies nicht?

Nein, in der Regel wird ein Fall erst dann gemeldet, wenn eine Betroffene so krank oder verletzt ist, dass sie mindestens drei Tage ausfällt oder ärztlich behandelt werden muss. Blutergüsse, ausgerissene Haare, Kratz- oder Bisswunden dagegen gelangen kaum bis zur Leitung. Das hat zur Folge, dass die Geschäftsführung von der wirklichen Gefährdung der Mitarbeiter häufig keine Ahnung hat. Wir konnten mit unserer Arbeit in vielen Organisationen bereits einen grossen Beitrag zur Gewaltprävention leisten. Unser Präventionskonzept bieten wir seit 2003 in Deutschland an. Inzwischen haben wir 860 Trainer in 290 Institutionen ausgebildet, darunter Psychiatrien, Spitäler, Altenheime, Behinderteneinrichtungen und Einrichtungen für Kinder und Jugendliche. Diese Trainer haben als Multiplikatoren bis jetzt über 90 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Inhalten unseres siebenstufigen Deeskalations-Konzepts geschult und trainiert. In diesen Institutionen gibt es weniger Verletzungen bei den Mitarbeitenden, weniger Aggression und weniger Zwangsmassnahmen bei den Betreuten. Der Erfolg in Deutschland liegt auch daran, dass fast alle Unfallversicherungsträger unser Präventionskonzept und die dazugehörige Ausbildung der Deeskalationstrainer unterstützen.

Wie häufig, schätzen Sie, werden Betreuerinnen und Betreuer von Heimbewohnern oder Patienten angegriffen?

In unserer Studie über die Gefährdung von Mitarbeitern am Arbeitsplatz mit über 3 000 Probanden wurden die angegebenen Übergriffszahlen mit den angegebenen Unfallmeldungen verglichen. In psychiatrischen Kliniken und in den Spitälern beträgt die Dunkelziffer 85 Prozent. In den Alters- und Pflegeheimen beträgt sie sogar 98 Prozent. Nehmen Sie die Unfallzahlen

Thema im Fokus



«Viele Stationsregeln und Prozessabläufe sind Auslöser von Gewalt»

einer Institution, dann können Sie die Zahl der tatsächlichen Fälle hochrechnen.

Das ist enorm!

Das ist alarmierend! Diese Zahlen beziehen sich zwar auf Deutschland, aber wir können wahrscheinlich davon ausgehen, dass sie sich auch auf die Schweiz übertragen lassen. Vielleicht ist der Prozentsatz in der Schweiz etwas geringer, weil hier der Personalbestand noch leicht höher ist als in Deutschland. Die Dunkelziffer bezieht sich, wie gesagt, vor allem auf die leichteren Fälle. Die schweren Fälle werden meist gemeldet. Aber auch die so genannten Bagatellfälle haben tagtäglich enorme Auswirkungen auf die Mitarbeiter und auf deren Verhältnis zum betreuten Menschen.

Welche?

Viele Pflegende leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen. Viele haben Angst, wieder zur Arbeit zu gehen, Angst, den Patienten, der sie angegriffen hat, wieder zu betreuen, sie haben Schlafstörungen, sind nervös und oft auch frustriert. In Deutschland hat eine Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege ergeben, dass psychosomatische Erkrankungen des Pflegepersonals in Alters- und Pflegeheimen um 42 Prozent häufiger vorkommen als bei der Normalbevölkerung.

In welchen Institutionen wird das Personal am häufigsten verletzt?

Quantitativ stehen die Alters- und Pflegeheime an der Spitze, gefolgt von Behindertenheimen, Institutionen für Kinder und Jugendliche, Psychiatrien und Spitälern. Beachtet man den Schweregrad der Verletzungen, stehen die Psychiatrischen Kliniken an der Spitze, gefolgt von Spitälern, in denen es vor allem in der Notfallaufnahme zu Aggressionen und Gewalt kommt.

Was sind Auslöser für Aggressionen oder Gewalt?

Zu viele und zu rigide gehandhabte Stationsregeln und Prozessabläufe, vor allem in Alters- und Behinderteneinrichtungen. Alle Massnahmen gegen den Willen der Betreuten, überzogene Verbote aller Art, freiheitsbeschränkende Massnahmen, unangemessene

Ralf Wesuls, (Dipl. Psych.) ist Psychotherapeut, Supervisor und Gründer sowie Leiter des Instituts für Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®)

ne Sanktionen und unsensible oder manchmal auch inkompetente Mitarbeiter verursachen einen Grossteil der aggressiven Verhaltensweisen betreuter Menschen. Kurz gesagt entstehen Spannungen immer dann, wenn die Grundbedürfnisse des Menschen oder sein Recht auf Selbstbestimmung eingeschränkt werden. Ältere und kranke Menschen leiden ja ohnehin schon unter eingeschränkten Autonomiefähigkeiten – der alltägliche Umgang mit ihnen verstärkt dieses Leiden noch.

Sind die Stations- oder Hausregeln vielerorts so restriktiv?

Es gibt schon viele unsinnige Regeln. Oft sind sie jahrzehntealt und manchmal wurde eine Regel wegen eines Einzelfalls aufgestellt. Da hat vielleicht vor Jahren einmal ein Patient in der Gerontopsychiatrie sein Zimmer verwüstet und danach hat man die Regel eingeführt, dass sämtliche Patienten tagsüber nicht mehr ins Zimmer gehen dürfen. Man darf sich auch fragen, ob es wirklich nötig ist, dass ein 90-Jähriger jeden Tag gewaschen und angezogen werden muss und ihm das Rauchen nur erlaubt wird, wenn er das mit sich machen lässt. Wichtig ist, dass man die Regeln regelmässig auf ihre Sinnhaftigkeit und Angemessenheit hin überprüft. Das Argument «an hat das immer so gemacht», gilt nicht. Bei unserem Deeskalationskonzept sind die hausinternen Strukturen und die internen Abläufe das Erste, was überprüft wird. Meine Erfahrung ist, dass man allein durch die Überprüfung der Hausregeln und Prozessabläufe 30 bis 35 Prozent der Aggressionsauslöser beseitigen kann.

