

Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten der Pflege- und Betreuungsbranche in Deutschland – ein Survey

A. Schablon¹, D. Wendeler², A. Kozak¹, A. Nienhaus^{1,2}, S. Steinke¹

¹Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare),
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

²Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW),
Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG)

Stand: Oktober 2018

Zusammenfassung

Ziel: Aggressive Übergriffe von Patienten oder Klienten gehören für viele Beschäftigte zum beruflichen Alltag. Ziel des Surveys war es, die Häufigkeit und Art der Gewalt sowie den Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen und Übergriffen gegenüber Pflege- und Betreuungspersonal in der Behindertenhilfe, der stationären und ambulanten Altenpflege sowie in Krankenhäusern zu untersuchen.

Methode: Die Querschnittstudie wurde 2017 durchgeführt. Insgesamt nahmen 81 Betriebe mit 4.852 Beschäftigten an der Befragung teil. Befragt wurden Beschäftigte mit Kontakt zu Patienten und Klienten. Der Erhebungsbogen umfasste soziodemografische Angaben, Fragen zur Häufigkeit von körperlicher und verbaler Gewalt, Art und Ziel sowie Konsequenzen der Gewalt, den Ansätzen zur Prävention und zur Nachsorge von Übergriffen sowie dem Belastungsempfinden und dem Gesundheitszustand der Beschäftigten.

Ergebnisse: 1.984 Beschäftigte nahmen an der Studie teil. Die Rücklaufquote lag bei 40,9 %. 79,5 % (n = 1.578) der Studienteilnehmer haben den vorausgegangenen zwölf Monaten Gewalt erlebt. Von diesen berichteten 94 % über verbale und 70 % über körperliche Gewalterlebnisse. Aggressive Übergriffe kamen am häufigsten in Krankenhäusern und in Wohnbereichen der Behindertenhilfe vor. Es handelte sich überwiegend um Beschimpfen, Kneifen und Kratzen, Schlagen oder Bedrohen. Die Betroffenen reagierten mit Ärger, Hilflosigkeit oder Enttäuschung. Als Konsequenz sind sie vorsichtiger, angespannter oder haben weniger Spaß an der Interaktion mit den Patienten bzw. Klienten. Frauen sind weniger häufig von verbaler Gewalt betroffen (OR 0,5, 95%-KI 0,2-0,9). Im Vergleich zur ambulanten Pflege ist die Arbeit im Krankenhaus, in der stationären Altenpflege und in Werkstätten und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung mit einem erhöhten Risiko für das Erleben von körperlicher Gewalt assoziiert. Gesundheits- und Krankenpfleger mit Leitungsfunktion haben ebenfalls ein erhöhtes Risiko für Übergriffe. Rund ein Drittel der Beschäftigten fühlte sich durch die Übergriffe stark belastet. Je häufiger Beschäftigte verbaler Gewalt ausgesetzt sind, desto stärker fühlen sie sich belastet. Bei täglich erlebter verbaler Gewalt steigt das OR auf 2,3 (95%-KI 1,3-3,9). Eine gute Vorbereitung durch die Einrichtung verminderte hingegen das Belastungsempfinden (OR 0,6, 95%-KI 0,4-0,8) und die Wahrscheinlichkeit einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit (OR 0,3, 95%-KI 0,2-0,4).

Schlussfolgerung: Aggressive Übergriffe kommen häufig vor. Ein Drittel der Befragten wird dadurch stark belastet. Allerdings wird deutlich, dass sich der Umgang mit dem Thema in den Einrichtungen verändert hat. Früher häufig tabuisiert, ist es nun präsent und es werden Präventionsangebote wie z. B. ein Deeskalationstraining angeboten und genutzt. Die Sensibilisierung führt wahrscheinlich zu höheren Meldezahlen von Vorfällen. Gute Vorbereitung und ein offener Umgang mit dem Thema in den Einrichtungen wirken sich positiv auf das Belastungsempfinden und die Arbeitsfähigkeit aus.

Hintergrund

Aggressive Übergriffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege von Patienten, Klienten, Bewohnern oder Angehörigen auf Beschäftigte sind ein sensibles und häufig tabuisiertes Thema. Verglichen mit anderen Beschäftigtengruppen haben Beschäftigte im Gesundheitswesen ein höheres Risiko, mit Gewalt am Arbeitsplatz konfrontiert zu werden. Eine Auswertung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle aus dem Jahr 2016 zeigte, dass der Anteil der Gewaltunfälle durch Personen bei 1,4 % lag. Besonders gefährdet sind Beschäftigte mit Patienten-Kunden-Kontakten. Etwa 31 % (n = 3.252) aller Übergriffe ereigneten sich bei Beschäftigten in Krankenhäusern und Pflegeheimen (DGUV 2017). Andere Studien fanden hohe Prävalenzraten bei Beschäftigten in psychiatrischen Einrichtungen und der Notaufnahme (Cowman et al. 2017, Pich et al. 2017). Die Folgen von Gewalt können vielfältig sein. Neben möglichen körperlichen Verletzungen stehen vor allem psychische Folgen im Vordergrund. Sie können das Lebensgefühl, die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten langfristig beeinträchtigen (Nienhaus et al. 2016) und eine abnehmende Arbeitszufriedenheit und einen Anstieg der Krankheitstage bedingen (Pekurinen et al. 2017, Zeh et al. 2009).

