

# **Gewalt(-ige) Erinnerung**

oder: an welche Gewalt erinnern wir uns

Zertifikatsarbeit

von

Stefan Reinhardt

im Rahmen der Weiterbildung:

Lehrgang TrainerIn für Aggressionsmanagement

Ausbildungszentrum: SBK Bildungszentrum Zürich  
Dienerstrasse 59  
8004 Zürich

Fachberaterin: Ruth Steck

Lernbegleitung: Carolina Steiner

Zürich, den 16.01.2006

## **Zusammenfassung**

In dieser multimedialen Welt, ist die Gewalt und Aggression allgegenwärtig. Jeden Tag in der Zeitung, in den Nachrichten, in Spielfilmen werden wir damit überhäuft.

Ebenso gibt es in allen sensiblen Bereichen regelmässige Statistiken über erfolgte Gewalt und deren Auswirkungen; im Bereich der Gesundheitsdienste –insbesondere der somatischen Pflege- ist dies allerdings unvollständig, ebenso wie eine Untersuchung über eine etwaige Belastung der betroffenen Personen.

Das Ziel dieser Arbeit ist eine Feststellung über das Erinnern an die erlebte Gewalt innerhalb von 12 Monaten, mit der Darstellung von möglichen Folgen.

Mit dem POPAS (perception of prevalence of aggression scale) – Fragebogen wurde ein Teil der MitarbeiterInnen über deren Erinnerung an verschiedene Arten von Aggressionsereignissen, das erinnerte quantitative Vorkommen und eine Einschätzung über das verhältnismässige Vorkommen befragt.

In der Auswertung zeigt sich, dass sich alle MitarbeiterInnen zu den befragten Aggressionsarten und der Einschätzung über das Vorkommen äusserten, sie sich also daran erinnerten, ob es vorkam und für wie –relativ- oft sie es hielten; bei der Schätzung/Angabe über die Menge, gab es z.T. keine oder ungenaue (nicht verwertbare) Angaben.

Diese Arbeit belegt, dass Aggression und Gewalt auf der Notfallstation vorkommt und von den betroffenen Personen auch als solche wahrgenommen wird und –in unterschiedlicher Häufigkeit und Intensität- in Erinnerung bleibt.



## 1. Einleitung

Pflegepersonen auf Notfallstationen sind häufiger Aggressionen und Gewalttätigkeiten durch PatientInnen und Angehörige ausgesetzt (SBK, 2001), als dies in anderen Berufen anzutreffen ist (Nordin (1995), in Needham, 2005). Wenn Aggression und Gewalt in Krankenhäusern ein Spiegelbild der Gewaltentwicklung der Gesellschaft ist (Gates, Fitzwater & Meyer, 1999; Rippon, 2000; Whittington, Shuttleworth & Hill, 1996 in Zeller, 2003) und die Gewaltentwicklung im Kanton Zürich ansteigt (Statistisches Jahrbuch des Kantons Zürich, 2005), müsste die Rate an Aggressionsereignissen in den Zürcher Krankenhäusern auch steigend sein.

Dies war nicht nachprüfbar, da keine verlässlichen, vergleichbaren Langzeitstudien im somatischen Akutpflegebereich vorlagen; in einer Studie über Aggressionsereignisse auf Notfallstationen in Akutspitälern der Deutschschweiz (Steck, 2005) wurde festgestellt, dass es im Zeitraum 10/04-01/05 auf der Notfallstation des Triemli Spital Zürich (NF-STZ) alle 5,3 Tage zu einem Aggressionsereignis kommt.

Ob dies viel oder wenig ist, kommt auf die Sichtweise des Betrachters an; unabhängig davon, geben all diese summarischen Erhebungen Auskunft darüber, was passierte und wie oft etwas passierte, was allerdings bisher nicht untersucht wurde ist, an wie viele Ereignisse sich das betroffene Pflegepersonal<sup>1</sup> erinnert und als wie häufig das betroffene Personal die Aggressionsereignis einstuft.

Mit dieser Arbeit soll untersucht werden, an welche und wie viele Aggressionsereignisse durch PatientInnen sich die Pflegefachmänner und –frauen (im weiteren Text Pflegefachpersonen genannt) in den letzten 12 Monaten auf der NF-STZ erinnern und wie die Pflegefachpersonen die Häufigkeit der Ereignisse einschätzen, unabhängig von den objektiv erfassten Aggressionsereignissen.

---

<sup>1</sup> Alle männlichen und weiblichen Bezeichnungen gelten auch für das andere Geschlecht

Durch eine Literaturrecherche soll aufgezeigt werden, inwieweit das emotionale Gedächtnis durch ständige Konfrontation mit Aggression und Gewalt beeinflusst wird, was die andauernde Präsenz der Aggression bei Pflegefachpersonen auslösen kann und welche konkreten Möglichkeiten zur Vermeidung bestehen.

Befragt werden die Pflegefachpersonen mit und ohne Fähigkeitsausweis Notfallpflege der NF-STZ mit dem POPAS (Perception of Prevalance of Aggression Scale (Anhang))-Bogen. Eingeschlossen sind Pflegefachpersonen, welche seit mindestens 12 Monaten auf der Notfallstation arbeiten, mit mindestens 80% angestellt sind und sich hauptsächlich mit der Betreuung von PatientInnen befassen.

Diese Arbeit richtet sich an alle Personen im Gesundheitsbereich, insbesondere Mitarbeitende auf Notfallstationen, womit neben dem Pflegepersonal auch Ärzte, Spitalangestellte (Hilfspfleger) und Angehörige anderer Berufsgruppen gelten.

Die folgenden Fragen sollen durch diese Arbeit beantwortet werden

1. An wie viele und welche Gewalt- und Aggressionsereignisse durch PatientInnen auf der NF-STZ erinnern sich die befragten Pflegefachpersonen und als wie häufig wird diese eingestuft?
2. Welche Auswirkung kann die kontinuierliche Konfrontation mit Aggression und Gewalt auf das Pflegefachpersonal haben und was könnte dies auslösen?
3. Welche Möglichkeiten bestehen, diese Auswirkungen abzuschwächen?

Innerhalb dieser Arbeit wird zur Begrifflichkeit Aggression/Gewalt Stellung genommen und der POPAS-Bogen kurz erläutert. In dem Theorie-Teil wird der Begriff und die Funktion des emotionalen Gedächtnisses, die Phänomene von Burn-out und PTBS mit möglichen Ursachen und Auswirkungen beschrieben, sowie Studien über Mitarbeiterschulungen in Bezug auf Aggression und Gewalt und deren Wirksamkeit erläutert, des weiteren wird die Methode der Befragung, deren Durchführung und die Auswertung geklärt, die Ergebnisse werden in mehreren Diagrammen aufgezeigt (welche mit den Angaben der Befragung kommentiert werden) und das Gesamtbild in Bezug zum Theorieteil reflektiert.

## **2. Hauptteil**

### **2.1 Theoretischer Rahmen**

#### **2.1.1 Begriffsklärung Aggression/Gewalt**

Die Begriffe Aggression und Gewalt sind in der Literatur viel beschrieben und definiert worden, einzelne Personen und Institutionen haben ihre eigenen Definitionen und alle stehen –viel besprochen und zitiert- in Büchern und Arbeiten. Gemein haben sie, dass Aggression und Gewalt als etwas –für den Betroffenen- unangenehmes empfunden wird und ein solches Verhalten als nicht wünschenswert gilt. Diese Arbeit soll sich aber nicht mit den bestehenden Definitionen auseinandersetzen. Dementsprechend werden diese Begriffe hier nicht weiter erläutert, als Grundlage für die Arbeit sollen die Beschreibungen zu einzelnen Aggressionsereignissen des POPAS-Bogens dienen, welche zu Beginn jeder Frage ausführlich dargelegt sind.

#### **2.1.2 Der POPAS-Bogen**

Der POPAS-Bogen wurde von Nico Oud (Connecting, NL) entwickelt, ins deutsche Übersetzt und enthält 18 Fragen zu verschiedenen Formen von Aggression und erklärt sich –hauptsächlich (siehe Probleme bei der Befragung)- von selbst, da es eine genaue Beschreibung der Aggressionsarten enthält. Die ersten 16 Fragen sind zweigeteilt und enthalten erstens die Frage nach der erinnerten Häufigkeit (nie, selten, manchmal, oft, sehr oft) und zweitens die Frage nach der Anzahl, welche selbst eingegeben werden muss.

Frage 17 ist auch zweigeteilt und fragt erstens nach dem Vorhandensein von Krankheitstagen während des Fragezeitraumes und zweitens nach der Menge. In Frage 18 soll beantwortet werden, ob die Krankheitstage im Zusammenhang mit erlebter Aggression stehen.

Der Bogen stellt keinen Bezug zwischen den erinnerten und den tatsächlich erfassten, bzw. stattgefundenen Vorfällen her, sondern bezieht sich nur auf die Erinnerung des/der Befragten.

### **2.1.3 Das emotionale Gedächtnis**

Nach Joseph LeDoux (1996) ist das emotionale Gedächtnis im Bereich des limbischen Systems insbes. der Amygdala (Mandelhirn) angesiedelt, wo nicht die Erinnerung an eine Emotion sondern die Emotion selber gespeichert ist. Werden Informationen aus diesem Speicher abgerufen (was unbewusst, durch z.B. ähnliche Situationen geschieht), werden die selben körperlichen Symptome, Gedanken und Ängste, die während des ursprünglichen Ereignisses vorkamen, aktiviert.

Auch Zieger (2005) zeigt in seinen Folien auf, dass die Amygdala –als Teil des limbischen Systems- aktiviert wird, wenn z.B. Angst machende audiovisuelle Reize abgegeben werden, dass solche Reize unter Umständen Traumata auslösen können und dann auch –als posttraumatischer Stress- einer Behandlung bedürfen; ebenso kann ein solches Erlebnis eine dissoziative Störung, Angststörung, Panikattacken, Somatisierungsstörung und auch Depression auslösen.

Dies bedeutet, dass auf der einen Seite eine Situation mit der dazugehörigen Emotion gespeichert wird (Ich fiel die Treppe herunter, als ich unten lag, hatte ich Angst), was aktiv abrufbar ist; auf der anderen Seite, wird die Emotion gespeichert, die während einer bestimmten Situation auftrat (Angst, Treppe, ich falle, Angst, Aufschlag –mit Tachykardie, Hypertonie, Schmerz), die nicht aktiv abrufbar ist, aber jedes Mal –wenn diese Treppe, oder auch eine andere Treppe, gesehen wird- inklusive der körperlichen Merkmale wieder auftreten kann. Werden ähnliche Situationen mehrmals erlebt, können sich dann die Emotionen mit den körperlichen Symptomen verstärken.

### **2.1.4 Burn-out**

engl. Ausbrennen, Synonym für einen Zustand, bei dem Personal aus unterschiedlichen Gründen, die einem Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Persönlichkeitsstruktur haben, nicht mehr in der Lage ist, seinen Beruf nach üblichen Qualitätsmassstäben auszuüben, ohne dass der Beruf gewechselt wird oder der Betroffene ein beginnendes oder vorhandenes Burn-out bemerkt.

K. Hartdegen (1996) beschreibt sehr klar und deutlich die Faktoren, die ein Burn-out forcieren; diese sind :

- „1. massive unklare und konfligierende Rollenzuweisungen
2. eine Persönlichkeit mit idealisiertem, perfektionistischem Über-Ich mit Leugnung der eigenen Hilflosigkeit und Schwäche
3. schlechte Rahmenbedingungen“

Weiter führt Hartdegen an, dass „beim Burn-out ... Stresssituationen in der Arbeit und Überforderung bei zu gering ausgeprägten Ressourcen ... zu Überlastungsreaktionen und zu defensiven Bewältigungen mit Symptomen ...“ führen

D. Richter (2003) gibt als Grund für Burn-out „...chronischen Stress (längerfristige anhaltende Belastungen, die Anpassung erfordern)...“ an.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass ein Burn-out auftreten kann, wenn eine bestimmte Persönlichkeitskultur unter ständigen Stress- und Überforderungssituationen arbeitet.

### **2.1.5 PTBS (Post-traumatische-Belastungsstörung)**

Gemäss ICD-10 (Anhang) ist die PTBS „... eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“

Zur weiteren Beschreibung führt der ICD-10 an: „Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks, Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.



Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, eine übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.“

Gemäss D. Richter führt nicht jedes Traumatische Ereignis zu einem PTBS und er zitiert S. Seedat, MB Stein (Anhang), darin gibt er an, dass eine „erhebliche Komorbidität (des PTBS –Anm. d. Autors) mit depressiven Störungen, Angststörungen und Suchterkrankungen“ besteht. In diesem Zusammenhang spricht Richter von einer wahrscheinlich bestehenden gemeinsamen Vulnerabilität für depressive Störungen und PTBS.

Das PTBS beschreibt also eine Ausnahmesituation, die erlebt wurde und nicht so verarbeitet wurde, dass eine normale Lebensführung möglich ist. Nach dem ICD ist es aber nicht wichtig, was es für ein Ereignis war, wichtig ist, was dieses Erlebnis bei den Betroffenen auslöst.

### **2.1.6 Mitarbeiterschulung**

In einer 2003 veröffentlichten Schulung gibt Zeller an (Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei PflegeschülerInnen, 10/2003), dass sich zwar ein Beweis für die Wirksamkeit einer Schulung nicht erbringen lässt, dass sich aber die TeilnehmerInnen auch Monate nach dieser Schulung sicherer fühlten, als die Kontrollgruppe.

Nach Hahn (2003) ist ersichtlich, dass sich die Haltung von Pflegepersonen in Bezug auf ihre Haltung auf Patientenaggression nach einer solchen Schulung leicht verändert hatte und die Bereitschaft zur Handlungsänderung grösser war, als bei der Kontrollgruppe. Ob sich der Umgang mit Aggression oder dessen Vorkommen verändert hatte, wurde dabei nicht untersucht.

## **2.2 Methode**

### **2.2.1 Methodenwahl der Befragung**

Aus einem Team von ca. 70 Mitarbeitenden wurden diejenigen ausgewählt, welche seit mindestens 12 Monaten auf der NF-STZ arbeiten, eine Ausbildung zur Pflegefachperson haben, mit mindestens 80 % arbeiten und hauptsächlich in der Betreuung von PatientInnen eingesetzt sind; dazu wurden Einstellungsunterlagen (Liste der Eintritte) und die Dienstpläne der letzten 3 Monate herangezogen (Mai, Juni, Juli 2005).

An die verbliebenen 26 Pflegefachpersonen wurden die Fragebögen anonym abgegeben, mit der Möglichkeit, diese auch wieder anonym zurückzugeben; allerdings mit der Bitte, diese persönlich abzugeben, damit Fragen vorab geklärt werden könnten.

Der Abgabezeitraum betrug 30 Tage und wurde auf 45 Tage verlängert.

Von den Fragebögen wurden 22 retourniert was einem Rücklauf von 84.62% entspricht, da zwei Bögen –wegen unzureichenden Angaben- nicht auswertbar waren, wurden für diese Arbeit 20 Fragebögen verwendet, was einem verwertbarem Rücklauf von knapp 77% entspricht.