«Viele Stationsregeln und Prozessabläufe sind Auslöser von Gewalt»

Und man sollte auch flexibler mit den Regeln umgehen. Ich bin ein Anhänger von Ausnahmen. Es sollten mehr Ausnahmen von der Regel möglich sein.

Was sind die häufigsten Auslöser für Gewalt in Psychiatrischen Kliniken und Spitälern?

In den Spitälern ist der größte Aggressionsauslöser die Wartezeit: Mangelnde Ablenkungsmöglichkeiten und mangelnde Begleitung von Wartesituationen. Das Warten auf die Behandlung, auf den Befund, auf die Visite, auf den Besuch, auf das Essen, auf die verschobene OP. Irgendwann liegen die Nerven des Patienten blank. In den Spitälern wird manchmal vergessen, dass sich der Patient und seine Angehörigen in einer Ausnahmesituation befinden. Und viele Ärzte wissen immer noch nicht, wie man eine ungünstige Prognose vermittelt. Weiterhin ist der Ablauf in Ambulanzen und bei der Unfallaufnahme so automatisiert und entmenschlicht, dass Menschen in höchsten Anspannungs- und Angstzuständen nicht bedürfnisgerecht betreut werden. Dadurch kann sich ein innerer Eskalationsprozess aufbauen, so dass ein kleinster Auslöser dafür genügt. Ein unangemessener Umgang mit schwierigen Patientengruppen, zum Beispiel mit Intoxikations- oder Demenzpatienten, kommt noch hinzu. In den Psychiatrischen Kliniken führen die Ausgangsregelungen, Zwangsmassnahmen und auch die Medikamentenabgabe oft zu Problemen. Weiter kommen dort krankheitsbedingte Aggressionsgründe hinzu, besonders bei Menschen mit Psychosen, Wahnerkrankungen, Demenz, Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Mangels verbaler Deeskalationskompetenz werden diese Patienten viel zu häufig und zu lange fixiert. Mithilfe verbaler Deeskalation und einer abgestuften Vorgehensweise bei angeordneter Fixierung lassen sich unserer Erfahrung nach zirka 50 Prozent aller Fixierungen vermeiden. Mit unserem neuen 4-Stufen-Immobilisationskonzept wird derzeit im Zentrum für Psychiatrie in Wiesloch in Deutschland eine Studie durchgeführt. Die Ergebnisse sind vielversprechend und werden demnächst veröffentlicht. Bestätigen die Ergebnisse unsere Erfahrung, kann man von einem Durchbruch in der Psychiatrie sprechen, weil wir damit Fixierungen erheblich reduzieren können.

Aber auch Pflegende werden aggressiv gegenüber den Heimbewohnern oder Patienten?

Ja. Am häufigsten werden sie aggressiv, wenn sie mit unwilligem Verhalten konfrontiert sind, wenn sich der Patient oder die Heimbewohnerin einer Massnahme verweigert. Die Pflegenden müssen die Anweisung des Arztes oder die hausinterne Regel häufig gegen den Widerstand des Patienten durchsetzen, auch wenn sie oft selbst nicht hinter der Massnahme stehen können. Dieser Druck, die Anweisung trotzdem durchsetzen zu müssen, kann dazu führen, dass Pflegende sich bei unwilligem Verhalten machtvoll oder aggressiv gegenüber dem Patienten verhalten. Der Druck auf die Pflegenden ist enorm: Sie müssen den Erwartungen des Arztes, des Patienten und der Angehörigen entsprechen und auch noch die Hausregeln durchsetzen – allem und allen gerecht zu werden ist manchmal kaum möglich. Kein Wunder, stossen Pflegende manchmal an die Grenze der Belastbarkeit.

Welchen Einfluss hat der Personalabbau oder Personalmangel?

Prof. Dr. Tilman Steinert hat bei einer Befragung in deutschen, britischen und Schweizer Psychiatrien festgestellt, dass die Pflegenden keinen Zusammenhang zwischen der Personalstärke in einer Psychiatrie und der Häufigkeit von Gewaltereignissen oder Zwangsmassnahmen erkennen. Das bedeutet, es kommt nicht auf die Menge des Personals an, sondern auf deren Kompetenz, insbesondere auf deren Deeskalations- und Sozialkompetenz. Das erleben wir auch immer wieder durch die Berichte unserer ausgebildeten Deeskalationstrainer. Aus unserer Sicht haben betreute Menschen das Recht auf geschultes Personal, das mit ihren unvermeidbaren Anspannungs- und Erregungszuständen professionell und deeskalierend umgehen kann. Und das Personal hat ein Recht auf Schulung, wie mit aggressiven Verhaltensweisen umzugehen ist, um Verletzungen zu vermeiden.

Aber Supervisionen werden doch heute schon in vielen Institutionen regelmässig durchgeführt?