Betroffene sind oft der Meinung, Gewalt sei ein übliches Berufsrisiko, sie unterlassen daher Meldungen an den Betrieb oder Unfallanzeigen. Die 2009 durchgeführte Studie von Schablon et al. stellte fest, dass 56 % der befragten Beschäftigten in Pflege- und Betreuungsberufen körperliche und 78 % verbale Gewalt erlebt hatten. Rund ein Drittel der Betroffenen fühlte sich dadurch stark belastet. Beschäftigte in der stationären Altenpflege und der Behindertenhilfe waren am häufigsten von Gewalt- und Aggressionsübergriffen betroffen (Schablon et al. 2012). Angesichts der Häufigkeit und der Betroffenheit der Beschäftigten gewinnen die Gewaltprävention durch Aufklärung sowie ein professioneller Umgang damit immer mehr an Bedeutung. Ziel dieser Studie war es, aktuelle Zahlen zur Häufigkeit, zu der Art und den Konsequenzen von Gewaltübergriffen auf Beschäftigte in Krankenhäusern, stationären und ambulanten Altenpflegeeinrichtungen sowie in der Behindertenhilfe in Deutschland zu ermitteln. Zusätzlich wurde der Umgang mit Übergriffen und aggressiven Verhaltensweisen gegenüber Pflegenden und Betreuenden in den Einrichtungen untersucht.

Methodik

Die aktuelle Querschnittstudie wurde 2017 durchgeführt. Aus den Betrieben der vier Branchen Krankenhäuser, stationäre und ambulante Altenpflege sowie Behindertenhilfe, die bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) versichert sind und aus vier Bundesländern (Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen) stammen, wurde jeweils eine 10-%-Zufallsstichprobe gezogen. Insgesamt nahmen 81 Betriebe mit rund 5.000 Beschäftigten an der Befragung teil. In den beteiligten Einrichtungen wurden Beschäftigte mit regelmäßigem Kontakt zu Patienten/Klienten/Bewohnern befragt. Die Erhebung erfolgte schriftlich mittels strukturierter Fragebögen. Der Erhebungsbogen für die Beschäftigten umfasste Fragen aus verschiedenen Themenbereichen.

Der erste Themenblock erfasste die soziodemografischen Daten zur Person wie Alter, Geschlecht und Geburtsland der Eltern. Zur Berufstätigkeit wurden die Branchenzugehörigkeit der Einrichtung und der Versorgungsbereich, in dem gearbeitet wird, erfragt. Zudem stellten wir

Fragen zur beruflichen Qualifikation, zur Anzahl der Berufsjahre in der Pflege/Betreuung, zur wöchentlichen Arbeitszeit und zur monatlichen Häufigkeit von Früh-, Spät- und Nachtdiensten. Im zweiten Block wurde die gesamte Studienpopulation befragt, ob sie Gewalt- und Aggressionsübergriffe durch Patienten/Klienten/Bewohner in den vergangenen zwölf Monaten erlebt hatten. Nur bei denen, die diese Frage bejaht haben, wurde differenziert nach verbaler und körperlicher Gewalt gefragt. Erfasst wurden Häufigkeit, Art und Ziel der Übergriffe sowie die getroffenen Maßnahmen, um die Aggressionen zu beenden. Es folgten Fragen zu Beanspruchungsreaktionen auf Gewalt- und Aggressionserlebnisse. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten bewerten, wie belastend sie die Übergriffe erlebt haben, welche Emotionen damit verbunden waren und inwieweit die Übergriffe ihre Arbeit mit den Patienten/Klienten/Bewohnern beeinflusst haben. Im Falle körperlicher Übergriffe wurde nach möglichen Beeinträchtigungen gefragt. Zusätzlich haben wir erhoben, ob es in den vergangenen zwölf Monaten zu psychischen Aggressionen durch Kollegen oder zu verbalen und körperlichen Übergriffen durch Angehörige von Patienten/Klienten/Bewohnern gekommen ist.