Zwei weitere Bögen konnten trotz einiger fehlender Angaben (welche in der tabellarischen Auflistung gekennzeichnet wurden) teilweise ausgewertet und verwendet werden.

Den Teilnehmenden der Befragung war zugesichert worden, dass die Fragebögen extern vernichtet würden, dass der Inhalt der Fragebögen anderen Personen als dem Autor nicht zugänglich seien und Rückschlüsse auf die Person nicht gezogen werden können.

Es wurden keine geschützten Daten über Personal und/oder PatientInnen verwendet und die Nennung des STZ in dieser Arbeit wurde genehmigt.

Diese Arbeit soll herausfinden, wie sehr sich ein Mitarbeiterteam an erlebte Gewalt während der Betreuung von PatientInnen auf der NF-STZ erinnert, deshalb wurde festgelegt, dass nur Pflegefachpersonen befragt werden, welche in regelmässigem pflegerischen Kontakt mit PatientInnen der NF-STZ sind und (zur Zeit der Befragung) seit min. 12 Monaten auf der NF-STZ arbeiteten, um die Ergebnisse nicht durch erlebte Aggression aus anderen Arbeitsbereichen zu verfälschen.

Da auch die Häufung der Aggressionseignisse eine Rolle spielt, durfte niemand befragt werden, der zu wenig anwesend war, um nicht einen falsch niedrigen Wert zu erhalten (eine Umrechnung der Prozentzahlen wäre zu aufwändig gewesen). Aus diesem Grunde wurde ein Minimum von 80% Arbeitspensum gewählt.

Die letzte Seite des Fragebogens wurde nicht mit abgegeben, da die dort geforderten Angaben für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant waren. Es wären zweifelsohne interessante Rückschlüsse möglich gewesen, eine Ausweitung hätte jedoch den Rahmen der Arbeit gesprengt.

### **2.2.2 Literaturanalyse**

Es ist eine grosse Menge von Literatur über Aggression, Gewalt und verwandte Themen vorhanden, was eine genau abgegrenzte Selektion verlangt. Die gesamte Literatur über Definitionen wurde ausser Acht gelassen, ebenso wurden die Gründe, Entstehung und Formen von Gewalt und Aggression ignoriert. Gezielt wurde nach Informationen über die möglichen psychischen Auswirkungen (inkl. Pathophysiologie) auf Pflegefachpersonen und Studien über die Wirksamkeit von Mitarbeiterschulungen gesucht; auch hier gibt es sehr viel Literatur, die –um die Arbeit einzugrenzen- auf das vorhandene Mass reduziert wurde.

## **2.3 Ergebnisse**

### **2.3.1 Allgemeines**

Eine tabellarische Übersicht über die Ergebnisse befindet sich im Anhang, zur einfacheren Ansicht wurden die wesentlichen Erkenntnisse als Diagramme dargestellt, unter den Diagrammen befinden sich kurze Zusammenfassungen, die sich auf die Angaben der Befragung beziehen.

Auf einigen Bögen waren zu mehreren Fragen schriftliche Anmerkungen der Pflegefachpersonen angebracht worden, welche zur Kenntnis genommen, aber nicht verwertet wurden. Da die Bögen –und somit die Kommentare- nach Abschluss der Arbeit vernichtet werden, wird dazu kein Bezug hergestellt.

Bei einigen Fragen (1, 2, 4, 5, 9, 12, 13) fehlte jeweils ein Zahlenwert, die Häufigkeitsschätzung wurde gemacht. Die fehlende Angabe wurde im Durchschnittswert berücksichtigt.

Die Daten wurden trotz des Fehlens verwendet, da ansonsten nochmals zwei Bögen nicht hätten ausgewertet werden können.

Die Fragen 17 und 18 werden hier nicht als Diagramm dargestellt, da es bei diesen Fragen um die Häufigkeit der Krankheitstage und einen Zusammenhang der Krankheitstage mit den Aggressionsereignissen geht.

Dies wurde zu 100% verneint und deshalb nicht weiter bearbeitet.

### **2.3.2 Probleme der Auswertung**

In Frage 13 (versuchter Suizid) gibt es massive Unterschiede, die sich dadurch erklären lassen, dass die Befragten von unterschiedlichen Prämissen ausgingen.

Einige Pflegefachpersonen fragten, ob gemeint sei, dass der versuchte Suizid der Aufnahmegrund sei, oder dieser auf der NF-STZ geschah.

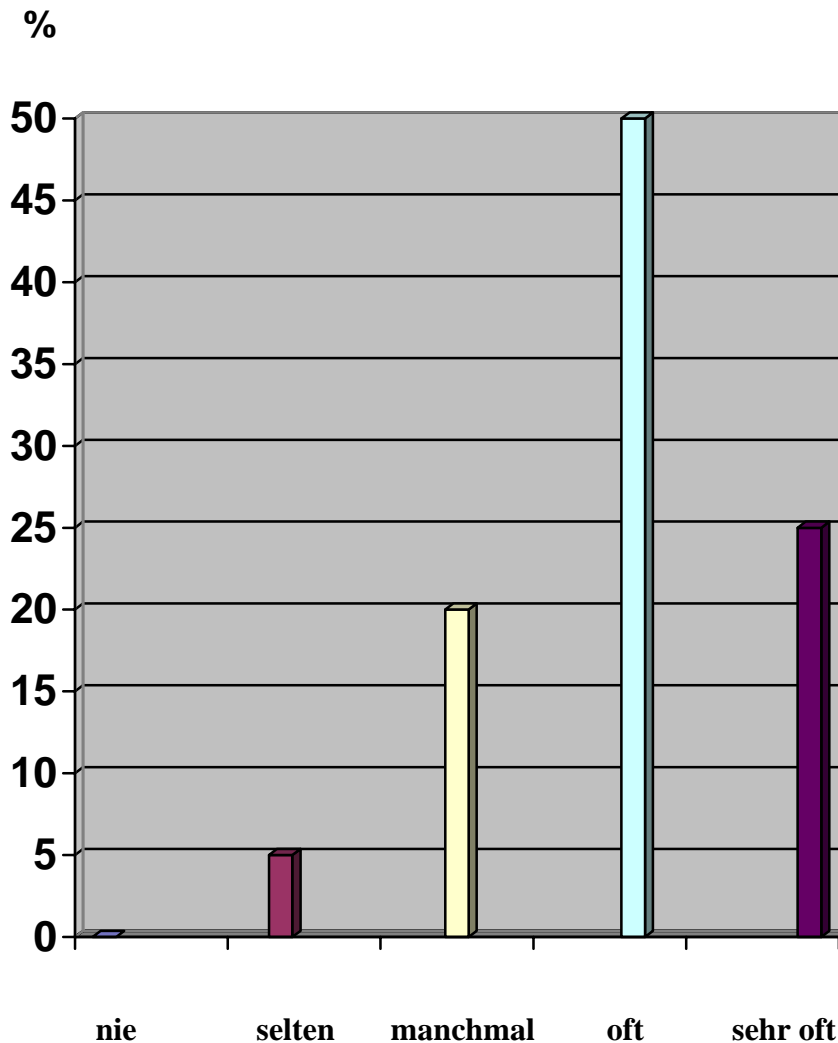
Diese Frage wurde nicht beantwortet, den Pflegefachpersonen war es freigestellt, nach eigenem Ermessen zu antworten. Die massiven Unterschiede geben ein uneinheitliches, kaum zu verwertendes Bild, welches trotzdem verwendet wurde, da sie einerseits die unterschiedliche Wahrnehmung der Aggression widerspiegelt und andererseits die angegebene Häufung der Vorkommnisse als relevant eingestuft wurden.

Die Phänomene des Over- und Underreporting bei derartigen Befragungen sind bekannt, werden allerdings nicht weiter berücksichtigt, da eine absolut subjektive Einschätzung erwünscht und gewollt ist.

### 2.3.3 Ergebnisse in Diagrammform

## Frage 1: verbale Übergriffe ohne klare Drohung

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche Lärmen, herumbrüllen, fluchen, persönliche Beleidigungen aussprechen, schreien. Diese Äusserungen werden von Ihnen jedoch nicht als bedrohlich empfunden.

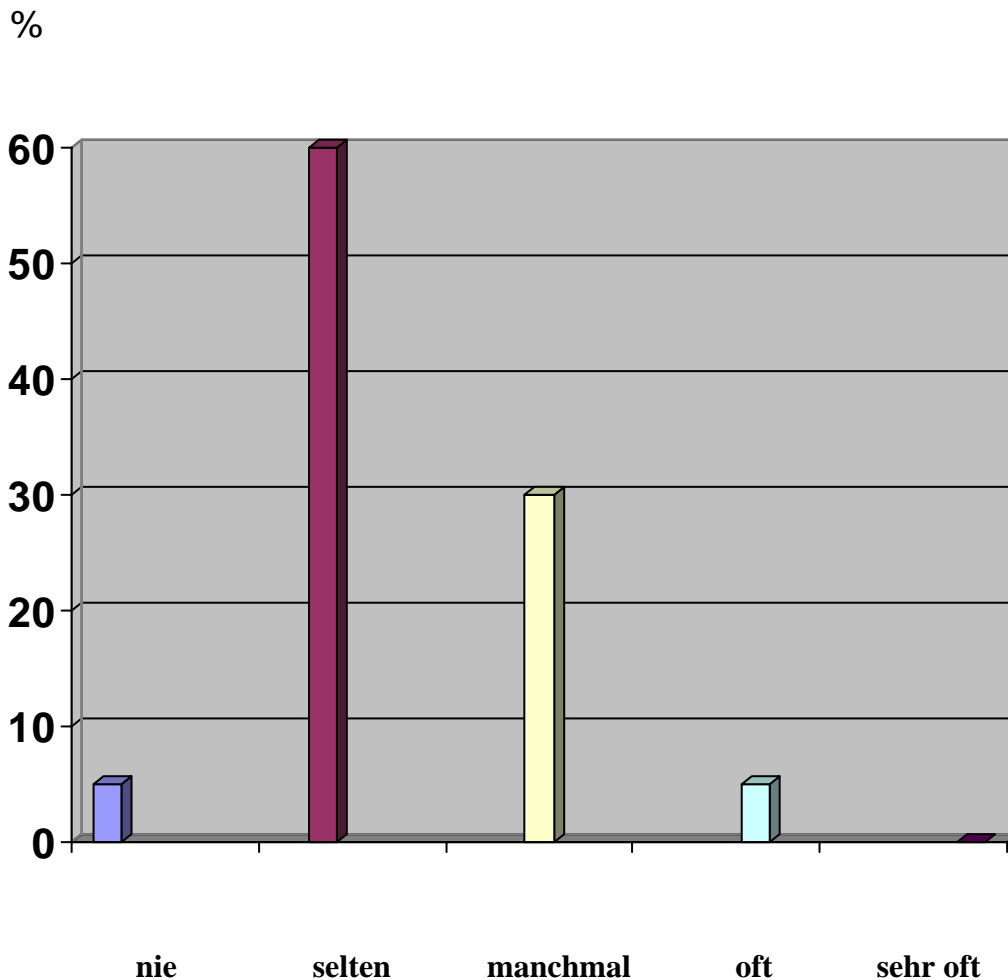


#### **Kommentar:**

75% der Befragten gaben an, dies „oft“ oder „sehr oft“ zu erleben; die höchst angegebene Zahl lag bei 200 Vorfällen im fraglichen Zeitraum, bei 6 Angaben > 100/12 Monate (30%), ist diese Zahl sehr hoch. Im Durchschnitt erlebte jede Pflegefachperson 63.53 derartige Vorfälle in den letzten 12 Monaten.

## Frage 2: verbale Übergriffe mit klarer Drohung

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche boshaft fluchen, aus Wut unflätige Ausdrücke anwenden, Ihnen verbal eindeutig mit Gewalt drohen, Wutanfälle haben, damit drohen, Ihnen ausserhalb des Arbeitsplatzes Gewalt anzutun. Irgendeine dieser Verhaltensweisen wird von Ihnen als beängstigend und bedrohlich empfunden, welches zu seelischer Belastung führen kann.



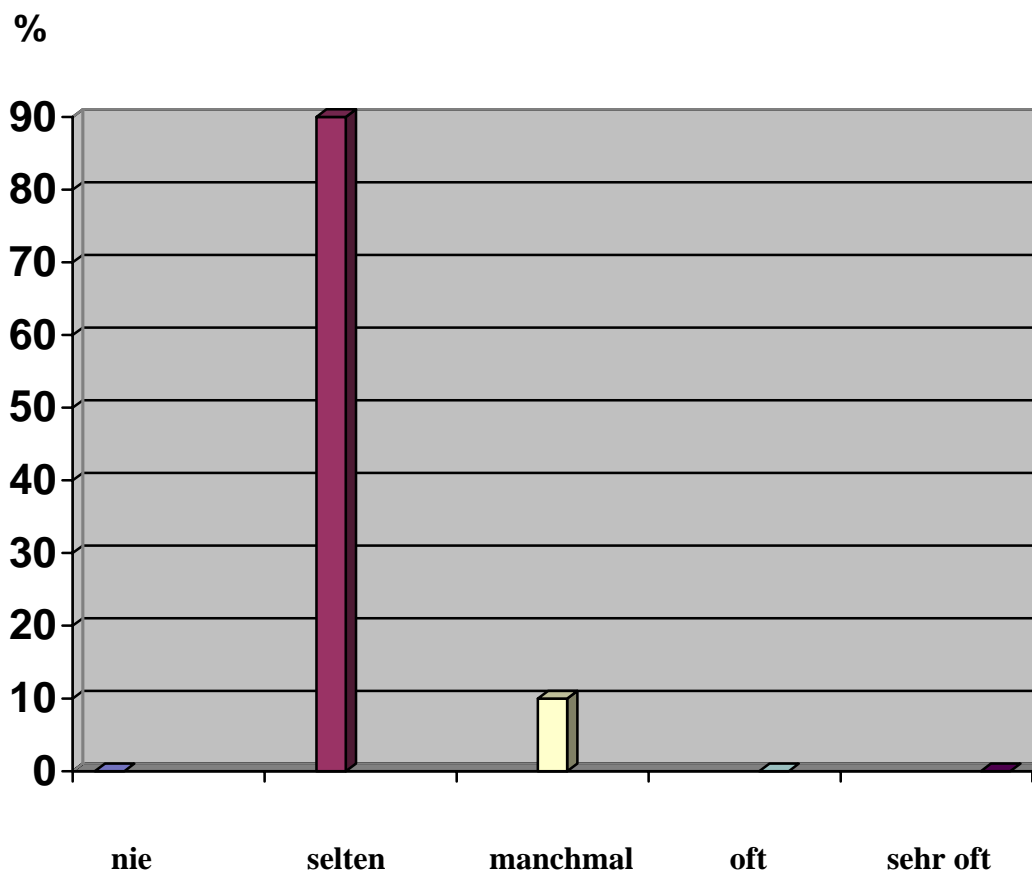
### **Kommentar:**

90% der Befragten erlebten diese Vorfälle selten bis manchmal, wobei sich die Zahlenangaben hauptsächlich im einstelligen Bereich finden; die Höchstangabe mit 120/12 Monate ist von der zweithöchsten Angabe (10/12 Mon.) weit entfernt.