Bei den meisten Supervisionen nach geschehenen Vorfällen stehen die Gefühle, Meinungen und Betroffenheit der Mitarbeiter im Vordergrund oder es wird von der Führung nach den Ursachen gesucht, nach Schuldigen. Bei unserem systemischen Nachbearbeitungs-

«Viele Stationsregeln und Prozessabläufe sind Auslöser von Gewalt»

konzept geht es darum, welche Lehren alle Beteiligten und auch die Institution aus einem Vorfall ziehen können und wie man künftige ähnliche Eskalationen verhindern kann.

Wodurch unterscheidet sich Ihr Präventionskonzept von anderen Schulungskonzepten?

Unser Konzept ist ein systemisches Gesamtkonzept für eine Institution, die mit Prävention ernst machen will. Während ihrer Ausbildung erarbeiten die Deeskalationstrainer gemeinsam mit ihrer Führung und unter unserer beratenden Anleitung ein Implementierungskonzept zur Umsetzung des professionellen Deeskalationsmanagements in ihrer Institution, ein wichtiger und zentraler Prozess. Dieses Konzept beinhaltet

die systematische Reflexion aggressionsauslösender Regeln und Prozessabläufe, reflektiert die Wahrnehmungs- und Reaktionsmuster von Pflegenden, vermittelt die Perspektive der Patienten, trainiert vor allem intensiv die verbalen Deeskalationstechniken und notwendigen Sicherheitsaspekte, enthält Techniken zur Abwehr von Angriffen und zur Reduktion von Zwangsmassnahmen, beinhaltet kollegiale Ersthilfe und Nachsorge für traumatisierte Mitarbeiter und endet bei dem systemischen Nachbearbeitungsansatz. Das geht weit über einfache Schulungskonzepte hinaus.

Interview: Denise Battaglia

Fallbeispiel: «Soll Frau Zuber zur Dusche gezwungen werden?»

Frau Zuber (Name verändert) ist 88 Jahre alt und lebt seit einem halben Jahr in einem Altersheim im Zürcher Oberland. Bis zum Heimübertritt lebte Frau Zuber, deren Mann schon vor 20 Jahren verstarb, alleine in einer Wohnung. Frau Zuber sucht kaum Kontakt zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern. Sie sitzt meistens in einem Stuhl und schaut durch die grosse Glasfront nach draussen. Manchmal erhält sie Besuch von ihren beiden Töchtern und den drei erwachsenen Enkelkindern. Weil Frau Zuber nicht mehr so gut zu Fuss ist, braucht sie einen Rollator und Unterstützung bei der Hygiene. Frau Zuber lässt sich am Morgen zwar problemlos anziehen und kämmen, aber bei der wöchentlichen Dusche gibt es grosse Probleme: Frau Zuber will nicht duschen und wehrt sich jeweils vehement dagegen. Sie beisst und kneift ihre Betreuerin in die Arme und Hände und hat ihr einmal auch einen Büschel Haare ausgerissen. Die Betreuerin versuchte es darauf mit einer «Katzenwäsche» statt mit einer Dusche. Doch auch dagegen wehrt sich die 88-Jährige mit aller Kraft. Die Betreuerin meldete schliesslich der Leitung, dass sich Frau Zuber gegen alle Waschversuche wehrt. Weil die Pflegeleitung nicht riskieren will, dass Frau Zuber mangels Hygiene zum Beispiel an einer Pilzinfektion erkrankt, wird die Betagte nun

zur Dusche gezwungen: Dafür braucht es jeweils zwei Betreuerinnen – eine hält sie fest, die andere duscht sie.

Aufgabe: Versetzen Sie sich zuerst in die Lage von Frau Zuber: Wie fühlt sich Frau Zuber, wenn sie von zwei Betreuerinnen zum Duschen gezwungen wird? Was könnten die Gründe sein, dass sich Frau Zuber gegen das Duschen so stark wehrt? Welche deeskalierenden Massnahmen wären dazu geeignet, Frau Zuber wenigstens zu einer «Katzenwäsche» zu bewegen? Was müsste in der Beziehung zwischen den Pflegekräften und Frau Zuber geschehen, dass weitere Gewaltanwendung seitens der Betreuenden und weitere abwehrende Verhaltensweisen seitens Frau Zuber überflüssig werden.

Versetzen Sie sich nun in die Betreuerin: Wie würde es Ihnen gehen, wenn Sie Frau Zuber beim Duschen oder der Wäsche beisst oder kneift? Wie würde es Ihnen gehen, wenn Sie wüssten, Frau Zuber zeigt dieses Verhalten aus innerer Not heraus, da ihr Waschen oder Duschen grosse Angst oder Schmerzen bereitet? Wie würden Sie selbst auf Frau Zuber zugehen? Gibt es eine Alternative zu dem von der Pflegeleitung angeordneten Duschzwang?

Fallbesprechung TiF 98: «Darf man Organe nach Herz-Kreislauf-Stillstand entnehmen?»

Die stetig steigende Nachfrage nach transplantierbaren Organen kann durch das bestehende Angebot in den meisten Ländern nicht annähernd befriedigt werden. Daher werden etliche Vorschläge zur Erweiterung des Organangebots diskutiert, die sich in drei Kategorien einteilen lassen:

1. Vorschläge, die den Zugriff auf potenzielle Organgeber erleichtern (z. B. Widerspruchslösung)
2. Vorschläge, die die Effizienz der Organbeschaffung verbessern (z. B. flächendeckende Einsetzung von Transplantationsbeauftragten, Dokumentationspflicht aller hirntoten Patienten, grosszügige finanzielle Kompensation für die Kliniken, die Transplantationsorgane liefern)
3. Vorschläge, die weitere Patientengruppen als potenzielle Organgeber legalisieren sollen (z. B. Lebendspender, Patienten im persistierenden vegetativen Zustand, anenzephalie, d. h. ohne Grosshirn geborene Neugeborene, Patienten in der Sterbephase nach kontrolliert herbeigeführtem Hirntod)

Thema im Fokus

«Darf man Organe nach Herz-Kreislauf-Stillstand entnehmen?»

oder Herztod, Patienten nach aktiver Sterbehilfe oder ärztlich assistiertem Suizid sowie Patienten nach mehrminütigem Herz-Kreislauf-Stillstand).