Der nächste Themenblock beschäftigte sich mit Fragen zum Umgang mit dem Thema Gewalt in den Einrichtungen. Es wurde erhoben, ob die Teilnehmenden nach erlebten Gewalt- und Aggressionsübergriffen Unterstützung erhalten haben und von wem. Auch sollten diese bewerten, wie gut sie sich bei der Bewältigung der Aggressionsübergriffe durch Kollegen und Vorgesetzte unterstützt fühlen und ob sie sich durch ihre Einrichtung gut auf Situationen mit aggressiven oder gewalttätigen Patienten/Klienten/Bewohnern vorbereitet fühlen. Erhoben wurde, ob und welche Angebote die Einrichtung zum Umgang mit Gewalt- und Aggressionsübergriffen vorhält und, ob ein Deeskalationstraining durchlaufen wurde. Fragen zum Meldeverhalten erfassten, ob die Befragten Übergriffe melden und wenn ja, an wen, des Weiteren, ob Gewaltübergriffe in der Einrichtung systematisch dokumentiert werden.

Als Letztes wurden Fragen zur Arbeitsfähigkeit gestellt. Die Einschätzung der derzeitigen Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen wurde erhoben. Ferner haben wir gefragt, inwieweit die Beschäftigten glauben, von ihrem jetzigen Gesundheitszustand ausgehend, die derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben zu können.

Ethik

Die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg hat der Durchführung der Studie zugestimmt (Bearbeitungsnummer PV5405). Die Studienteilnahme war freiwillig. Zur Sicherstellung der Anonymität wurden keine Namen oder andere Identifikatoren verwendet.

Statistische Methoden

Die Daten wurden mit SPSS, Version 23 analysiert. Die Darstellung der Stichproben erfolgte durch deskriptive Statistik, Assoziationen zwischen den kategorialen Variablen haben wir mit Chi-Quadrat-Tests überprüft. Für die logistischen Regressionsmodelle wurden die ursprünglichen visuellen, zehnstufigen Analogskalen zur Stresseinschätzung, sozialer Unterstützung und zu betrieblichen Schulungsmaßnahmen zu dreistufigen Variablen mit den Kriterien mangelhaft oder niedrig (1-3), mittel (4-7), gut oder hoch (8-10) zusammengefasst. Zur

Ermittlung der Einflussfaktoren von Gewaltprävalenz, Belastungserleben nach Übergriffen und zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit haben wir Odds Ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervalle (KIs) mittels logistischer Regressionsmodelle errechnet. Die Modellbildungen erfolgten stepwise backwards nach Hosmer Lemeshore. Variablen mit p-Werten größer > 0,1 wurden nacheinander ausgeschlossen.

Ergebnisse

Insgesamt haben 1.984 von 4.852 Beschäftigten aus Krankenhäusern, der stationären und ambulanten Altenpflege und Einrichtungen der Behindertenhilfe an der Studie teilgenommen (Abb. 1). Damit betrug die Responserate 40,9 %.