Durchschnittlich erlebte jede Pflegefachperson 9.63 dieser Ereignisse in den befragten 12 Monaten.

## Frage 3: demütigendes aggressives Verhalten

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche eindeutige persönliche Beleidigungen ausstossen (exklusiv sexuelle Einschüchterungen oder Belästigungen), ausfällig fluchen, wüste Beschimpfungen vorbringen, spucken, abwertende Bemerkungen und Gesten machen. Diese Verhaltensweisen werden von Ihnen als eindrücklich empfunden und können Ihren Berufsstolz und Ihr Selbstwertgefühl verändern. Mit anderen Worten: Sie fühlen sich gedemütigt. (Für Verhaltensweisen das Sie als sexuelle Einschüchterung oder Belästigung empfinden, bitte Frage 15 beachten).

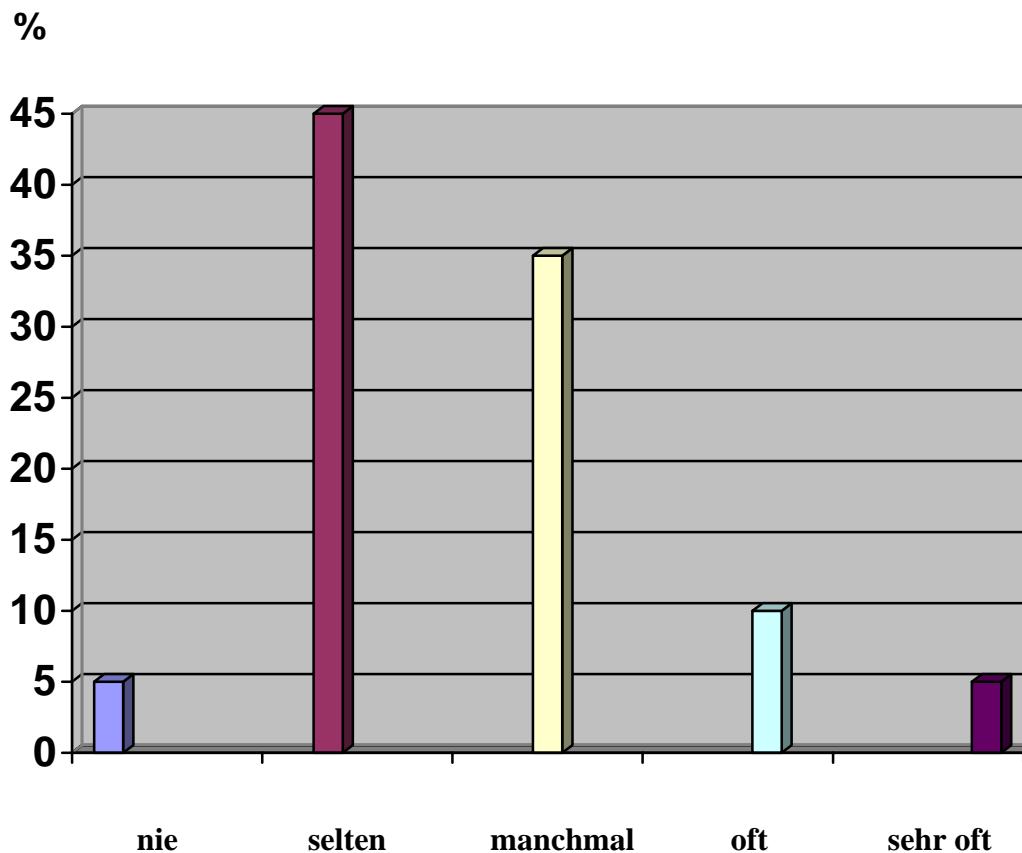


### Kommentar:

Von den Befragten gaben 90% an, selten ein solches Verhalten erlebt zu haben, die angegebenen Zahlenwerte liegen mit zwei Ausnahmen im einstelligen Bereich, wobei auch der zweithöchste Wert (10/12 Mon.) mit einem „selten“ angegeben worden war. Eindrücklich ist, dass es selten vorkommt, aber die Angabe „nie“ bei 0% liegt.

## Frage 4: herausfordernde aggressive Verhaltensweisen

Herausfordernde Verhaltensweisen können solche sein, die Sie als Provokation empfinden, oder mit denen bei Ihnen oder anderen ein Streit angefangen wurde mit dem Ziel, eine negative Reaktion zu bewirken. Mit anderen Worten: Sie fühlen sich durch das Verhalten des Patienten / der Patientin dazu herausgefordert, mit Handlungen oder Bemerkungen zu reagieren, die Sie eigentlich nicht akzeptabel empfinden.



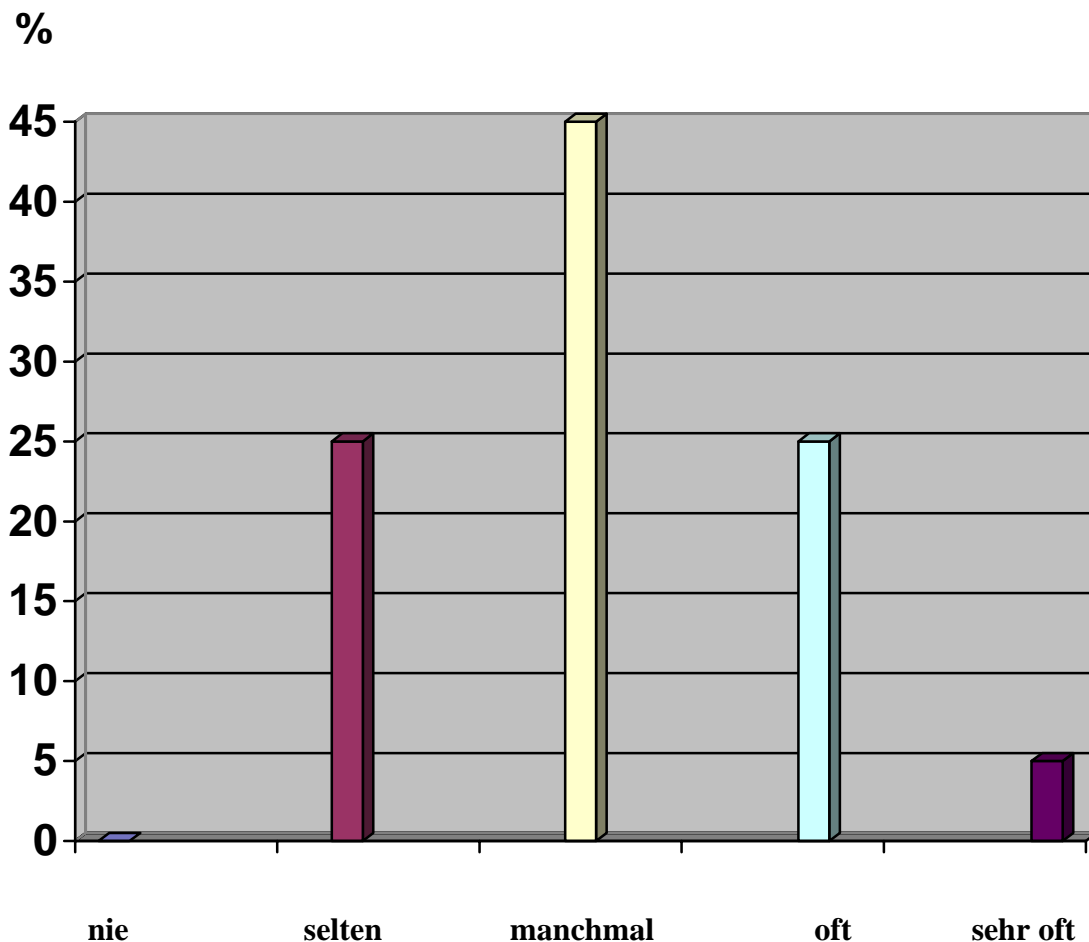
### Kommentar:

50% der Befragten erlebten diese Verhaltensweisen nie oder selten, die anderen 50% verteilen sich absteigend von manchmal – oft -sehr oft. Dennoch wurde von 30% ein Wert > 10/12 Mon. angegeben. Zwei Werte waren mit 10/12 Mon. gleich, waren aber als „manchmal“ bzw. „oft“ deklariert; während ein Wert mit 50 als „manchmal“ angekreuzt war, lag ein anderer mit 40 bei „oft“. Im Durchschnitt erlebte jede Pflegefachperson dies fast einmal im Monat.



## Frage 5: passive aggressive Verhaltensweisen

Zum Beispiel Verhaltensweisen, welche Sie als irritierend, störend, blockierend und/oder kontraproduktiv empfinden, ohne dass sie gleichzeitig offen aggressiv wirken. Der Patient/die Patientin scheint oberflächlich kooperativ zu sein, die unterschwellige Verhaltensweise wird von Ihnen jedoch als das genaue Gegenteil empfunden als das vordergründige kooperative Verhalten.



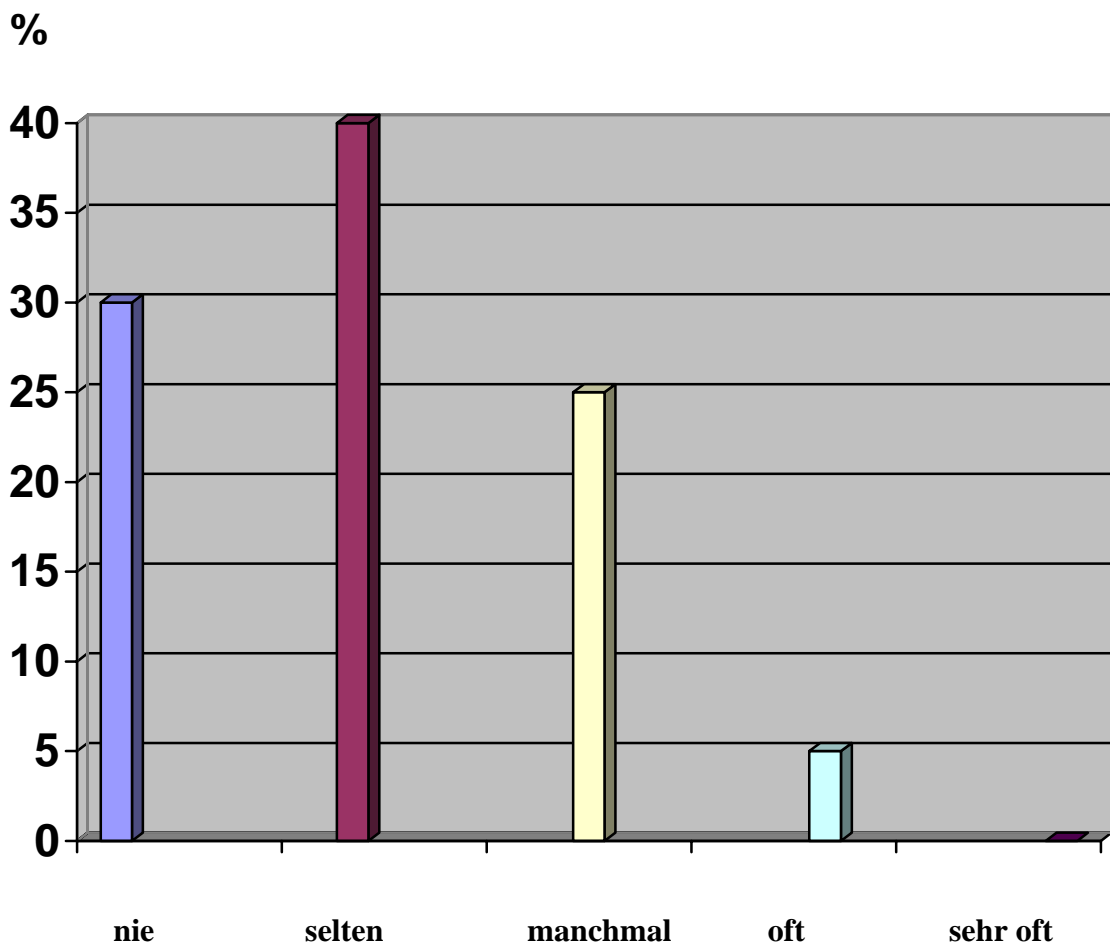
### Kommentar:

100% gaben an, dies erlebt zu haben, 30% oft bis sehr oft; bei 65% der Befragten geschah dies mehr als 10x im fraglichen Zeitraum. Dies entspricht einem Durchschnitt von >2x je Monat je Pflegefachperson.

Der höchste Wert lag bei 100 und war mit „oft“ angegeben, höher als der „sehr oft“ – Wert von 60, ein gleich hoher Wert war mit „oft“ deklariert und ein Wert von 50 galt als „manchmal“.

## Frage 6: aggressive spaltende Verhaltensweisen

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, bei welchen bemerkt wird, dass sie mit manipulativen Verhaltensweisen das Personal oder die PatientInnen gegeneinander ausspielen und/oder dazu neigen, andere instabile Persönlichkeiten für sich einvernehmen mit dem Ziel diese gegen das Personal aufzuwiegeln/aufzubringen. Diese Verhaltensweisen führen zu Streit oder Disharmonie unter dem Personal.



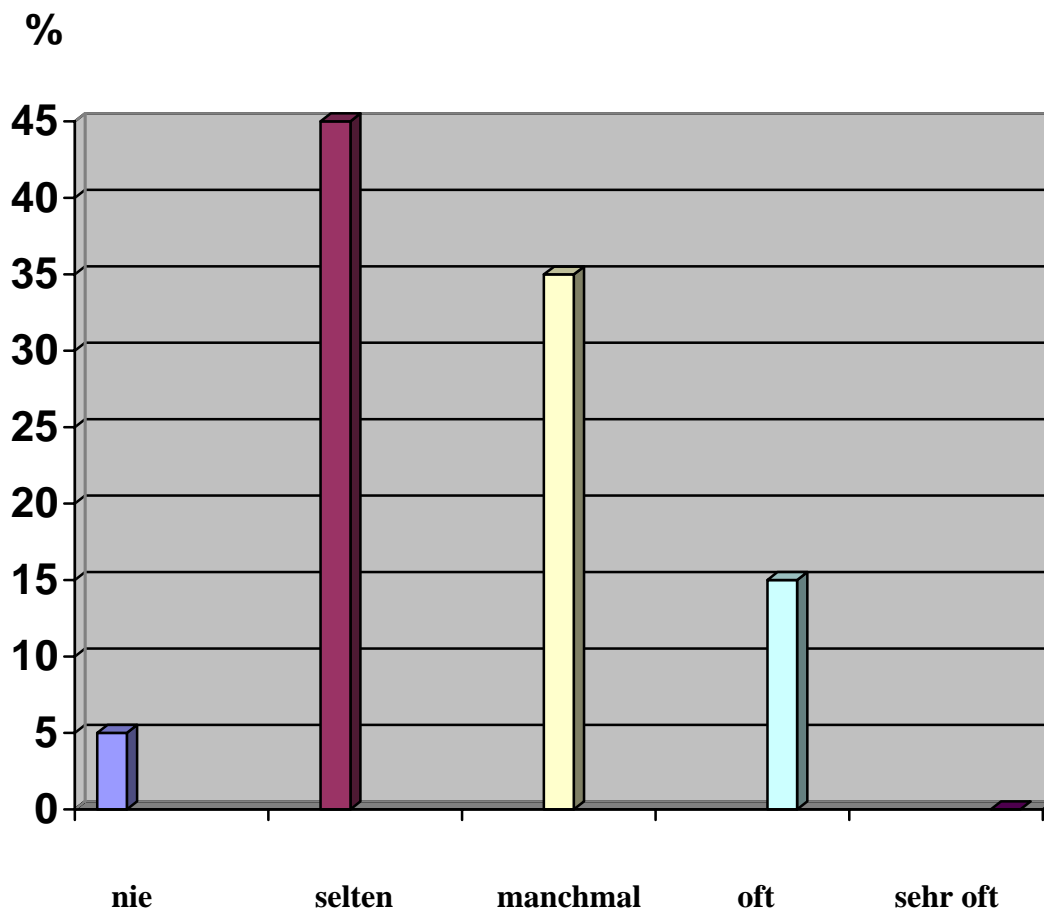
### Kommentar:

70% erleben diese Verhaltensweisen nie oder selten, niemand gab „sehr oft“ an; ein Wert von 15 liegt –als „oft“ angegeben- deutlich niedriger, als ein anderer von 50 bei „manchmal“ oder auch 20 bei „selten“.