Die meisten dieser Vorschläge sind in einigen Ländern bereits gesetzlich erlaubt (z.B. unter anderem Widerspruchslösung in Österreich, Belgien, Polen, in Belgien sogar Organentnahme nach legaler aktiver Sterbehilfe, in Spanien flächendeckende Einsetzung von Transplantationsbeauftragten), während sie in anderen verboten sind und als ethisch und/oder juristisch inakzeptabel und/oder politisch nicht durchsetzbar gelten.

Auch die in der Schweiz durch die 2005 verabschiedeten SAMW-Richtlinien erlaubte Organentnahme aus Patienten nach mehrminütigem Herz-Kreislauf-Stillstand gehört zu den weltweit umstrittenen und ganz unterschiedlich geregelten Massnahmen. Erlaubt ist sie beispielsweise in den USA, den Niederlanden, Belgien, Spanien, Italien, Österreich und der Schweiz, verboten ist sie insbesondere in Deutschland.

Bei der so genannten Non-Heart-Beating-Donation (NHBD) gilt im Gegensatz zum klassischen Todesverständnis nicht der *irreversible* Herz-Kreislauf-Stillstand als Kriterium des Todes, sondern bereits ein Herzstillstand von wenigen Minuten, der nicht notwendigerweise irreversibel sein muss. Wissenschaftlich umstritten ist, wie lange ein Herzstillstand andauern muss, damit er irreversibel ist. Unter anderem hängt die dazu erforderliche Zeit vom Alter des Patienten und von dessen Körpertemperatur ab. Selbst wenn der Herzstillstand tatsächlich nach zwei Minuten schon irreversibel sein sollte, muss dann nicht auch der Hirntod eingetreten sein (Veatch 1997): Wie viel Zeit nach dem Herzstillstand verstreichen muss, damit der Hirntod eintritt, ist ebenfalls strittig. In den europäischen Staaten, in denen NHBD praktiziert ist, variiert die vorgeschriebene Zeitspanne zwischen Herzstillstand und Organentnahme zwischen zwei und zwanzig Minuten (Siegmond-Schulze 2009). In den USA wurden zwei Säuglinge schon eine Minute und 15 Sekunden nach Herzstillstand explantiert (Boucek et al. 2008).

Vor allem ein Fall, der 2008 in Frankreich bekannt wurde, hat Zweifel an der Zuverlässigkeit des neuen Herztod-Kriteriums aufgebracht. Die Non-Heart-Beating-Donation wurde in Frankreich im Jahr 2007



Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine Müller ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CCM der Charité Universitätsmedizin Berlin.

versuchsweise in neun Kliniken eingeführt. Schon im folgenden Jahr führte eine Todesdiagnose aufgrund dieser Kriterien beinahe zur Tötung eines Patienten durch Organexplantation: Ein 45-jähriger Mann hatte in Paris einen Herzinfarkt erlitten und wurde in das Pariser Krankenhaus Pitié Salpêtrière eingeliefert – eins der neun französischen Krankenhäuser, die an der Non-Heart-Beating-Donation-Studie teilnahmen. Weil das Herz des Patienten nicht mehr selbständig schlug und die Ärzte entschieden hatten, dass sie seine Herzkranzgefäße nicht erweitern konnten, sollte nach 90 Minuten die Entnahme seiner Organe beginnen. Als die Chirurgen damit beginnen wollten, atmete der Mann wieder selbständig, und seine Pupillen reagierten auf Licht. Wenige Monate später konnte er wieder sprechen und laufen (Le Ker, SPIEGEL Online, 16.07.2008).

In den USA wurden sogar schon Herzen von drei Säuglingen transplantiert, deren bevorstehendes Versterben aufgrund von Herz-Kreislaufproblemen wegen Asphyxie (Kreislaufschwäche mit Atemdepression) bei der Geburt prognostiziert worden war. Nach medikamentöser Sedierung und lokaler Anästhesie (Fentanyl, Lorazepam) sowie Spenderkonditionierung (Heparin-Verabreichung, Legen von Zugängen) wurden die Säuglinge extubiert. Bei den drei Säuglingen wurde innerhalb von durchschnittlich 18,3 Minuten nach der Extubation der Herzstillstand diagnostiziert. Nach einer Wartezeit von drei Minuten (1. Säugling) bzw. 1,25 Minuten (2. und 3. Säugling) nach dem Herzstillstand wurden die Säuglinge für tot erklärt und die Explantation der Herzen begonnen. Die explantierten Herzen wurden in andere Säuglinge implantiert, wo sie erfolgreich mindestens 6 Monate lang weiterschlugen (Boucek et al. 2008). Die Mehrheit der Kommentatoren dieser Fälle urteilte, dass die Spender bei Organentnahme nicht tot gewesen seien

«Darf man Organe nach Herz-Kreislauf-Stillstand entnehmen?»

und die Organentnahmen rechtlich und/oder ethisch nicht akzeptabel gewesen seien (Veatch 2010).