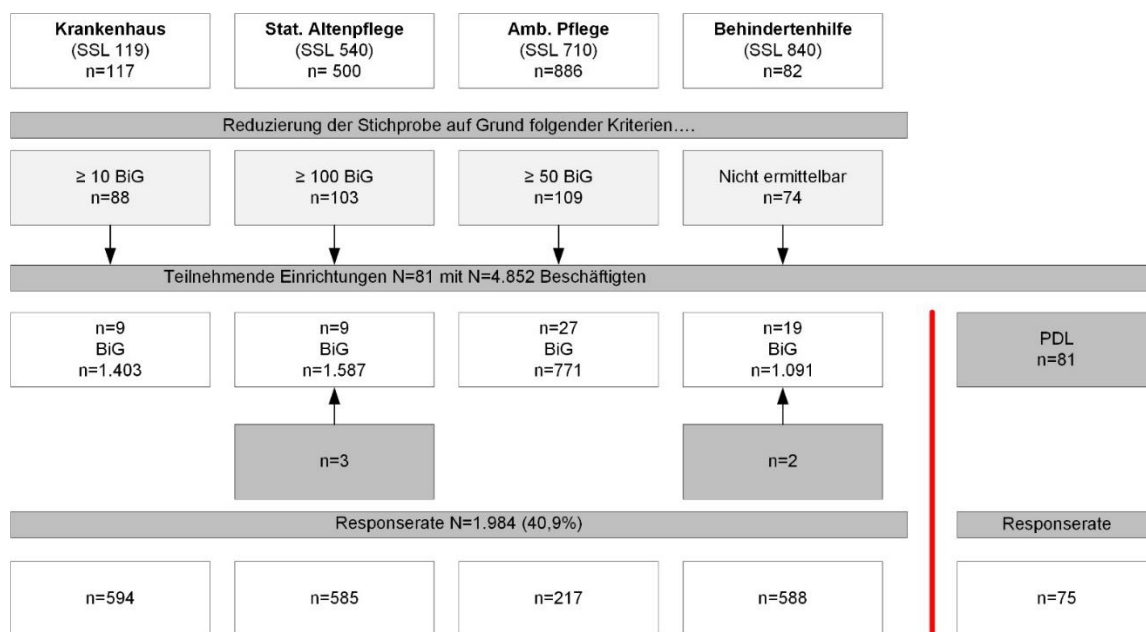


Abbildung 1: Flussdiagramm der Stichprobe

Von den Befragten sind 34 % als Gesundheits- und Krankenpflegepersonal ohne Leitungsfunktion beschäftigt. Der Frauenanteil lag bei 79 %. In Assistenzberufen sind 20,8 % tätig (Pflegehelfer, Betreuungsassistenten, Personal ohne Pflegeausbildung). Zur Gruppe der sozialen Berufe (18,5 %) gehören unter anderem Pädagogen, Sozialarbeiter, Erzieher und Heilpädagoginnen (Tab. 1).

Tabelle 1: Beschreibung der Studienpopulation (n = 1.984)

	N = 1.984	Gültige %
Geschlecht		
Weiblich	1.568	79,4
Männlich	406	20,6
Alter (in Jahre)		
<29 Jahre	417	21,1
30 bis 39 Jahre	384	19,5
40 bis 49 Jahre	447	22,6
50 bis 59 Jahre	592	30,0
>60 Jahre	134	6,8
Art der Einrichtung		
Ambulante Pflege	217	10,9
Stationäre Altenpflege	585	29,5
Krankenhaus	594	29,9
Werkstatt	234	11,8
Wohnbereich	310	15,6
Andere	44	2,2
Arbeitsbereich		
Krankenpflege	600	30,7
Altenpflege	779	39,9
Werkstatt	251	12,8
Wohnbereich	310	15,9
Andere	14	0,7
Beruf		
Examinierte Pflegekraft		
mit Leitungsfunktion	205	10,3
ohne Leitungsfunktion	679	34,2
Assistenzberufe	413	20,8
Soziale Berufe	367	18,5
Azubis, Praktikanten, Bufdis*	113	5,7
Therapeuten	72	3,6
Andere	135	6,8
Vorbereitung durch Einrichtung		
Gar nicht	539	28,3
Mittel	677	35,5
Sehr gut	691	36,2
Psychische Aggression durch Kollegen		
Ja	794	40,8
Nein	1.153	59,2
Psychische Aggression durch Angehörige		
Ja	73	3,7
Nein	1.887	96,3
An Deeskalationstraining teilgenommen		
Ja	805	41,8
Nein	1.121	58,2
Migrationshintergrund		
Ja	360	18,1
Nein	1.624	81,9
Gewalt erlebt		
Ja	1.578	79,5

	N = 1.984	Gültige %
Verbale Gewalt erlebt	1.478	74,5 [94,1**]
Körperliche Gewalt erlebt	1.095	55,2 [69,8**]
Nein	406	20,5

*Bundesfreiwilligendienst

** bezogen auf die Gruppe, die Gewalt erlebt hat

Häufigkeit körperlicher und verbaler Gewalt

Insgesamt haben 79,5 % (n = 1.578) der Befragten in den letzten 12 Monaten Gewalt erlebt. Von den Beschäftigten mit Gewalterlebnissen gaben 94,1 % an, in den vorausgegangenen zwölf Monaten verbale und 69,8 % körperliche Gewalt erlebt zu haben. Wobei Beschäftigte sowohl körperliche und verbale Gewalt erlebt haben konnten als auch nur entweder verbale oder körperliche Gewalt.

Beschäftigte in der stationären Altenpflege waren am stärksten von täglicher körperlicher und verbaler Gewalt betroffen. Verbale Gewalt wurde am häufigsten von Beschäftigten aus dem Krankenhaus genannt, gefolgt von Personal in Wohnbereichen der Behindertenhilfe. Die höchsten Angaben zu körperlicher Gewalt kamen ebenfalls aus dem Krankenhaus (76 %), gefolgt von der stationären Altenpflege (Abb. 2). Zwischen Beschäftigten mit und ohne Migrationshintergrund gab es keine Unterschiede.