30 % gaben einen Wert > 10/12 Mon. an. Durchschnittlich erlebte dies jede Pflegefachperson etwas mehr als alle zwei Monate im befragten Jahr.

## Frage 7: bedrohliche körperliche Verhaltensweisen

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche mit Gegenständen um sich werfen, ohne direktes Ziel und/oder ohne Verletzungen zu verursachen, Türen schlagen, Gegenstände treten/schlagen, ohne sie zu zerbrechen, Textilien verstreuen, Schmutzflecken hinterlassen oder Gegenstände verunstalten, auf den Boden urinieren, Drohgebärden machen, mit Waffen drohen. Diese Verhaltensweisen empfinden Sie als bedrohlich.

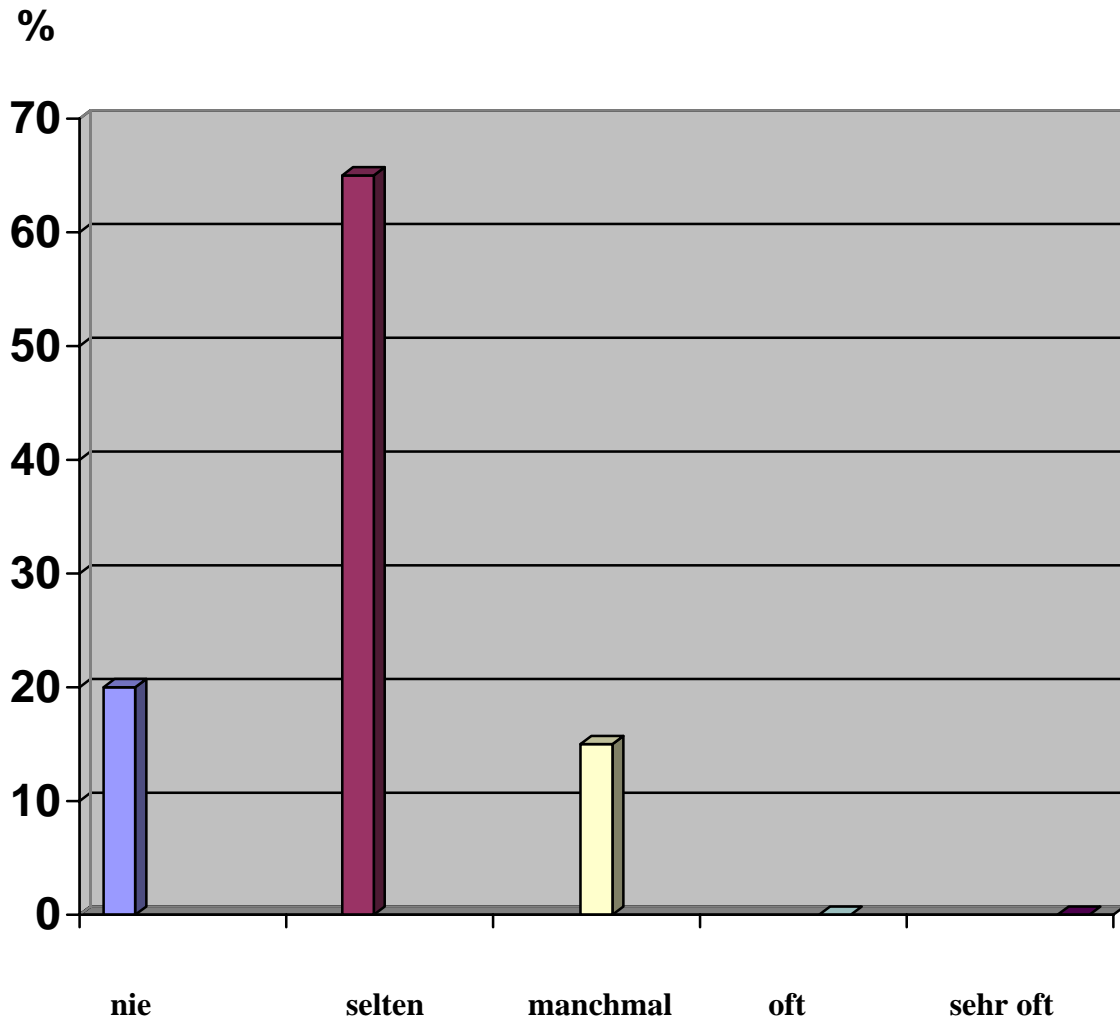


### Kommentar:

50% der Befragten erlebten diese Verhaltensweisen manchmal bis oft, nur 5% erlebten sie nie. Während ein Wert mit 15/12 Mon. als „oft“ eingestuft war, lag ein anderer mit 100/12 Mon. bei „oft“, ein Wert mit 50/12 Mon. war als „manchmal“ angegeben und je ein Wert lag bei 8/12 Mon. wurden allerdings einmal als „oft“ und einmal als „selten“ deklariert.

## Frage 8: zerstörerische aggressive Verhaltensweisen

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche Gegenstände zerstören, Gegenstände zerschlagen, Feuer legen, Gegenstände herumwerfen oder Handlungen wie Schlagen oder Treten welche bei Gegenständen Schäden verursachen.

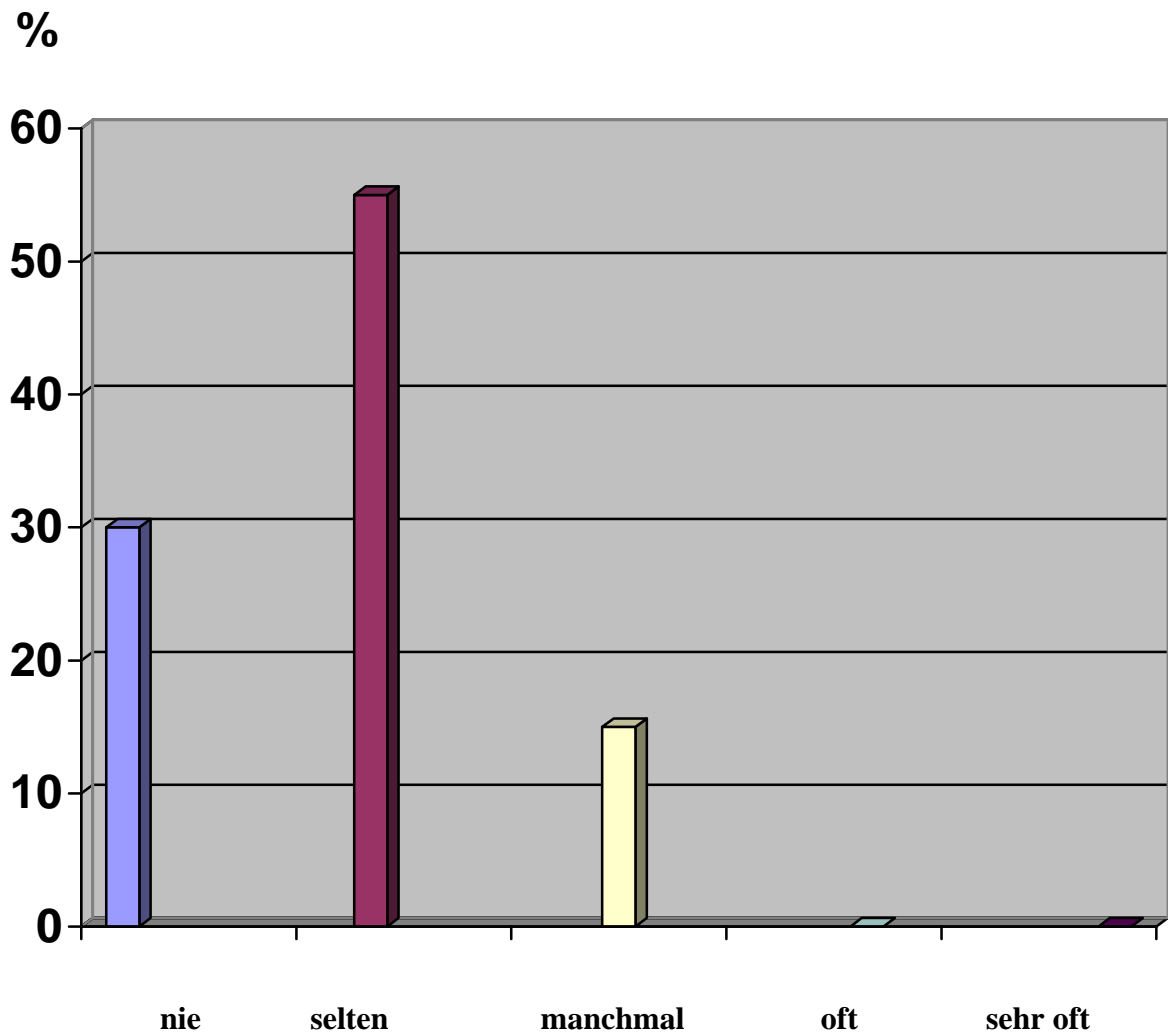


### Kommentar:

85% erlebten diese Verhaltensweise selten bis nie. Ein Wert von 4/12 Mon. wurde mit „manchmal“ angegeben, während zwei Angaben von „selten“ mit 5, bzw. 10/12 Mon. eingestuft waren. Trotz des geringen Vorkommens, ist im Durchschnitt jede Pflegefachperson pro Jahr fast 5x davon betroffen.

## Frage 9: mässige körperliche Gewalt

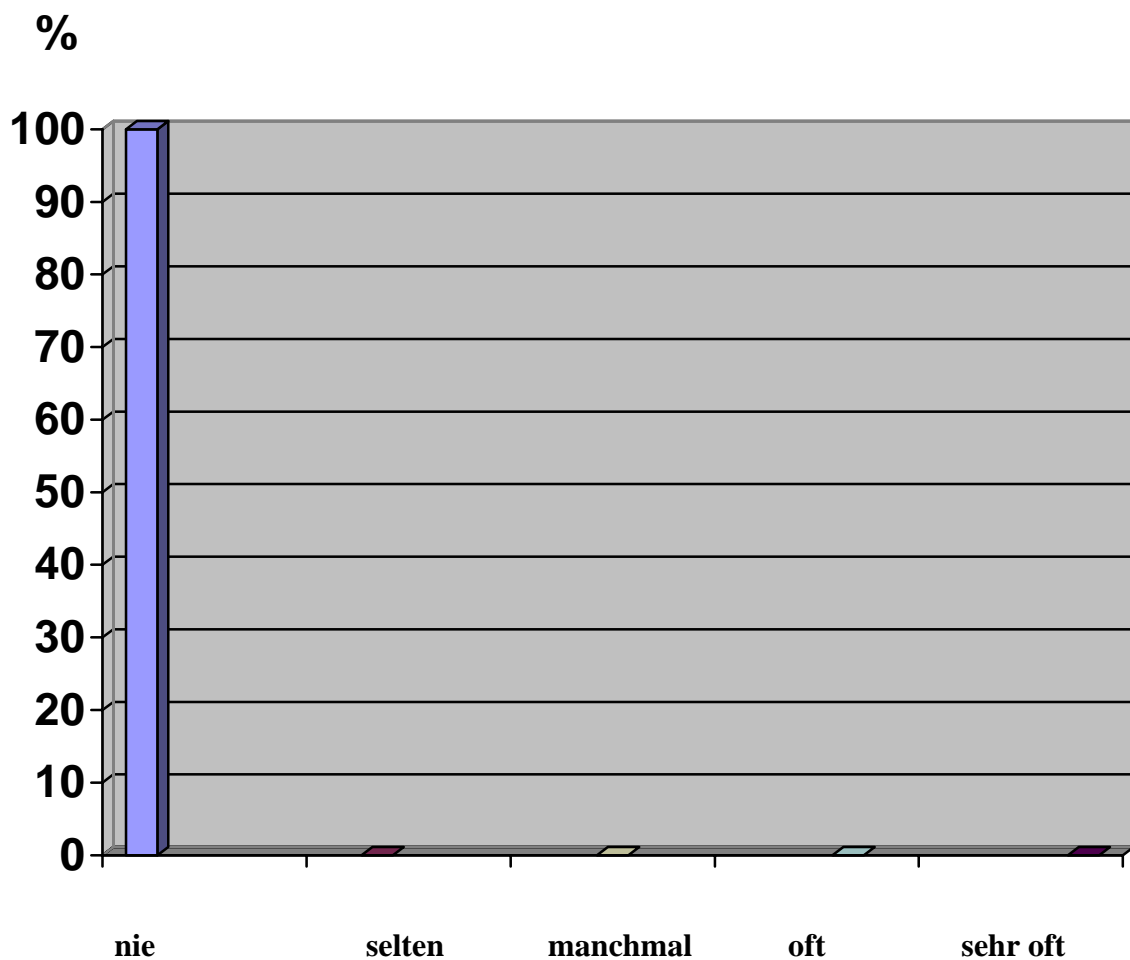
Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche treten, schlagen, stossen, Fausthiebe austeilen, kratzen, an den Haaren ziehen, Haaren ausreissen, beissen, Sie angreifen usw. Diese Verhaltensweisen führen jedoch entweder zu keinen Verletzungen höchstens zu kleineren Verletzungen, z.B. blauen Flecken, Zerrungen / Verstauchungen, Striemen.



Bei 30% der Befragten ist dies in den befragten 12 Monaten nicht vorgekommen, 70% hatten mässige körperliche Gewalt durch PatientInnen an sich erlebt. Zwei Werte die jeweils mit 10/12 Monate angegeben waren, wurden einmal mit „manchmal“ und einmal mit „selten“ deklariert. Der höchste Wert von 50/12 Mon. war als „manchmal“ angegeben. Niemand gab an, dass es „oft“ oder „sehr oft“ vorkäme.