In Deutschland ist die Non-Heart-Beating-Donation verboten; es gilt nach wie vor die 1998 veröffentlichte Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) zur Organspende nach Kreislaufstillstand: Das seit dem 1. Dezember 1997 geltende deutsche Transplantationsgesetz schreibt vor, dass eine Organentnahme beim toten Spender die Feststellung seines Todes nach Regeln gemäss dem Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft voraussetzt. Nach der Stellungnahme der Bundesärztekammer von 1998 ist diese Voraussetzung nach einem Herz- und Kreislaufstillstand von 10 Minuten bei normaler Körpertemperatur ein mögliches, aber nicht sicheres Todeszeichen. Ein Beschluss des 110. Deutschen Ärztetages 2007 hat die Auffassung der BÄK noch einmal bestätigt: Dass der Herzstillstand nicht als sicheres Todeszeichen gelten könne, belege jede auch nur vorübergehend erfolgreiche Reanimation (Siegmond-Schulze 2008). In der Stellungnahme der Bundesärztekammer spielen normative und empirische Argumente zusammen:

Es wird auf die empirische Tatsache hingewiesen, dass die biologisch unmögliche Reanimation und damit der irreversible Herzstillstand bisher weder durch die Dauer noch durch andere Kriterien als die sicheren Todeszeichen nachgewiesen werden. Zutreffend wird zwischen einer biologisch unmöglichen Reanimation und einer aus guten Gründen abgebrochenen oder unterlassenen Reanimation unterschieden. Gute Gründe dafür sind insbesondere das Vorliegen einer gültigen Patientenverfügung, die eine Reanimation untersagt. Im Fall einer aus guten Gründen unterlassenen Reanimation ist der Herzstillstand unter Umständen reversibel im biologischen Sinne, darf aber aufgrund ethischer und rechtlicher Normen, nämlich wegen des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, nicht revidiert werden. Ein nur aufgrund einer Entscheidung nicht rückgängig gemachter Herzstillstand ist aber kein irreversibler Herzstillstand. Er ist Ergebnis einer normativen Abwägung, aber keine empirische Tatsache. Zwar bedeutet ein Herzstillstand bei einem Patienten, der eine Reanimation wirksam ablehnt, dass er sterben wird, aber nicht, dass er tot ist; vielmehr lassen die Ärzte ihn unter Respekt seiner autonomen Entscheidung auf natürliche Weise versterben.

Zu Recht weist die Bundesärztekammer auch darauf hin, dass ein und derselbe medizinische Befund des Herz- und Kreislaufstillstands vier verschiedenen Kategorien von Non-Heart-Beating-Donors zugeordnet wird (Herz-Kreislauf-Stillstand bei Ankunft im Spital, erfolglose Reanimation, erwarteter Herz-Kreislauf-Stillstand sowie Herz-Kreislauf-Stillstand bei diagnostiziertem Hirntod). Da in Deutschland nur solche Organe transplantiert werden dürfen, die gemäss den deutschen Gesetzesvorschriften entnommen worden sind, dürfen Organe, die aus einer Non-Heart-Beating-Donation stammen, in Deutschland nicht transplantiert werden. Diese grundsätzliche Regelung ist aus mehreren Gründen sinnvoll. Zum einen verhindert sie eine Ungerechtigkeit zwischen den Ländern: Deutschland würde andernfalls seine Bürger durch strengere Schutzvorschriften vor einer Organentnahme bei umstrittener Todesfeststellung schützen, aber von den lockereren Vorschriften anderer Länder profitieren. Ausserdem müssten dann in Deutschland auch Diskussionen über die NHBD geführt werden; Diskussionen über die Todeskriterien und die Todesfeststellung sind aber in Deutschland politisch unerwünscht, da allgemein befürchtet wird, dass sie die Bereitschaft, Angehörige zur Organspende freizugeben oder einen Organspenderausweis auszufüllen, verringern würde.

Obwohl auch einige deutsche Transplantationsmediziner über die NHBD diskutieren, ist diese kein Gegenstand der aktuellen politischen Diskussion über die anstehende Novellierung des Transplantationsgesetzes. Am weitreichendsten und systematischsten wurden die Optionen zur Erweiterung des Organangebots in einem Aufsatz von Dominik Wilkinson und Julian Savulescu in der renommierten Zeitschrift *Bioethics* von 2010 untersucht. Die Autoren beklagen, dass viele Patienten zu langsam sterben, um deren Organe in brauchbarem Zustand entnehmen zu können. Zur Lösung dieses Problems schlagen sie vor, diese Patienten zu töten – entweder durch das kontrollierte Herbeiführen des Herzstillstands oder des Hirntodes (durch Abklemmung der Blutversorgung des Gehirns). Sie berechnen für jede der verschiedenen Optionen, wie viele zusätzliche Transplantationsorgane in Grossbritannien sie bringen würde. Den grössten Beitrag, nämlich 3212 zusätzliche Organe (entsprechend 7,1 Prozent des derzeit nicht gedeckten Organbedarfs in Grossbritannien), brächte die Widerspruchslösung. Die Einführung der Organspende

«Darf man Organe nach Herz-Kreislauf-Stillstand entnehmen?»

nach Euthanasie brächte 520–2201 zusätzliche Organe (1,2 bis 4,9 Prozent des derzeitigen Organbedarfs). Die Autoren untersuchen auch systematisch, gegen welche ethischen Prinzipien die jeweiligen Optionen verstossen würden, nämlich je nach Option gegen das Tötungsverbot, das Nonmalefizenz-Prinzip, das Prinzip der Patientenautonomie, das Prinzip der Familienautonomie, die Tote-Spender-Regel oder die Hirntod-Spender-Regel.