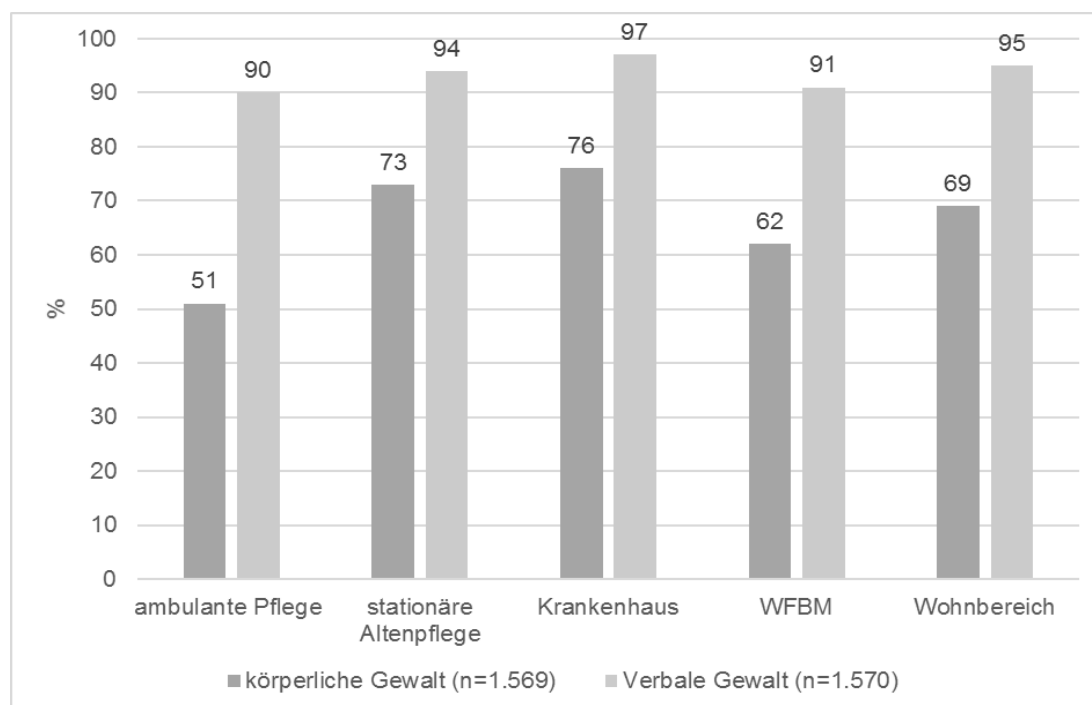


Abbildung 2: Häufigkeit von körperlicher und verbaler Gewalt unterschieden nach Branche bei Beschäftigten, die in den letzten zwölf Monaten Gewalt erlebt haben.

Gewaltübergriffe und deren Folgen

Bei den Gewalt- und Aggressionsübergriffen handelte es sich überwiegend um Beschimpfen, Kneifen und Kratzen, Schlagen oder Bedrohen. Gegenstände wurden am häufigsten im Krankenhaus und in den Wohnbereichen für Menschen mit Behinderungen eingesetzt (36,8 % und 35,6 %). Angaben über sexuelle Belästigung machten alle Bereiche, wobei die Altenpflege mit 18,1 % am höchsten lag (Tab. 2). In den meisten Fällen war das Ziel der Aggressionen der Befragte selbst (69 %) oder andere Patienten/Klienten/Bewohner (54 %), außerdem gaben 25 % der Beschäftigten an, Zeuge von Selbstverletzungen geworden zu sein.

Tabelle 2: Arten der Gewalt* in den vergangenen zwölf Monaten nach Arbeitsbereich

Variable	Ambulante Pflege	Stationäre Altenpflege	Krankenhaus	Werkstatt für Menschen mit Behinderung	Wohnbereich für Menschen mit Behinderung
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Beschimpfungen	114 (91,2)	419 (90,1)	480 (96,0)	169 (88,5)	240 (90,9)
Bedrohungen	31 (24,8)	98 (21,1)	276 (55,2)	61 (31,9)	86 (32,6)
Rassistische Äußerungen	10 (8,0)	39 (8,4)	128 (25,6)	10 (5,2)	15 (5,7)
Sexuelle Belästigung	20 (16,0)	84 (18,1)	77 (15,4)	22 (11,5)	17 (6,4)
Schläge	29 (32,2)	189 (40,6)	215 (43,0)	62 (32,5)	116 (43,9)
Tritte	18 (14,4)	121 (26,0)	180 (36,0)	43 (22,5)	86 (32,6)
Bisse	9 (7,2)	70 (15,1)	84 (16,8)	26 (13,6)	52 (19,7)
Kneifen/Kratzen	46 (36,8)	249 (53,5)	272 (54,4)	66 (34,6)	130 (49,2)
Einsatz von Gegenständen	13 (10,4)	75 (16,1)	184 (36,8)	50 (26,2)	94 (35,6)

* Mehrfachnennung möglich

Die Vorfälle ereigneten sich überwiegend im Tagdienst (47,6 %). Die meisten Beschäftigten reagierten mit Ärger, Wut, Angst, Hilflosigkeit oder Enttäuschung. Als Konsequenz sind die Betroffenen vorsichtiger, aufmerksamer und angespannter, haben weniger Spaß an der Arbeit und an der Interaktion mit den Patienten/Klienten/Bewohnern. Hinsichtlich körperlicher Beeinträchtigungen gaben 42 % der Betroffenen an, länger als zehn Minuten Schmerzen gehabt zu haben, sichtbare Verletzungen hatten 58 % und 19 % mussten ärztlich versorgt werden. In der Tabelle 3 sind die Folgen der Gewalt im Vergleich der Branchen dargestellt. Ärger und Wut nach Übergriffen gaben am häufigsten Beschäftigte in Krankenhäusern und Einrichtungen der Behindertenhilfe an. In diesen Bereichen traten auch am häufigsten Schmerzen auf, die länger als zehn Minuten andauerten und ärztlich versorgt werden mussten (Tab. 3).