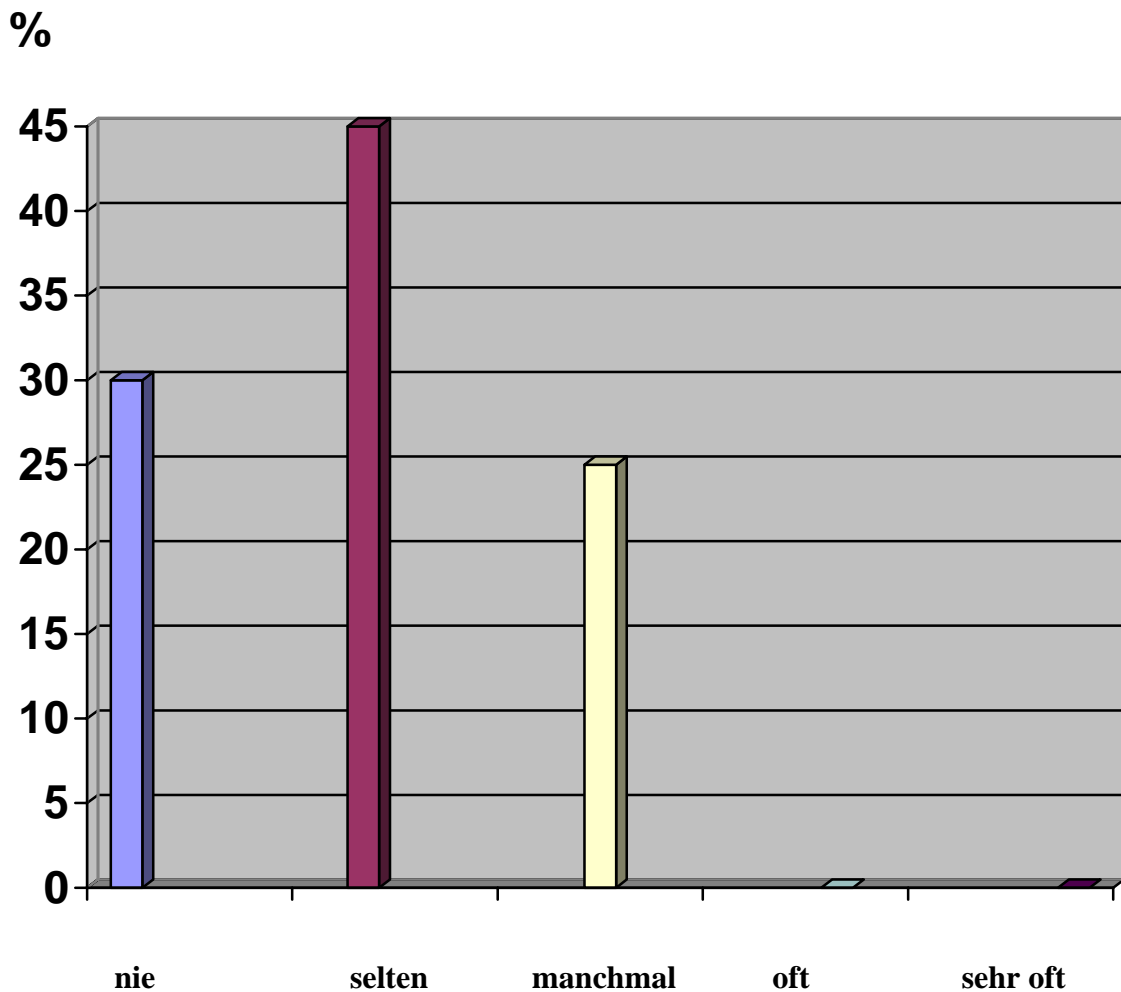
## Frage 10: schwere körperliche Gewalt

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche Sie auf eine Weise angreifen, die schwere Verletzungen zur Folge hat. Dies können beispielsweise Knochenbrüche, tiefe Fleischwunden, innere Verletzungen, ausgeschlagene Zähne, Bewusstlosigkeit sein und müssen ärztlich behandelt werden oder machen die Einweisung in ein Spital oder Krankenhaus notwendig.



## Frage 11: mässige, gegen sich selbst gerichtete Gewalt

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, die sich kratzen oder sich selbst beißen, sich selbst schlagen, an ihren eigenen Haaren ziehen, ihren Kopf anschlagen, Gegenstände mit Fausthieben traktieren, sich auf den Boden oder auf Gegenstände werfen. Diese Verhaltensweisen führen zu keinen oder nur kleineren Verletzungen.

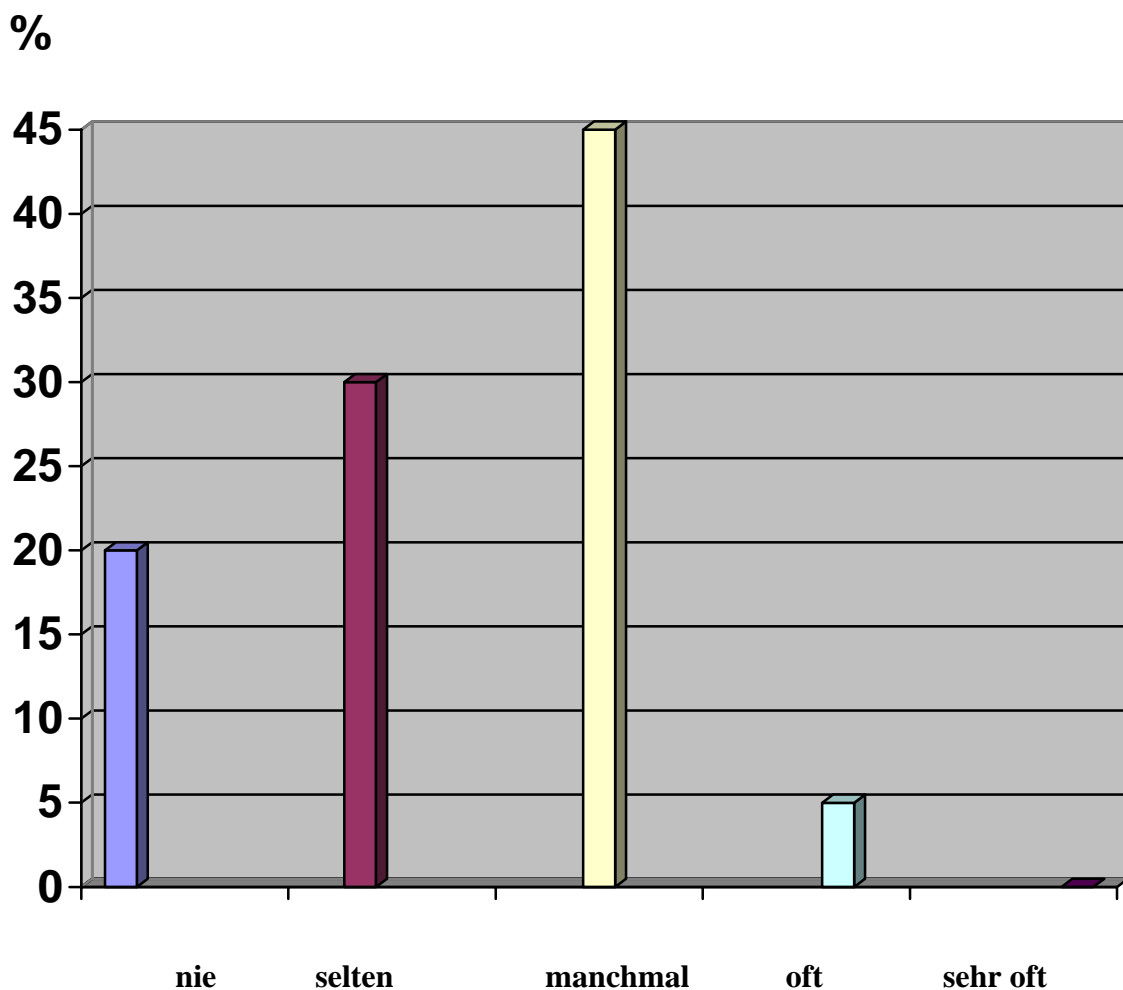


### Kommentar:

Der höchste Wert von 20/12 Mon. war mit „selten“ angegeben worden, ein Wert von 3/12 Mon. mit „manchmal“ deklariert. Zwei gleiche Werte von 10/12 Mon. waren einmal als „selten“, einmal als „manchmal“ deklariert.

## Frage 12: schwere gegen sich selbst gerichtete Gewalt

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, die sich durch Selbstverstümmelung tiefe Schnitte, blutende Bisse, Verbrennungen mit Zigaretten- ernsthafte Verletzungen zufügen: Schnittwunden oder hochgradige Verbrennungen, innere Verletzungen, Brüche, Bewusstlosigkeit, Zahnverlust, welche ärztlich behandelt werden müssen beispielsweise die Einweisung in ein Spital oder Krankenhaus notwendig machen.



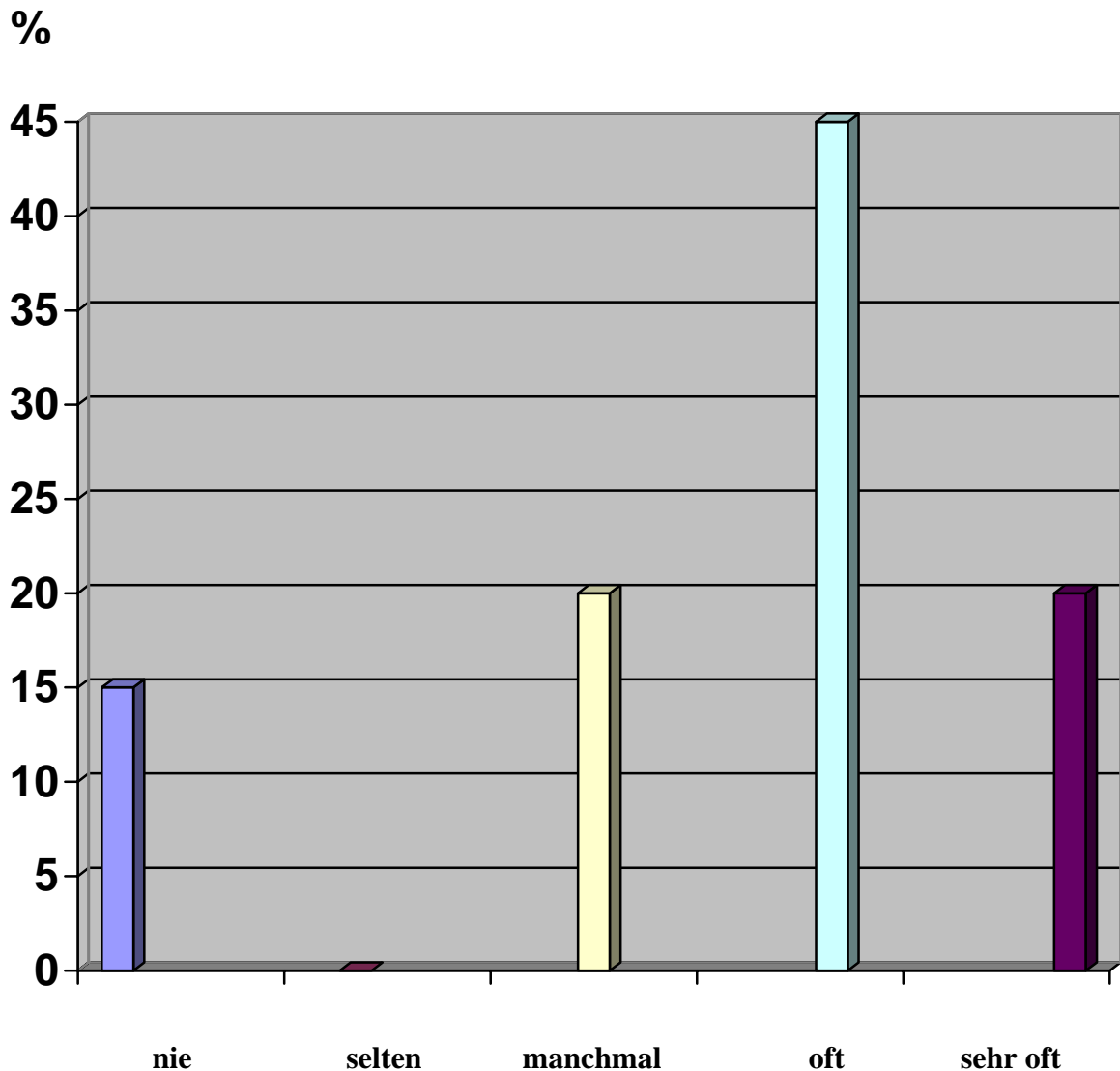
### Kommentar:

Die Angabe „oft“, wurde mit einem Wert von 15/12 Mon. belegt; die höchste Angabe von 50/12 Mon. wurde als „manchmal“ deklariert. Eine Zahlenangabe zu „manchmal“ wurde nicht gemacht. 6x wurden Werte > 10 angegeben.