Auch wenn einige der von Wilkinson und Savulescu durchgerechneten Optionen in den meisten Staaten derzeit illegal sind, zeigt diese Publikation doch, in welche Richtung die Debatte geht, wenn sie nur auf die Maximierung des Organangebots abzielt.

Sabine Müller

Ergänzungen

Bücher zum Thema Gewalt, Aggression, Deeskalation

Deutsches Rotes Kreuz (1994): Erwachsenengerechte Unterrichtsgestaltung – ein illustriertes Handbuch für die Aus- und Weiterbildung. DRK, Zentrale Beschaffungsstelle.

Ketelsen, Regina et al. (2004): Der Umgang mit Deeskalation und Zwang, Seelische Krise und Aggressivität. Psychiatrie-Verlag.

Kienzle T., Paul B. (2001): Aggression in der Pflege. Umgangsstrategien für Pflegebedürftige und Pflegepersonal. Kohlhammer-Verlag.

Korn J., Mücke Th. (2006): Gewalt im Griff 2 – Deeskalations- und Mediationstraining. Juventa-Verlag.

Nolting, Hans-Peter (2005): Lernfall Aggression. Wie sie entsteht – Wie sie zu vermindern ist. Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Richter, Dirk (2007): Patientenübergriffe – psychische Folgen für Mitarbeiter. Psychiatrie-Verlag Bonn.

Peller, Anni (2010): ProDeMa® Evaluation 2009/2010 – Studie zur Wirksamkeit des Professionellen Deeskalationsmanagements im Gesundheitswesen. Martin Meidenbauer Verlagsbuchhandlung München (AVM Verlag).

Sauter D., Richter D. (1998): Gewalt in der psychiatrischen Pflege. Hans Huber-Verlag.

Lexika

Höffe, Otfried (Hrsg.) (2002): Lexikon der Ethik. Stichwort «Gewalt». Verlag C.H. Beck.

Internet

Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®).

www.prodema-online.de

Artikel

Bachl, Margrit (2010): Wir müssen mit Gewalt rechnen. In: Krankenpflege 1/2010, S. 10–12.

Hahn S., Needham I. (2008): Angst und Stress als Nährboden für Aggressionen. In: Krankenpflege 4/2008, S. 19–21.

Lepping P., Steinert T. et al. (2009): Ward safety perceived by ward managers in Britain, Germany and Switzerland: identifying factors that improve ability to deal with violence. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 16, S. 629–635.

Artikel zum Thema Organtransplantation (Herz-Kreislauf-Stillstand; erwähnt in der Fallbesprechung)

Le Ker H. (2008) Schon Herzstillstand reicht Ärzten für Organentnahme. Spiegel Online.

www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,559972,00.html

Gesehen am 19. November 2009

Siegmund-Schulze N. (2008) USA wollen Organentnahme bei Stillstand des Herzens weiter fördern – doch Zweifel bleiben. Ärzte Zeitung, 30.01.2008

Siegmund-Schulze N. (2009) Organe von Herztoten werden transplantiert – aber ohne Konsens über das Vorgehen. Ärzte Zeitung, 08.10.2009

Boucek M. M. et al. (2008) Pediatric heart transplantation after declaration of cardiac death. The New England Journal of Medicine, 359, S. 709–714

Veatch R. M. (1997) Non-heart-beating cadaver organ procurement: Two remaining issues. Transplantation Proceedings, 29, S. 3339–3340

Veatch R. M. (2010) Transplanting hearts after death measured by cardiac criteria: The challenge to the Dead Donor Rule. Journal of Medicine and Philosophy, 35, S. 313–329

Bundesärztekammer (1998) Organentnahme nach Herzstillstand («Non-heart-beating donor»), Deutsches Ärzteblatt 1998; 95(50): A-3235/B-2735/C-2543,

News

Umfrage: Gewalt in Spital und Heim

Das Thema Gewalt ist allgegenwärtig. Aggressives Verhalten und Gewalt kommen auch im Gesundheits- und Sozialwesen vor: Patientinnen oder Angehörige greifen beispielsweise ihre Ärzte, Betreuerinnen und Pflegefachpersonen an. Die Betroffenen schweigen oft darüber oder wissen nicht, an wen sie sich wenden können. Mit einer Umfrage möchten wir mehr über das Thema Gewalt erfahren. Wir würden uns freuen, wenn Sie an der Umfrage teilnehmen – das dauert nicht lange und die Umfrage ist anonym.

>www.dialog-ethik.ch/aktuell/umfrage

Kolloquium des Fördervereins: Wirtschaftlichkeit & Qualität

Am 5. September haben über 20 interessierte Personen am Kolloquium des Fördervereins Dialog Ethik teilgenommen und zwei spannende Vorträge von Prof. Mathias Binswanger und Dr. Werner Widmer gehört. Anschliessend wurde diskutiert – herzlichen Dank für die interessanten Gespräche!

Fachtagung «Bodenseedialoge»

Dialog Ethik war Kooperationspartnerin an der 4-Länder-Fachtagung zu interdisziplinären Fragen der Frauenheilkunde (2.–3.09.2011). Thema war der Umgang mit Tragödien in der Schwangerschaft. Die Bilder und Vorträge sind nun online.

Vorträge: >www.bodenseedialoge.li/vortraege

Bilder: >www.bodenseedialoge.li/bilder-impres-sionen

Zeitschrift «Praxis PalliativeCare» mit Arbeitsheft & Poster zum «7 Schritte Dialog»

Die aktuelle Ausgabe Nr. 12/2011 von «Praxis Palliative-Care» trägt den Titel «Gut entscheiden am Lebensende» und enthält ein Arbeitsheft und ein Poster zum 7 Schritte Dialog.