Auf die Frage, welche Maßnahmen ergriffen worden seien, um die Situation zu beenden, nannten die Beschäftigten am häufigsten das Gespräch mit dem Patienten/Klienten/Bewohnern (81,9 %), gefolgt von dem ruhigen Entfernen vom Aggressor (51,6 %), der Aufforderung an den Aggressor, sein Verhalten zu ändern (46,6 %), das Wegführen (44,5 %) sowie das Anfordern personeller Unterstützung (39,1 %). Von den Befragten gaben 32,5 % an, dass der Aggressor durch eine entsprechende Medikation beruhigt worden sei. Die Polizei gerufen hatten 11,5 %.

Zwei Drittel (63,8 %) fühlten sich durch ihre Einrichtung auf solche Übergriffe nicht gut vorbereitet (Tab. 1). Soziale Unterstützung erhielten Betroffene überwiegend durch Kolleginnen und Kollegen (81,2 %).

Tabelle 3: Folgen der verbalen oder körperlichen Gewalt für die Studienpopulation nach Arbeitsbereich

	Ambulante Pflege	Stationäre Altenpflege	Krankenhaus	Werkstatt für Menschen mit Behinderung	Wohnbereich für Menschen mit Behinderung
	N = 125 (%)	N = 465 (%)	N = 500 (%)	N = 191 (%)	N = 264 (%)
Emotionen*					
Ärger, Wut	81 (64,8)	218 (46,9)	479 (95,8)	155 (81,2)	193 (73,1)
Angst, Selbstzweifel	34 (27,2)	150 (32,3)	208 (41,6)	70 (36,6)	105 (39,8)
Enttäuschung	41 (32,8)	133 (28,6)	163 (32,6)	67 (35,1)	80 (30,3)
Hilflosigkeit	48 (38,4)	158 (34,0)	193 (38,9)	71 (37,2)	88 (33,3)
Traurigkeit	34 (27,2)	126 (27,1)	97 (19,4)	37 (19,4)	47 (17,8)
Unsicherheit im Umgang mit Patienten/Klienten/ Bewohnern	29 (23,2)	80 (17,2)	90 (18,0)	41 (21,5)	63 (23,9)
Körperliche Beeinträchtigung*	N = 20 (%)	N = 104 (%)	N = 175 (%)	N = 63 (%)	N = 84 (%)
Schmerzen					
Weniger als 10 Min.	8 (40,0)	57 (54,8)	86 (49,1)	24 (38,1)	37 (44,0)
Mehr als 10 Min.	5 (25,0)	25 (24,0)	87 (49,7)	26 (41,3)	40 (47,6)
Verletzungen					
Nicht sichtbar	7 (35,0)	31 (29,8)	55 (31,4)	25 (39,7)	30 (35,7)
Sichtbar	10 (50,0)	52 (50,0)	98 (56,0)	30 (47,6)	60 (71,4)
Nichtärztliche Behandlung	11 (55,0)	42 (40,4)	81 (46,3)	29 (46,0)	47 (56,0)
Ärztliche Behandlung	1 (5,0)	10 (9,6)	43 (24,6)	13 (20,6)	21 (25,0)

* Mehrfachnennung möglich

Umgang in den Einrichtungen mit dem Thema

Die Frage, ob solche Vorfälle in der Einrichtung systematisch dokumentiert würden, beantworteten 55 % der Befragten mit Ja. Einen Übergriff melden 85 % der Beschäftigten: an die Leitungskraft in 94,6 % der Fälle und in 9 % an die Unfallversicherungsträger. Dass es sich

bei Übergriffen um Arbeitsunfälle handelt und sie probatorische Sitzungen als Angebot des Unfallversicherungsträgers in Anspruch nehmen können, war 60,2 % der Beschäftigten nicht bekannt (keine Tab.). An einem Deeskalationstraining haben 41,8 % der Befragten teilgenommen (Tab. 1), am häufigsten traf dies auf Beschäftigte im Krankenhaus und aus den Wohnbereichen zu (51,2 % und 52,8 %). In der ambulanten und stationären Altenpflege waren es hingegen nur 25 % und 34,1 %. Vor allem Fallbesprechungen und Supervision werden in den Einrichtungen angeboten (58,5 %). Handlungsanleitungen zum Umgang mit aggressiven Patienten/Klienten/Bewohnern gab es laut 27,3 % der Beschäftigten, Nachsorgegespräche (26,4 %) und technische Notfallsysteme (15,1 %) wurden weniger häufig genannt. Von den Befragten gaben 22 % an, dass es keine derartigen Angebote in der Einrichtung gebe.