## Frage 13: Versuchter Suizid

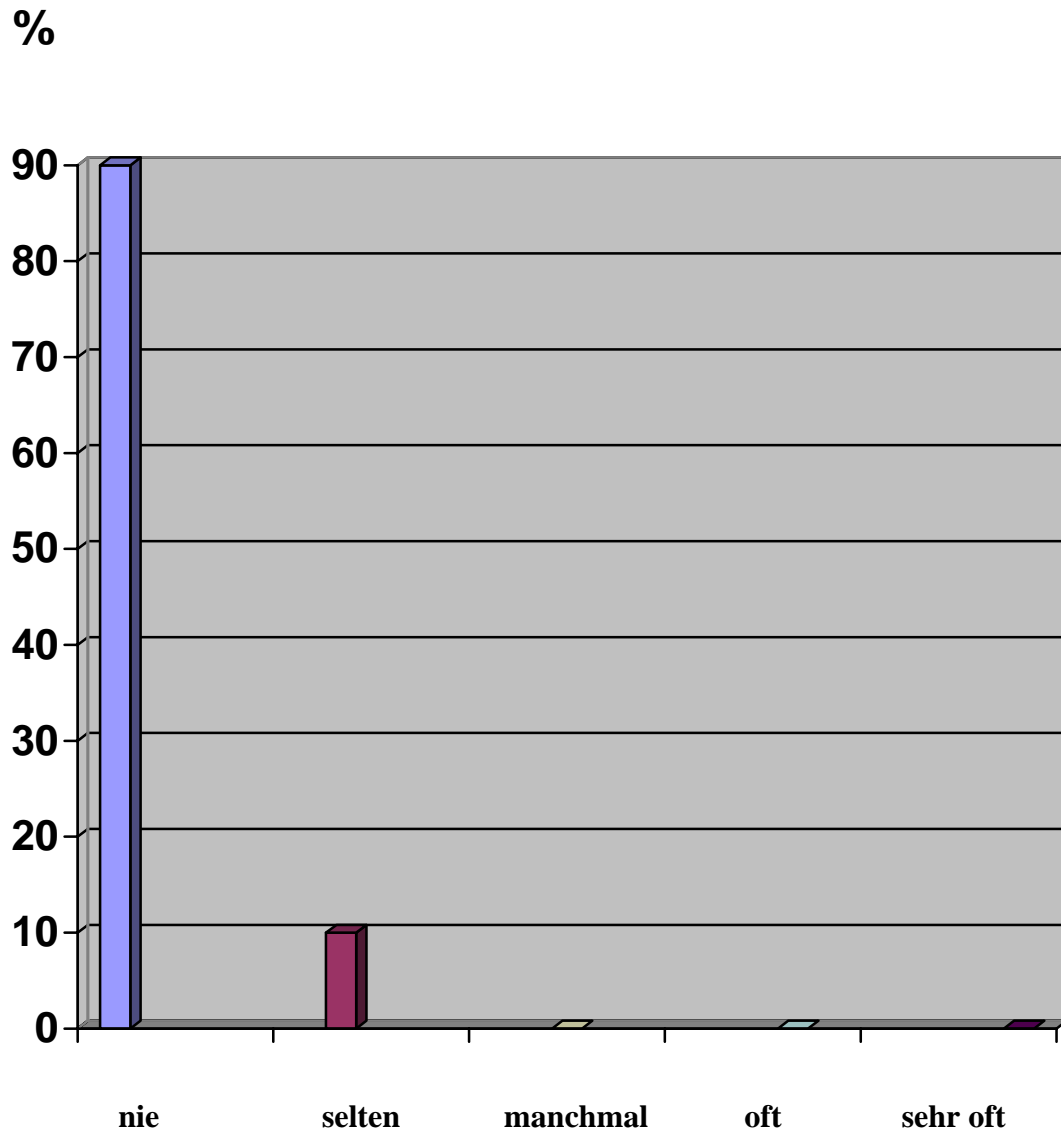
Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, die eine Überdosis von Medikamenten einnehmen, sich die Pulsadern aufschneiden, von Gebäuden etc. springen aber deren Handlungen nicht zum Tod führen.



### Kommentar:

15% erlebten dies nie und niemand gab an, dass es selten zum versuchten Suizid kam. 65% der Befragten erlebten dies Phänomen oft bis sehr oft. Es gibt nur eine Zahlenangabe im einstelligen Bereich, drei Werte => 100/12 Mon. ein Wert von 60/12 Mon. wird als „manchmal“, ein Wert von 52/12 Mon. als „oft“ angegeben

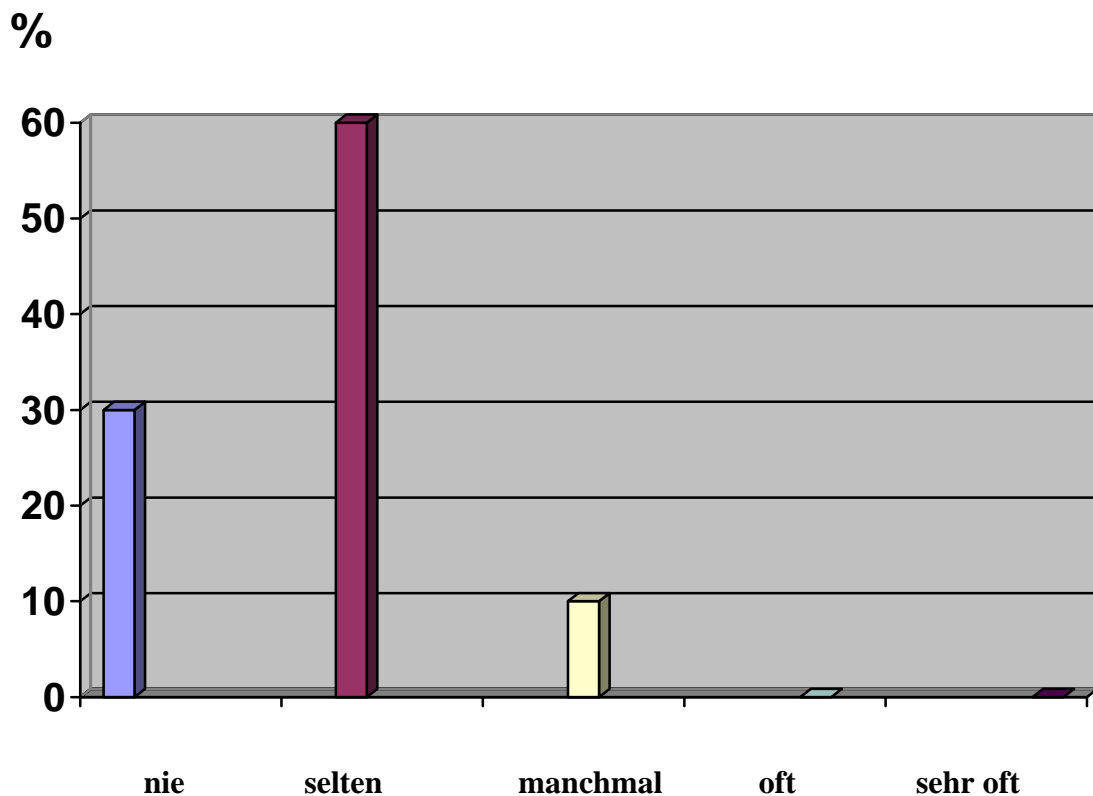
## Frage 14: vollendeter Suizid



Zwei Angaben mit einmal einem und einmal zwei Ereignissen in dem befragten Zeitraum.

## Frage 15: sexuelle Einschüchterung/Belästigung

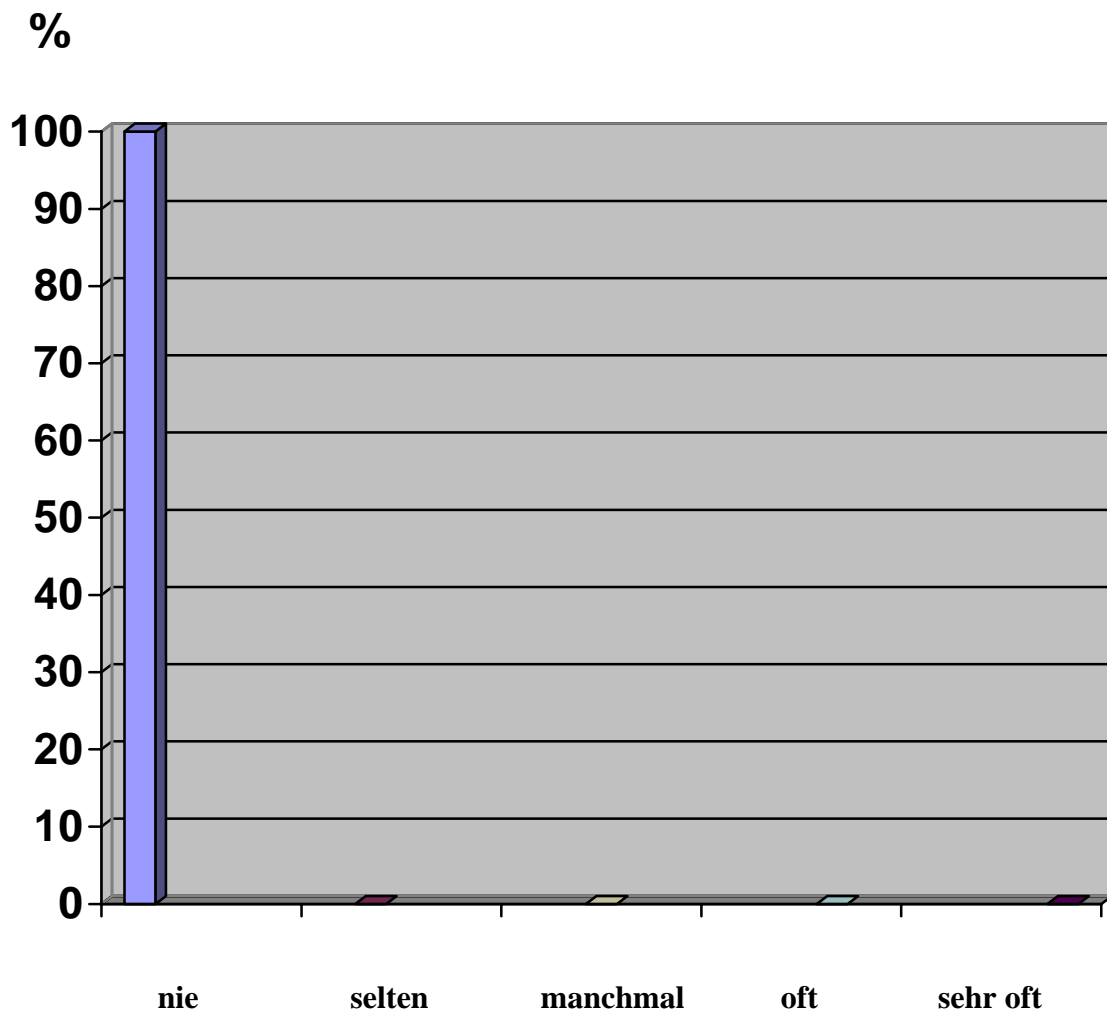
Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche obszöne Gesten machen, Verhaltensweisen zeigen, welche Sie als Übergriffe oder als exhibitionistisch empfinden. Gemeint ist auch das Verlangen von Geschlechtsverkehr oder das Verlangen von privaten Treffen, die unverlangte Äußerung von sexuellen/zweideutigen Bemerkungen, das Hinterherlaufen und Verfolgen, Sie privat und unaufgefordert anrufen oder Ihnen privat und unaufgefordert Briefe schreiben, Ihnen mit Tätlichkeiten oder Vergewaltigung drohen, sexistische Verhaltensweisen zeigen, Sie mit pornografischem Material konfrontieren oder Zeichnungen sexueller Natur (an der Wand etc.) malen.



70% der Befragten haben dies im Befragungszeitraum erlebt.

## Frage 16: sexueller Übergriff/Vergewaltigung

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche Sie körperlich auf eine Weise angreifen, die Sie als Versuch empfinden, mit Ihnen ohne Ihre Zustimmung Geschlechtsverkehr, oralen oder gewalttätigen Sex haben, oder zu Penetrationsverkehr führen.



### **3. Schlussteil**

#### **3.1 Diskussion**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen diskutiert.

##### **3.1.1 Forschungsfrage 1: Erinnerung an Aggressionsereignisse**

Alle Fragebögen enthalten Angaben zu der Häufigkeit der Aggressionsereignisse, z.T. wurden keine Angaben zu der Anzahl der Ereignisse gemacht; somit erinnern sich alle Befragten an ein Vorkommen (oder Nicht-Vorkommen) der beschriebenen Ereignisse.

Zu allen Fragen lässt sich sagen, dass es zwischen der Angabe der Häufigkeit und der Mengenangabe keinerlei Zusammenhang gibt, gleiche Zahlenangaben werden von unterschiedlichen Personen mit einer unterschiedlichen Häufigkeit angegeben. Deutlich wird dies u.a. bei der Frage 7 (bedrohliche körperliche Verhaltensweisen), wo für dieselbe Anzahl (8/12 Mon.) einmal „selten“ und einmal „oft“ angegeben wird. Derartige Angaben(un)gleichheiten finden sich –mit Ausnahme der Fragen 10 (schwere körperliche Gewalt: 100% nie), 14 (vollendeter Suizid: 90% nie, 10% selten ) und 16 (sexueller Übergriff/Vergewaltigung: 100% nie)- in jedem Fragenkomplex.

Dies dürfte damit zusammenhängen, dass gleiche und/oder ähnliche Ereignisse von unterschiedlichen Personen anders wahrgenommen (vgl. LeDoux, Joseph, S.224 f), gespeichert und wieder abgerufen werden, da die gedankliche Fesselung an die Situation von Person und Rolle abhängig ist. Auch ist es so, dass die (deklarative und emotionale) Erinnerung an ein Ereignis nicht (unbedingt) das erlebte Ereignis so widerspiegeln muss, wie es stattfand (LeDoux, S. 225 f).

Wenn also ein Befragter angibt, er empfinde 150 Ereignisse als „oft“, und ein anderer empfindet 100 Ereignisse als „sehr oft“ (Frage 1: verbaler Übergriff, ohne direkte Bedrohung), ist dies zwar quantitativ weniger, hat aber für den Betroffenen dennoch die Qualität, die er angibt; deshalb kann die quantitative Zahlenangabe nur als Hinweis für die Häufigkeit, nicht aber als Intensität der Wahrnehmung gelten.

Hervorzuheben sind die Fragen 1 (verbale Übergriffe ohne klare Drohung) und 12 (versuchter Suizid) bei denen die Angaben zur Häufigkeit mit deutlich über 50% (1: 75%; 12: 65%) bei „oft“ und „sehr oft“ lag. Diese sind somit die Aggressionsereignisse, an die sich das Pflegefachpersonal am stärksten erinnert; schreiende, beleidigende PatientInnen und solche, die versucht haben, sich das Leben zu nehmen.

Bei Höchstwerten von 200 (Frage 1) und Höchstwerten von 260 (Frage 12), kommt dies –bei einem Arbeitspensum von 100%- fast jeden Arbeitstag, oder mehrmals pro Arbeitstag vor (lt. Steuererklärung 2004: 240 Arbeitstage pro Jahr bei einem Arbeitspensum von 100%).

### **3.1.2 Forschungsfrage 2: Auswirkungen auf das Pflegepersonal**

Gemäss Richter kann der dauernde Stress ein Burn-out Syndrom auslösen und gemäss ICD-10 –der allerdings von einem PTBS spricht- ist nicht das Ereignis, sondern seine Bedeutung für den Betroffenen ausschlaggebend für die Entwicklung des Krankheitsbildes. Miteinander verknüpft liesse sich die These aufstellen, dass Burn-out durch andauernden Stress ausgelöst werden kann und Stress das ist, was der Betroffene als Stress empfindet und wahrnimmt (was durch LeDoux bekräftigt wird).

Die befragten Pflegefachpersonen sind unterschiedlichen Aggressionsformen unterschiedlich häufig (in erinnerter Quantität und Qualität) ausgesetzt und erinnern sich in unterschiedlicher Intensität und Häufigkeit daran.

Was das in ihnen auslöst, vermag diese Arbeit nicht zu eruieren, dass solche Belastungen zu einem Burn-out führen können, ist vorgehend nachvollziehbar geschildert; auch die Tatsache, dass Aggressionsereignisse, die durch PatientInnen ausgelöst wurden, zu einem PTBS führen können, ist ersichtlich, da dafür das Erleben der einzelnen Person als Massstab zu setzen ist; was der Beobachter nicht unbedingt einsehen muss, da die Beobachtung von der Person und Rolle abhängig ist.

Somit sei festzustellen, dass die Aggression und Gewalt durch PatientInnen bei betroffenen Pflegefachpersonen sowohl ein Burn-out als auch ein PTBS auslösen kann.