>shop.altenpflege.vincentz.net/econtent/catalog/

Wettbewerb: Ethik-Quiz

Über 120 Personen haben am Ethik-Quiz des letzten Newsletters teilgenommen. Bei der Verlosung gewonnen hat M.L. aus Bern – herzlichen Glückwunsch, sie erhält ein Jahr lang die eZeitschrift «Thema im Fokus» gratis!

Projekt Patientenvollmacht mit der Gesundheitsdirektion Kanton Zug

Das neue Erwachsenenschutzgesetz tritt 2013 in Kraft. Es sieht vor, dass Patienten jemanden beauftragen können, an ihrer Stelle zu entscheiden, wenn sie einmal nicht mehr urteilsfähig sein sollten. Bei der Vollmachtsübertragung stellen sich vielfältige ethische, rechtliche und psychosoziale Fragen. Es gibt jedoch noch keine Instrumente und Angebote, die den Prozess der Bevollmächtigung und der Ausübung dieser Aufgabe unterstützen. Dialog Ethik entwickelt zusammen mit der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug Unterstützungsangebote bezüglich der Patientenvollmacht.

> www.dialog-ethik.ch/aktuell/news

Medien

- Praxis PalliativeCare: Gut entscheiden am Lebensende (12/2011, mit einem Arbeitsheft und Poster zum Modell «7 Schritte Dialog»)
- Züriplus: Pränatale Diagnostik (12.09.2011, Diskussionsendung mit Ruth Baumann-Hölzle)
- Sonntagszeitung: Im Mutterblut lesen (04.09.2011, mit Zitaten von Ruth Baumann-Hölzle)
- Neue Zuger Zeitung: Zug setzt sich für Patienten ein (02.09.2011, zur Patientenvollmacht in Zusammenarbeit mit dem Kanton Zug)
- Ostschweizer Fernsehen TOV: Rationieren die Kasernen Gesundheitsleistungen? (30.08.11, mit Ruth Baumann-Hölzle)
- Aargauer Zeitung: Wann ist man tot genug für die Organspende? (05.08.2011, mit Zitaten von Ruth Baumann-Hölzle)
- 20 Minuten: Gentest im Reagenzglas (07.07.2011, mit einer Stellungnahme von Ruth Baumann-Hölzle)

> www.dialog-ethik.ch/aktuell/medienberichte-und-artikel

Vorträge und Schulungen

- IFF Wien, Universität Klagenfurt: **Suizidbeihilfe und Euthanasie** (29./30.09.2011, Ruth Baumann-Hölzle im Rahmen des MAS Palliativ Care)
- Fortbildung für Spitex-Mitarbeitende: **Patientenverfügungen und Ihre Rolle als «BeraterIn»** (22.09.2011, Christoph Cottier und Daniela Ritzenthaler)
- Lungenliga Aargau: **Beratung bei Patientenverfügungen** (20.09.2011, Daniela Ritzenthaler)
- UniversitätsSpital Zürich, Dept. **Frauenheilkunde: Grundlagen der pränatalen Diagnostik** (19.09.2011, u.a. mit Ruth Baumann-Hölzle)
- Bodenseedialoge: **Professioneller Umgang mit ethischen Dilemmasituationen** (Vortrag & Workshop, 2.–3.09.11, Ruth Baumann-Hölzle).
- Kinderspital Zürich: **Stellvertreterentscheide und die Rolle der Eltern** (Teachingwoche des Ethik-Forums)
- Frauenklinik und Maternité der Stadt Zürich: **Ethische Fragestellungen in der Frauenheilkunde und Geburtshilfe** (04.08.2011, Ruth Baumann-Hölzle)

> www.dialog-ethik.ch/aktuell/vortraege-und-schulungen

Agenda

Bad news – so überbringen Sie schlechte Nachrichten

17. November 2011

Das Überbringen schlechter Nachrichten ist eine anspruchsvolle Tätigkeit, vor der wir immer wieder stehen. Um schwere Gespräche gut zu führen, genügt das Lesen theoretischer Erkenntnisse nicht: hier bedarf es praktischer Kompetenz ...

Ethische Fallbesprechungen leiten Beginn 07. Dezember 2011

Das Modell «7 Schritte Dialog» ist eine Methode für die Strukturierung ethischer Fallbesprechungen, die in zahlreichen Spitälern und Kliniken eingesetzt wird. Das Ziel dieses Kurses ist die Fähigkeit, ethische Fallbesprechungen in interdisziplinären Teams nach dieser Methode moderieren zu können. Diese Kompetenz wird durch intensives Training und Vertiefung des Hintergrundwissens erworben ...

Umgang mit aggressiven Patienten & Angehörigen Beginn 17. Januar 2012: Ausbildung zum/r Deeskalations-Trainer/in

Dialog Ethik ist eine Kooperation eingegangen mit dem Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®) in Deutschland, wodurch wir die Ausbildung zum/zur Deeskalationstrainer/in für Psychiatrien, Forensik und Somatik anbieten können. Im direkten Kontakt mit Patienten/Patientinnen oder Bewohner/Bewohnerinnen kann es jederzeit zu angespannten Situationen, Eskalationen oder aggressiven Verhaltensweisen kommen. ProDeMa® interpretiert aggressive Verhaltensweisen eines kranken bzw. betreuten Menschen als Zeichen großer innerer Not und baut darauf ein evaluiertes verbales Deeskalationstraining auf ...