Übergriffe durch Angehörige und Kollegen

Von den Beschäftigten gaben 41 % an, auch psychische Aggressionen wie z. B. Verleumdungen oder Lästern durch Kollegen erlebt zu haben. Körperliche Gewalt durch Angehörige haben 3,7 % der Befragten erlebt und zu verbalen Übergriffen von Angehörigen kam es bei 32,1 % der Beschäftigten.

Risikofaktoren für körperliche und verbale Gewalt

Frauen sind weniger von verbaler Gewalt betroffen als Männer (OR 0,5, 95%-KI 0,2-0,9). Das Risiko für Erfahrungen mit verbaler Gewalt ist in der Altersgruppe der 40- bis 49-Jährigen am höchsten (OR 1,4, 95%-KI 0,7-3,0). Allerdings ist dieses Ergebnis statistisch nicht signifikant. Mit dem Alter nimmt das Risiko für Erfahrungen mit körperlicher Gewalt ab (> 60 Jahre OR 0,6, 95%-KI 0,3-0,9). Im Vergleich zur ambulanten Pflege ist die Arbeit im Krankenhaus, in der stationären Altenpflege, in Werkstätten und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung mit einem erhöhten Risiko für das Erleben von körperlicher Gewalt assoziiert. Alle Berufsgruppen weisen im Vergleich zu den Assistenzberufen ein erhöhtes Risiko für das Erleben von verbaler Gewalt auf. Allerdings ist der Unterschied lediglich bei Gesundheits- und Krankenpflegern mit Leitungsfunktion statistisch signifikant (OR 2,3, 95%-KI 1,2-4,4).

Risikofaktoren für ein starkes Belastungsempfinden

Von den insgesamt 1.522 Beschäftigten, die in den vorangegangenen zwölf Monaten verbale und/oder körperliche Gewalt und Aggressionsübergriffe erlebt hatten und Angaben zum Belastungsempfinden gemacht haben, fühlte sich ein Drittel stark belastet. Das stärkste Belastungsempfinden gaben Beschäftigte aus Krankenhäusern (44 %) und Wohneinrichtungen in der Behindertenhilfe (40 %) an, gefolgt von den Beschäftigten in Werkstätten (33 %). Beschäftigte in der ambulanten und stationären Altenpflege fühlten sich zu 27 % stark belastet. In Behindertenwohneinrichtungen (OR 1,7, 95%-KI 1,0-2,8) und im Krankenhaus (OR 2,1, 95%-KI 1,3-3,4) fühlen sich die Beschäftigten im Vergleich zur ambulanten Pflege stärker belastet. Frauen empfinden sich häufiger stark belastet, allerdings ist dieses Ergebnis nicht signifikant. Im Vergleich zu den jüngeren Beschäftigten steigt das Risiko für ein starkes Belastungsempfinden an (Abb. 3). Bei den Beschäftigten ab 60 Jahren nimmt es wieder ab. Je

häufiger Beschäftigte verbaler Gewalt ausgesetzt sind, desto stärker fühlen sie sich belastet. Bei täglich erlebten verbalen Gewalterlebnissen steigt das OR auf 2,3 (95%-KI 1,3-3,9). Das Erleben von körperlicher Gewalt und die Teilnahme an einem Deeskalationstraining hatten keinen Einfluss auf das Belastungsempfinden. Eine gute Vorbereitung durch die Einrichtung auf solche Vorfälle verringerte das Belastungsempfinden der Betroffenen (OR 0,6, 95%-KI 0,4-0,8) (Abb. 3).