### **3.1.3 Forschungsfrage 3: Möglichkeiten zur Intervention**

Wenn wir davon ausgehen, dass Aggression in der Krankenpflege eine unumstössliche Realität ist, mit der wir umzugehen haben, werden wir nicht darum herumkommen, dem Personal im Gesundheitsdienst alle Möglichkeiten anzubieten, mit dieser –ungesunden- Realität möglichst gesundbleibend umzugehen.

Im Moment gibt es dazu nur zwei Möglichkeiten: zum einen ignorieren und zum anderen eine mehrtägige Schulung in Aggressionsmanagement.

Bei der Studie von Zeller (2003, siehe 2.1.6) wurde festgestellt, dass sich die Versuchsgruppe auch Monate nach der Schulung sicherer fühlte, als die Kontrollgruppe, ohne Nachweis eines sicheren Handlings.

Wenn sich das Personal sicherer fühlt, weil es glaubt, in bestimmten Situationen sicherer reagieren zu können, und das sich-sicherer-fühlen dazu führt, dass sich das Pflegefachpersonal nicht ausgeliefert fühlt, könnten die Merkmale des Burn-out und/oder PTBS verringert werden und zwar durch die Schulung der o.g. Studie, die dieses Sicherheitsgefühl vermittelt.

### **3.2 Reflexion**

Die gestellten Fragen wurden in dieser Arbeit angesprochen, diskutiert und beantwortet, wodurch sich wieder neue Fragen stellen, die an dieser Stelle nicht beantwortet werden können, aber aufgelistet werden.

Die Frage, wie sehr die befragten Personen unter der erlebten Gewalt leiden, bleibt unbeantwortet, da dies in diesem Fragebogen nicht eruiert wird; auch wird bei den Fragen 17 und 18 (Fehlten Sie wegen Krankheit, wie oft / wie oft durch Aggressionsereignisse?) kein Zusammenhang zu vorher erlebten Ereignissen gestellt.

Eine weitere –unbeantwortete- Frage stellt sich nach der Frage 15 (sexuelle Einschüchterung/Belästigung), hier wurde u.a. angegeben das 50 Ereignisse der letzten 12 Monate „manchmal“ seien. 50x pro Jahr ist bei 48 Arbeitswochen (52 Arbeitswochen – 4 Wochen Urlaub), mehr als einmal je Woche.

Dass es sich dabei um „manchmal“ handelt, mag mit den Coping-Strategien des Befragten zu tun haben, andererseits grenzen diese Angaben an eine Normalität, die im Bereich des Gesundheitsdienstes nicht zu suchen sein sollten.

Gemeint ist damit die bewusste Wahrnehmung der Aggression, derer wir ausgesetzt sind und die wir nicht erleben müssten, würden wir in anderen Wirtschaftsbereichen arbeiten.

Neben den unzähligen Möglichkeiten, nur die Zusammenhänge zwischen den angegebenen Zahlen und der Einschätzung der Häufigkeit zu sehen und zu interpretieren, gäbe es auch die Variante, die Angaben der einzelnen befragten Personen miteinander und untereinander zu vergleichen, so dass jeder Fragebogen die Möglichkeit einer eigenen Arbeit liefern könnte; auch wäre es möglich, aus jeder einzelnen Frage –durch Vergleiche mit anderen Probanden- eine wissenschaftliche Arbeit zu machen.

Somit böte dieser Fragebogen einen unermesslichen Schatz an Informationen, würde er angezapft...

Es hat sich während dieser Befragung herauskristallisiert, dass Aggression an unserem Arbeitsplatz vorhanden ist, sie ist da und lässt sich nicht wegreden; elementar ist, dass wir nicht versuchen, die Aggression komplett zu verhindern (da dies nicht möglich ist), sondern lernen, mit etwas umzugehen, was unumstösslich vorhanden ist.

Nur dadurch sind wir auch in Zukunft in der Lage, unseren Beruf professionell auszuüben.



## **Literaturverzeichnis**

- Hahn, Sabine (2003), Effekt einer Schulung auf die Haltung von Pflegepersonen zu Ursache und Management von Patientenaggression, (Masterthesis), Aarau, [www.heds-fr.ch](http://www.heds-fr.ch), abgerufen 17.03.2005
- Hartdegen, Karsten (1996), Aggression und Gewalt in der Pflege, Gustav Fischer Verlag Stuttgart Jena Lübeck Ulm, Stuttgart
- Ledoux, Joseph (2001), Das Netz der Gefühle – Wie Emotionen entstehen, dtv, München, 3. Auflage
- Needham, Ian, Abderhalden, Chris (2005), Forschungsprojekt Gewalt in der Psychiatrie-Lehrgang Trainerin Aggressionsmanagement,
- Oud, Nico (2000), POPAS Fragebogen, CONNECTING Partnerschaftsunternehmen für Beratung und Ausbildung, Hakfort 621, 1102 LA Amsterdam, Niederlande
- Richter, Dirk (2003), Psychisches System und soziale Umwelt. Soziologie psychischer Störungen in der Ära der Biowissenschaften, Psychiatrie Verlag, Bonn
- Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger (2001): Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz, SBK Sektion SG/TG/AI/AR, St. Gallen
- Statistisches Amt des Kantons Zürich (2005), [www.statistik.zh.ch](http://www.statistik.zh.ch), abgerufen: 14.11.2005
- Steck, Ruth (2005), Aggressionsereignisse auf Notfallstationen, [www.sbk-biz.ch/seiten/aktuelles/Aggressionsereignisse\\_auf\\_Notfallstationen.pdf](http://www.sbk-biz.ch/seiten/aktuelles/Aggressionsereignisse_auf_Notfallstationen.pdf), abgerufen: 30.11.2005
- Zeller, Adelheid (2003), Effekt einer Schulung in Aggressionsmanagement bei PflegeschülerInnen (Masterthesis), Aarau, [www.heds-fr.ch](http://www.heds-fr.ch), abgerufen 17.03.2005
- Zieger, Andreas (2005), Interdisziplinäre Perspektiven neurowissenschaftlichen Denkens und Handelns, <http://www.a-zieger.de/lehrveranstaltungen.php>, abgerufen: 05.09.2005

## Anhang A

Befragungsergebnisse in tabellarischer Form

1. verbaler Übergriff, ohne Drohung		2. verbaler Übergriff, mit Drohung		3. demütigendes Verhalten	
manchmal	20	selten	9	selten	1
oft	40	selten	1	selten	3
sehr oft	100	selten	3	selten	1
oft	150	selten	1	selten	2
oft	20	selten	1	manchmal	5
sehr oft	200	manchmal	10	selten	4
manchmal	15	selten	2	selten	1
sehr oft	150	oft	120	manchmal	50
oft	24	selten	2	selten	1
manchmal	10	selten	2	selten	1
sehr oft	110	selten	5	selten	5
oft	30	nie		selten	10
sehr oft	200	selten	8	selten	2
oft	25	manchmal	4	selten	2
selten	4	selten	1	selten	1
manchmal	60	selten	2	selten	2
oft	<b>ohne Angabe</b>	manchmal	<b>ohne Angabe</b>	selten	3
oft	30	manchmal	4	selten	2
oft	52	manchmal	6	selten	2
oft	50	manchmal	8	selten	2

4. herausfordernde aggressive Verhaltensweisen		5. passiv aggressive Verhaltensweisen		6. aggressive spaltende Verhaltensweisen	
selten	5	manchmal	20	nie	
selten	2	selten	2	manchmal	5
manchmal	5	manchmal	5	selten	1
manchmal	10	manchmal	10	selten	1
oft	10	selten	4	oft	15
selten	2	oft	100	manchmal	50
manchmal	5	selten	4	nie	
manchmal	50	manchmal	50	selten	20
selten	3	selten	1	nie	
selten	1	oft	20	manchmal	10
selten	3	oft	50	selten	3
oft	40	oft	40	selten	10
selten	3	oft	60	nie	
selten	4	manchmal	12	manchmal	12
manchmal	<b>ohne Angabe</b>	manchmal	<b>ohne Angabe</b>	manchmal	5
nie		selten	10	nie	
selten	3	manchmal	8	selten	2
manchmal	12	manchmal	12	nie	
sehr oft	60	sehr oft	60	selten	2
manchmal	9	manchmal	10	selten	2

7. bedrohliche körperliche Verhaltensweisen		8. zerstörerische aggressive Verhaltensweisen		9. mässige körperliche Gewalt	
selten	8	selten	1	nie	
manchmal	6	selten	1	selten	2
oft	8	manchmal	4	selten	2
selten	5	selten	5	selten	2
selten	3	selten	2	nie	
selten	4	selten	2	selten	2
oft	15	nie		nie	
oft	100	manchmal	50	manchmal	50
selten	2	nie		selten	1
selten	2	selten	1	nie	
manchmal	20	selten	5	manchmal	10
manchmal	30	selten	10	selten	10
manchmal	15	selten	3	selten	2
selten	4	selten	1	nie	
nie		nie		nie	
manchmal	50	selten	3	selten	2
selten	3	selten	2	selten	<b>ohne Angabe</b>
manchmal	4	nie		selten	1
manchmal	12	manchmal	6	selten	2
selten	3	selten	1	manchmal	5

10. schwere körperliche Gewalt		11. mässige, gegen sich selbst gerichtete Gewalt		12. schwere gegen sich selbst gerichtete Gewalt	
nie		nie		selten	4
nie		selten	3	manchmal	5
nie		manchmal	5	selten	2
nie		manchmal	15	manchmal	15
nie		manchmal	6	manchmal	5
nie		selten	5	selten	1
nie		nie		manchmal	10
nie		selten	20	manchmal	50
nie		nie		oft	15
nie		manchmal	10	selten	2
nie		nie		nie	
nie		selten	10	manchmal	30
nie		selten	2	manchmal	15
nie		selten	1	nie	
nie		nie		nie	
nie		selten	4	selten	2
nie		nie		manchmal	<b>ohne Angabe</b>
nie		selten	2	nie	
nie		selten	3	manchmal	6
nie		manchmal	3	selten	1

13. versuchter Suizid		14. vollendeter Suizid		15. sexuelle Einschüchterung/ Belästigung	
manchmal	15	nie		selten	5
oft	52	nie		selten	4
sehr oft	100	nie		selten	2
oft	25	nie		selten	2
sehr oft	25	nie		nie	
sehr oft	250	selten	2	nie	
manchmal	10	nie		selten	3
sehr oft	260	nie		manchmal	50
oft	18	nie		nie	
oft	20	nie		nie	
nie		nie		manchmal	8
oft	40	nie		selten	10
oft	20	selten	1	selten	2
nie		nie		selten	2
nie		nie		selten	2
manchmal	60	nie		selten	2
oft	<b>ohne Angabe</b>	nie		selten	3
oft	50	nie		nie	
oft	24	nie		nie	
manchmal	5	nie		selten	2

16. sexueller Übergriff/ Vergewaltigung		17. Fehlten Sie wegen Krankheit?      wie oft		18. Wie oft fehlten Sie wegen Aggression?
nie		ja	1	0
nie		nein	0	0
nie		nein	0	0
nie		nein	0	0
nie		nein	0	0
nie		ja	5	0
nie		ja	5	0
nie		ja	2	0
nie		ja	4	0
nie		ja	2	0
nie		nein	0	0
nie		ja	<b>ohne Angabe</b>	0
nie		ja	5	0
nie		nein	0	0
nie		ja	10	0
nie		nein	0	0
nie		nein	0	0
nie		nein	0	0
nie		nein	0	0
nie		nein		



## Anhang B

### POPAS-Fragebogen



CONNECTING

# Aggressions-Wahrnehmungs-Skala

## POPAS Fragebogen

POPAS (Perception of Prevalence of Aggression Scale) wurde von Herrn N.E. Oud, RN, N.Adv, MNSc, im Rahmen seines Pflichtenheftes bei CONNECTING entwickelt. CONNECTING, Partnerschaftsunternehmen für Beratung und Ausbildung, Hakfort 621, 1102 LA Amsterdam – Niederlande. Copyright © 2000 by Connecting. Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieser Skala/dieses Fragebogens darf ohne schriftliche Einwilligung des Urhebers auf irgendeine Weise verwendet oder vervielfältigt werden, ausser für wissenschaftliche Zwecke, wobei jedoch der Urheber immer genannt und informiert werden muss.



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Dieser Fragebogen wurde zur Erfassung der subjektiven Wahrnehmung aggressiver und gewalttätiger Verhaltensweisen entwickelt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen von Patientinnen und Patienten erleben. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 18 Fragen.

Die erhobenen Daten werden von uns vertraulich verarbeitet und die Ergebnisse werden an Ihre Einrichtung zurückgemeldet.

Wir bitten Sie einzuschätzen wie oft Sie in den letzten 12 Monaten mit verschiedenen Kategorien aggressiver oder gewalttätiger Verhaltensweisen konfrontiert worden sind. Jede Frage besteht aus zwei Teilen. Der erste Teil wird mit einem Kreuz beantwortet und der zweite Teil mit der geschätzten Anzahl der Ereignisse, die Sie erfahren haben. Das folgende Beispiel soll als Hilfe beim Ausfüllen dienen:

### **Öffentliche Bibliotheken / Freihandbibliotheken**

Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten eine öffentliche Bibliothek aufgesucht?

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie dies in den letzten 12 Monaten getan haben: **15**

bitte weiterblättern.....



CONNECTING

### 1. Verbale Übergriffe ohne klare Drohung

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche Lärmen, herumbrüllen, fluchen, persönliche Beleidigungen aussprechen, schreien. Diese Äusserungen werden von Ihnen jedoch nicht als bedrohlich empfunden.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

### 2. Verbale Übergriffe mit klarer Drohung

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche boshaft fluchen, aus Wut unflätige Ausdrücke anwenden, Ihnen verbal eindeutig mit Gewalt drohen, Wutanfälle haben, damit drohen, Ihnen ausserhalb des Arbeitsplatzes Gewalt anzutun. Irgendeine dieser Verhaltensweisen wird von Ihnen als beängstigend und bedrohlich empfunden, welches zu seelischer Belastung führen kann.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

### 3. Demütigendes aggressives Verhalten

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche eindeutige persönliche Beleidigungen ausstossen (exklusiv sexuelle Einschüchterungen oder Belästigungen), ausfällig fluchen, wüste Beschimpfungen vorbringen, spucken, abwertende Bemerkungen und Gesten machen. Diese Verhaltensweisen werden von Ihnen als eindrücklich empfunden und können Ihren Berufsstolz und Ihr Selbstwertgefühl verändern. Mit anderen Worten: Sie fühlen sich gedemütigt. (Für Verhaltensweisen das Sie als sexuelle Einschüchterung oder Belästigung empfinden, bitte Frage 15 beachten).