CAS Ethik & Literatur im Dialog Beginn 20. Januar 2012 (mit neuer Romanliteratur)

Gute Literatur beschreibt existenzielle und moralisch relevante Momente des Lebens besonders dicht. Ethik und Lebensfragen können so in einen fruchtbaren Dialog miteinander treten. Im Rahmen dieses Zertifikatkurses werden philosophische und ethische Grundfragen mittels literarischer Texte bearbeitet und mit eigenen Erfahrungen konfrontiert. Dieser Dialog zwischen Ethik und Literatur bringt überraschende Erkenntnisse für einen selbst und für den beruflichen Alltag ...

Thema **im Fokus**

Dialog Ethik – Newsletter

Das Zukunftsseminar am Samstag Beginn 04. Februar 2012

«Das umstrittene Mass der Gesundheit. Über die medizinisch-pflegerische Grundversorgung und ihre Grenzen»

An fünf Samstagen werden Themen der Zukunftsuniversität in einem Seminar aufgegriffen und vertieft. Gesundheit ist ein Faktor gesellschaftlicher Konflikte und politischer Verwerfungen. Wir kommen nicht umhin, uns über das «Mass» der Gesundheit zu sorgen und einen konkreten Entwurf zu entwickeln, der Modelle und Vorschläge eines nachhaltigen Gesundheitssystems entwirft. Der Kurs wird geleitet von Prof. Dr. Jean-Pierre Wils, Professor für Politik und Kulturphilosophie an der Universität Nimwegen in den Niederlanden und wissenschaftlicher Beirat des Instituts Dialog Ethik. ...

Im Spannungsfeld von Professionalität und eigenem Gewissen 20./21. April 2012

Mit innerer Zustimmung entscheiden, beraten und begleiten: Konzepte und Instrumente aus Ethik und Existenzanalyse

Fachpersonen des Gesundheits- und Sozialwesens sind einem hohen Druck ausgesetzt. Tagtäglich sind sie mit Entscheidungssituationen konfrontiert, bei denen sie unterschiedlichsten Ansprüchen gerecht werden müssen. Was aber, wenn die innere Zustimmung zur getroffenen Entscheidung fehlt und Gewissenskonflikte auftreten? Wenn es schwerfällt, sich im Spannungsfeld von Ansprüchen, Vorgaben oder PatientInnenwünschen abzugrenzen – wie kann es dann gelingen, seine eigene Position zu finden und zu einer authentischen Stellungnahme zu gelangen?

Vorschau

Beginn 30. August 2012: CAS Ethische Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen.

Produkte

Verantwortung im politischen Diskurs (Handbuch Ethik im Gesundheitswesen Band 4):

Politische Verantwortung übernehmen ... Was heisst das konkret für mich?

Entscheidungsträger in Politik und Wirtschaft sehen sich mit einem komplexer werdenden Gesundheitssystem konfrontiert. Der Band «Verantwortung im politischen Diskurs» thematisiert ökonomische und soziale Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens und diskutiert Vorschläge, wie politische Verantwortung durch die Akteure des Gesundheitswesens besser wahrgenommen wird. Ein Fokus wird dabei auf die Veränderung des Anreizsystems für alle Beteiligten gelegt.

> www.dialog-ethik.ch/publikationen/



Wortklaubereien

Bakterium oder Bazille?

Am liebsten keines von beiden – oder doch? Beiden Begriffen liegt das griechische *baktron* bzw. das lateinische *baculum* (Stab, Stock) zugrunde. Die Verkleinerungsformen *bakterion* bzw. *bacillum* wurden ab dem 19. Jahrhundert für die stabförmigen Kleinstlebewesen verwendet, die dank der Erfindung des Mikroskops in immer grösserer Zahl beobachtet werden konnten: noch immer sind über 90% aller auf der Erde vorkommenden Bakterien nicht bekannt oder beschrieben. Der Vater der Bakteriologie – Ferdinand Julius Cohn (1828–1898) – bezeichnete eine Gattung krankmachender und ansteckender Bakterien als *Bacillus*, weshalb der *Bazillus* heute generell den Ruch des «bösen Buben» hat, während wir unter dem Oberbegriff Bakterien auch zahlreiche Nützlingle einordnen, ohne die es weder eine gesunde Verdauung noch eine moderne Bio-Technologie (z.B. in der Nahrungsmittelproduktion) gäbe. Dass wir im Kampf gegen die «schlechten» Bakterien immer auch den Nützlingen schaden, wird uns erst langsam bewusst, und so werden leider immer noch viel zu viele Antibiotika falsch eingesetzt – mit der weiteren Folge, dass die «bösen» resistent werden, so dass die Gefahr besteht, dass wir ihnen nicht mehr Herr werden; zahlenmässig sind sie uns massiv überlegen: Auf und in einem Menschen leben 10 Mal so viele Bakterien wie er Körperzellen hat.

xamba

Impressum

«Thema im Fokus» erscheint sechsmal jährlich

Redaktion und regelmässige redaktionelle Mitarbeit:

Denise Battaglia, Markus Christen,
Sabine Müller, Felix Würsten

Gestaltung, Produktion

Ursi Anna Aeschbacher

Korrektorat

Sandra Bourguignon

Bildnachweis:

ProDeMa®, Autoren

Kontakt

Dialog Ethik, Interdisziplinäres Institut
für Ethik im Gesundheitswesen
Schaffhauserstrasse 418
8050 Zürich

Tel. +41 (0)44 252 42 01

Fax +41 (0)44 252 42 13

eMail: info@dialog-ethik.ch

Web: www.dialog-ethik.ch

 **DIALOG ETHIK**
Interdisziplinäres Institut
für Ethik im Gesundheitswesen