

# Einschätzung des Gewaltrisikos

## Erweiterte Brøset-Gewalt-Checkliste (BVC-CH)

(Almvik/Woods 1998, Almvik/Woods/Rasmussen 2000, Abderhalden 2004/2006,2008)

- Risikoeinschätzung bei allen Eintritten **bei der Aufnahme**, sowie **am Aufnahmetag und an den folgenden 3 Tagen** jeweils zwischen 10-11 und 17-18 Uhr. Nach Ablauf der ersten drei Tage **weitere Einschätzungen**, wenn die **Bezugsperson** und/oder das **Team** dies angezeigt findet. Die Dauer dieser weiteren Einschätzungen wird individuell festgelegt.
- Die 6 Verhaltensweisen werden mit „1“ bewertet, wenn sie seit der letzten Einschätzung beobachtet wurden, mit „0“, wenn sie nicht beobachtet wurden.
- Zur subjektiven Risikoeinschätzung den Schieber zwischen „kein Risiko“ und „sehr hohes Risiko“ einstellen, Wert auf der Rückseite ablesen und entsprechende Zahl in die Tabelle übertragen.
- Die einzelnen Bewertungen werden zusammengezählt.

Die Summe (0 bis 12 Punkte) bedeutet folgendes:

**0 - 3 Punkte: Sehr geringes Risiko**

**4 - 6 Punkte: Geringes Risiko** (etwa 1 von 100 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)

**7 - 9 Punkte: Erhebliches Risiko** (etwa 1 von 10 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)

**10-12 Punkte: Hohes Risiko** (etwa 1 von 4 bis 1 von 5 PatientInnen mit diesem Risiko wird gegen Personen gewalttätig)

Ist das Risiko **erheblich** (7-9 Punkte), sollte das Risiko rasch im Pfltegeteam und ev. im interdisziplinären Team besprochen werden und es sollten in der Regel gezielte präventive Massnahmen geplant und durchgeführt werden.

Ist das Risiko **hoch** (10 - 12 Punkte), muss das Risiko rasch im Pflege- und/oder interdisziplinären Team besprochen werden und es müssen unverzüglich Massnahmen geplant und durchgeführt werden.

# Etikett

Fallnummer:

Geburtsdatum:

Datum Eintritt:


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

Schieber

\* Ggf. Aggressionsereignisbogen oder Erfassung Zwangsmassnahme ausfüllen!

## Definitionen der 6 Verhaltensweisen

### 1) Verwirrt

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

### 2) Reizbar

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

### 3) Lärmig

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

### 4) Körperliches Drohen

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

### 5) Verbales Drohen

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

### 6) Angriff auf Gegenstände

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

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

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

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

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

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

### Wer nimmt die Risikoeinschätzung vor?

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

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

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

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

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

### Was geschieht mit den Einschätzungen?

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

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

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

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

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

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

## Schieber für die subjektive Risikoeinschätzung

Wie gross ist das Risiko, dass der Patient / Patientin bis zur nächsten Einschätzung gegen Personen gewalttätig werden könnte?

Kein Risiko 0

Sehr hohes Risiko

5

Forschungsprojekt Gewalt in der Psychiatrie  
www.needham-abderhalden.ch

© Abderhalden/Needham 2002

**Hinweis:**

Die deutschsprachige Version von BVC ist urheberrechtlich geschützt.

Kontaktadresse und Bezugsquelle für das BVC-CH-Formular: Dr. Christoph Abderhalden, Universitäre Psychiatrische Dienste, UPD Bern, Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern 60;

[abderhalden@puk.unibe.ch](mailto:abderhalden@puk.unibe.ch). Die Rechte für die elektronische Verwendung liegen bei IGCN Automatisierung, Houten, Niederlande (Mail: [info@IGCN.nl](mailto:info@IGCN.nl); Website [www.IGCN.nl](http://www.IGCN.nl)).