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**



## CONNECTING

### 4. Herausfordernde aggressive Verhaltensweisen

Herausfordernde Verhaltensweisen können solche sein, die Sie als Provokation empfinden, oder mit denen bei Ihnen oder anderen ein Streit angefangen wurde mit dem Ziel, eine negative Reaktion zu bewirken. Mit anderen Worten: Sie fühlen sich durch das Verhalten des Patienten/der Patientin dazu herausgefordert, mit Handlungen oder Bemerkungen zu reagieren, die Sie eigentlich nicht akzeptabel empfinden.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

### 5. Passive aggressive Verhaltensweisen

Zum Beispiel Verhaltensweisen, welche Sie als irritierend, störend, blockierend und/oder kontraproduktiv empfinden, ohne dass sie gleichzeitig offen aggressiv wirken. Der Patient/die Patientin scheint oberflächlich kooperativ zu sein, die unterschwellige Verhaltensweise wird von Ihnen jedoch als das genaue Gegenteil empfunden als das vordergründige kooperative Verhalten.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

### 6. Aggressive spaltende Verhaltensweisen

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, bei welchen bemerkt wird, dass sie mit manipulativen Verhaltensweisen das Personal oder die PatientInnen gegeneinander ausspielen und/oder dazu neigen, andere instabile Persönlichkeiten für sich einvernehmen mit dem Ziel diese gegen das Personal aufzuwiegen/aufzubringen. Diese Verhaltensweisen führen zu Streit oder Disharmonie unter dem Personal.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**



CONNECTING

### 7. Bedrohliche körperliche Verhaltensweisen

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche mit Gegenständen um sich werfen, ohne direktes Ziel und/oder ohne Verletzungen zu verursachen, Türen schlagen, Gegenstände treten/schlagen, ohne sie zu zerbrechen, Textilien verstreuen, Schmutzflecken hinterlassen oder Gegenstände verunstalten, auf den Boden urinieren, Drohgebärden machen, mit Waffen drohen. Diese Verhaltensweisen empfinden Sie als bedrohlich.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

### 8. Zerstörerische aggressive Verhaltensweisen

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche Gegenstände zerstören, Gegenstände zerschlagen, Feuer legen, Gegenstände herumwerfen oder Handlungen wie Schlagen oder Treten welche bei Gegenstände Schäden verursachen.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

### 9. Mässige körperliche Gewalt

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche treten, schlagen, stossen, Fausthiebe austeilen, kratzen, an den Haaren ziehen, Haaren ausriesen, beißen, Sie angreifen usw. Diese Verhaltensweisen führen jedoch entweder zu keinen Verletzungen höchstens zu kleineren Verletzungen, z.B. blauen Flecken, Zerrungen / Verstauchungen, Striemen.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**



CONNECTING

## 10. Schwere körperliche Gewalt

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche Sie auf eine Weise angreifen, die schwere Verletzungen zur Folge hat. Dies können beispielsweise Knochenbrüche, tiefe Fleischwunden, innere Verletzungen, ausgeschlagene Zähne, Bewusstlosigkeit sein und müssen ärztlich behandelt werden oder machen die Einweisung in ein Spital oder Krankenhaus notwendig.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

## 11. Mässige gegen sich selbst gerichtete Gewalt

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, die sich kratzen oder sich selbst beißen, sich selbst schlagen, an ihren eigenen Haaren ziehen, ihren Kopf anschlagen, Gegenstände mit Fausthieben traktieren, sich auf den Boden oder auf Gegenstände werfen. Diese Verhaltensweisen führen zu keinen oder nur kleineren Verletzungen.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

## 12. Schwere gegen sich selbst gerichtete Gewalt

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, die sich durch Selbstverstümmelung tiefe Schnitte, blutende Bisse, Verbrennungen mit Zigaretten- ernsthafte Verletzungen zufügen: Schnittwunden oder hochgradige Verbrennungen, innere Verletzungen, Brüche, Bewusstlosigkeit, Zahnverlust, welche ärztlich behandelt werden müssen beziehungsweise die Einweisung in ein Spital oder Krankenhaus notwendig machen.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**



CONNECTING

**13. Versuchter Suizid**

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, die eine Überdosis von Medikamenten einnehmen, sich die Pulsadern auf- schneiden, von Gebäuden etc. springen aber deren Handlungen nicht zum Tod führen.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

**14. Vollendeter Suizid**

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

**15. Sexuelle Einschüchterung/Belästigung**

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche obszöne Gesten machen, Verhaltensweisen zeigen, welche Sie als Übergriffe oder als exhibitionistisch empfinden. Gemeint ist auch das Verlangen von Geschlechtsverkehr oder das Verlangen von privaten Treffen, die unverlangte Äusserung von sexuellen/zweideutigen Bemerkungen, das Hinterherlaufen und Verfolgen, Sie privat und unaufgefordert anrufen oder Ihnen privat und unaufgefordert Briefeschreiben, Ihnen mit Tätlichkeiten oder Vergewaltigung drohen, sexistische Verhaltensweisen zeigen, Sie mit pornografischem Material konfrontieren oder Zeichnungen sexueller Natur (an der Wand etc.) malen.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**





CONNECTING

**16. Sexueller Übergriff/Vergewaltigung**

Damit sind zum Beispiel PatientInnen gemeint, welche Sie körperlich auf eine Weise angreifen, die Sie als Versuch empfinden, mit Ihnen ohne Ihre Zustimmung Geschlechtsverkehr, oral oder gewaltige Sex haben oder zu Penetrationsverkehr führen.

**Bitte geben Sie an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten erlebt haben:**

- nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

**Bitte geben Sie die geschätzte Gesamtzahl an, wie häufig Sie diese Erfahrungen in den letzten 12 Monaten gemacht haben: \_\_\_\_\_**

**17. Waren Sie während der letzten 12 Monate durch Krankheit arbeitsunfähig? ja / nein**

**Wenn ja, geben Sie bitte die Gesamtzahl der Krankentage an: \_\_\_\_\_**

**18. Wie viel davon sind, ihrer Meinung nach, eine Folge von aggressiven oder gewalttätigen Verhaltensweisen von PatientInnen?**

**Bitte, geben Sie die Gesamtanzahl dieser Krankentage an: \_\_\_\_\_**

Danke für das Ausfüllen des Fragebogens.

Bitte blättern Sie weiter:



CONNECTING

Für Vergleichszwecke und weitere Analysen werden folgende Daten gerne erhoben:

## Persönliche Daten:

Alter ..... Jahre  
Geschlecht Man / Frau  
Funktion .....  
Ausbildung / Berufsbezeichnung .....  
Praktische Erfahrung im Gesundheitsbereich (Jahre) ..... Jahre  
Wochenarbeitszeit ..... Stunden  
Teilnahme an Fortbildungskurs Aggressionsmanagement ja / nein  
Art des Krankenhauses/der Einrichtung .....  
Art der Station .....  
Name der Station .....

### Nur für der leitender Funktionär der Station

## Stationsdaten:

Gesamtaufnahmen pro Jahr .....  
Durchschnittliche Dauer des Aufenthalts ..... Tage  
Häufigkeit der unfreiwilligen Einweisungen (%) ..... %  
Gesamtzahl der unfreiwilligen Einweisungen pro Jahr .....  
Anzahl der offenen Betten .....  
Anzahl der geschlossenen Betten .....  
Anzahl fakultative offenen / geschlossenen Betten .....  
Anzahl der Isolationen / Fixierungen / Netzbett pro Jahr .....  
Durchschnittliche Dauer der Isolationen / Fixierungen / Netzbett ..... Stunden

## Anhang C

Auszug Statistisches Jahrbuch Kanton Zürich 2004

## Kriminalitätsentwicklung und Aufklärungsquoten im Kanton Zürich 1995–2004

### T19.1.60

Art der Straftat	Anzahl erfasster Straftaten (inkl. Versuche)									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Schwere Delikte gegen Leib und Leben (Mord, Totschlag, Körperverletzung <sup>1</sup> )	319	363	339	372	414	404	424	441	473	987
Sonstige Delikte gegen Leib und Leben	1'574	1'632	1'839	2'193	2'243	2'496	2'674	2'799	3'205	3'690
Einbruchdiebstahl (ohne Fahrzeuge)	17'883	19'322	22'590	22'009	18'623	12'993	13'140	13'195	15'625	17'596
- davon Wohnobjekte	8'430	9'961	11'490	10'542	8'573	5'600	6'125	5'066	6'511	7'531
Fahrzeugdiebstahl	17'553	16'369	16'515	15'240	14'302	12'384	11'658	11'742	13'504	12'035
Entreissdiebstahl	454	418	459	488	497	389	442	409	480	489
Sonstiger Diebstahl	30'247	28'063	35'907	36'678	30'713	26'534	28'762	34'920	38'085	38'841
Raub	828	1'094	1'031	1'146	1'106	860	881	854	1'068	1'217
Veruntreuung, Unterschlagung, Hehlerei etc.	1'372	1'458	1'937	1'404	1'602	1'738	1'965	2'321	4'140	1'694
Computerdelikte (Bankomat etc.)	2'565	1'034	1'549	1'886	1'706	2'441	3'435	6'364	6'328	3'494
Sachbeschädigung bei Einbruch	20'594	20'615	28'440	28'927	23'231	15'502	15'373	16'613	19'877	23'116
übrige Sachbeschädigung	10'556	10'317	11'823	11'357	10'934	10'679	11'701	11'254	12'638	13'057
Betrug	3'358	2'517	2'266	2'393	3'204	2'852	4'623	3'868	4'399	2'442
Check- und Kreditkartenmissbrauch	215	567	166	641	1'407	694	92	110	226	59
Erpressung	65	56	79	66	60	61	61	59	58	59
Sonstige Delikte gegen Vermögen (Entwendung, Veruntreuung, Wucher etc.)	2'754	3'014	3'091	3'388	3'457	2'929	2'893	3'554	4'718	4'218
Ehre, Geheim- und Privatbereich, Familie	342	444	349	364	432	449	607	510	623	712
Hausfriedensbruch bei Einbruch	14'145	16'016	18'451	18'001	15'594	10'960	11'191	11'095	12'647	14'839
Sonstige Delikte gegen die Freiheit (Drohung, Nötigung, Entführung)	1'629	1'852	2'054	2'213	2'526	2'538	2'850	3'203	3'814	4'647
Sexualdelikte	769	980	1'445	1'680	1'441	1'338	1'377	2'326	1'911	2'188
Brandstiftung	309	305	230	263	223	194	197	250	189	253
Sonstige gemeingefährliche Delikte	474	488	529	514	429	463	545	542	516	442
Fälschungsdelikte	2'498	2'608	2'901	2'524	2'532	3'673	4'545	3'262	3'580	3'381
Delikte gegen Allgemeinheit und Behörden	818	797	808	944	1'116	1'035	1'428	2'101	1'849	1'721
Betäubungsmitteldelikte	11'509	14'811	17'108	16'922	14'919	16'001	15'358	13'851	13'914	15'568
Sonstige Delikte	184	138	116	164	304	410	556	523	547	274
<b>Total</b>	<b>143'014</b>	<b>145'278</b>	<b>172'022</b>	<b>171'777</b>	<b>153'015</b>	<b>130'017</b>	<b>136'778</b>	<b>146'166</b>	<b>164'414</b>	<b>167'019</b>

Art der Straftat	Aufklärungsquoten am 31.12.2004 der Tatzeit...									
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Schwere Delikte gegen Leib und Leben (Mord, Totschlag, Körperverletzung <sup>1</sup> )	67.6	69.5	66.5	67.6	75.4	71.7	73.4	73.8	75.9	86.8
Sonstige Delikte gegen Leib und Leben	83.3	78.1	79.6	81.4	80.1	82.1	82.2	83.4	81.7	82.0
Einbruchdiebstahl (ohne Fahrzeuge)	10.8	8.4	8.2	7.5	9.9	10.0	11.0	11.7	7.5	8.0
- davon Wohnobjekte	6.1	6.1	4.7	3.9	6.4	6.3	6.6	6.9	4.2	5.3
Fahrzeugdiebstahl	5.1	5.5	5.0	4.9	5.3	5.0	5.9	5.6	5.0	5.6
Entreissdiebstahl	18.3	20.0	15.7	11.8	18.5	8.8	13.1	11.4	11.5	10.6
Sonstiger Diebstahl	9.8	11.2	9.2	9.9	10.7	12.2	11.7	11.2	9.9	9.3
Raub	29.4	37.0	28.6	29.5	35.2	31.9	34.2	35.1	33.3	33.6
Veruntreuung, Unterschlagung, Hehlerei etc.	73.1	51.1	56.2	51.8	44.9	53.0	55.3	76.0	60.0	43.7
Computerdelikte (Bankomat etc.)	30.1	30.2	36.7	19.1	29.3	37.9	39.9	36.0	38.6	16.1
Sachbeschädigung bei Einbruch	8.4	6.7	6.1	5.4	7.3	7.6	8.1	8.7	5.4	5.4
übrige Sachbeschädigung	9.8	9.2	10.7	11.6	12.3	15.5	16.6	14.6	14.1	13.1
Betrug	69.1	68.2	85.5	60.9	70.9	67.7	70.6	75.9	67.9	65.6
Check- und Kreditkartenmissbrauch	65.6	91.5	95.8	96.5	91.9	93.9	19.6	24.8	87.2	97.4
Erpressung	74.2	61.3	72.0	68.8	60.7	71.9	76.5	79.6	82.5	81.1
Sonstige Delikte gegen Vermögen (Entwendung, Veruntreuung, Wucher etc.)	69.0	91.3	97.4	95.7	93.3	94.2	94.7	92.0	88.9	90.1
Ehre, Geheim- und Privatbereich, Familie	79.7	89.8	80.2	78.1	80.5	85.1	78.9	74.7	79.2	60.2
Hausfriedensbruch bei Einbruch	11.1	8.8	8.1	6.7	9.8	10.2	11.0	11.6	7.3	8.0
Sonstige Delikte gegen die Freiheit (Drohung, Nötigung, Entführung)	62.8	64.6	69.1	72.4	73.9	76.8	75.6	77.9	79.1	80.8
Sexualdelikte	67.9	75.7	79.3	72.7	60.3	71.5	69.9	78.2	73.7	71.1
Brandstiftung	21.8	16.8	22.6	23.9	26.6	21.1	14.1	18.9	18.3	25.9
Sonstige gemeingefährliche Delikte	72.1	69.0	75.3	74.3	67.9	60.0	58.8	61.8	67.1	68.8
Fälschungsdelikte	74.0	64.2	78.7	71.4	71.1	62.6	73.0	72.5	63.0	73.2
Delikte gegen Allgemeinheit und Behörden	88.9	91.0	87.3	90.8	89.0	91.3	92.0	95.6	92.1	93.6
Betäubungsmitteldelikte	99.0	99.5	99.6	99.5	98.0	98.8	98.8	98.5	98.3	98.5
Sonstige Delikte	94.8	98.5	96.1	93.6	94.6	94.6	96.6	96.7	96.1	90.8
<b>Total</b>	<b>24.8</b>	<b>25.5</b>	<b>25.1</b>	<b>24.9</b>	<b>26.9</b>	<b>33.1</b>	<b>32.5</b>	<b>33.6</b>	<b>28.4</b>	<b>27.3</b>

<sup>1</sup> schwere Körperverletzung, einfache Körperverletzung als Offizialdelikt

Quelle: Kriminalstatistik des Kantons Zürich (KRISTA)