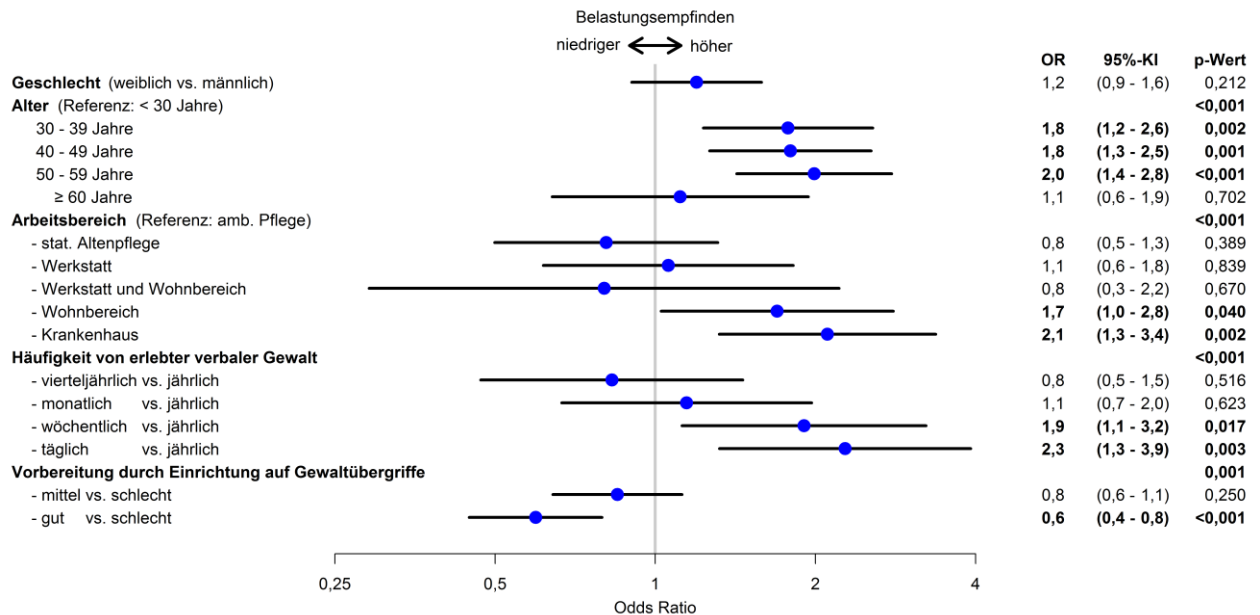


Abbildung 3: Risikofaktoren für ein starkes Belastungsempfinden (n = 1.522)

Subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

Ihre Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen bewerteten 70,2 % der Befragten mit gut bis sehr gut. Zudem glauben 79,5 %, ihren Beruf auch in den nächsten zwei Jahren noch ausüben zu können. Nur selten bis nie über eine Berufsaufgabe nachgedacht haben 89,3 %. Risikofaktoren für eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit sind das Erleben von Gewaltübergriffen (OR 1,8, 95%-KI 1,4-2,5) und zunehmendes Alter. Schützend wirkt sich dagegen die Vorbereitung auf mögliche Gewaltübergriffe aus (OR 0,3, 95%-KI 0,2-0,4). Die Arbeit in der Behindertenhilfe wirkt sich ebenfalls schützend auf die Arbeitsfähigkeit aus im Vergleich zur Arbeit in der Altenpflege und im Krankenhaus (Abb. 4).

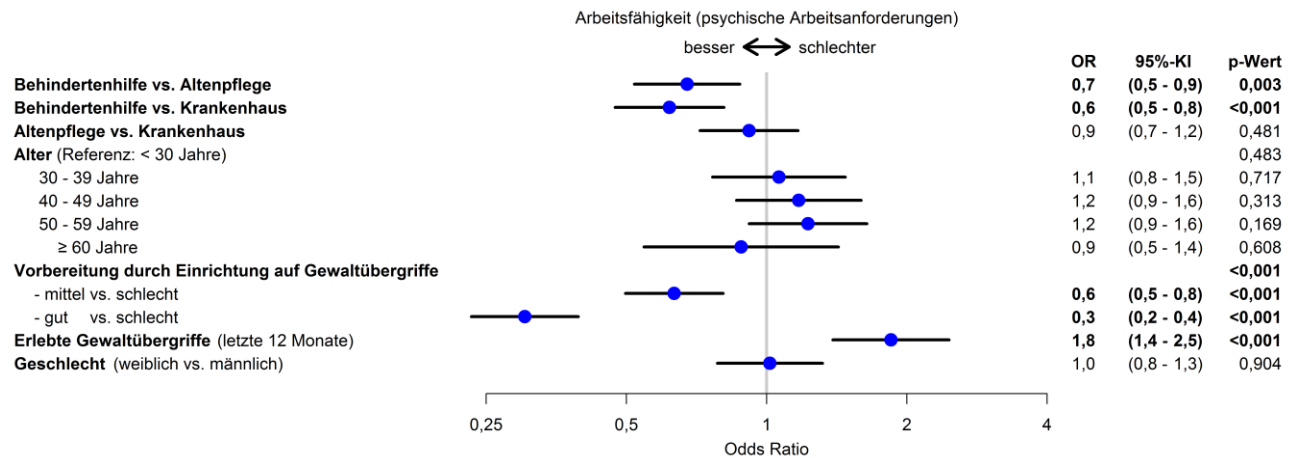


Abbildung 4: Risikofaktoren für die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen

Diskussion

Zum zweiten Mal nach 2009 wurde eine Studie in Deutschland zur Häufigkeit von verbaler und körperlicher Gewalt sowie Aggressionsübergriffen auf Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege durchgeführt. Es zeigte sich, dass Gewalt und Aggressionsübergriffe sehr häufig vorkommen und die Angaben der Beschäftigten mit Gewalterlebnissen zu erlebter körperlicher und verbale Gewalterlebnisse im Vergleich zum Jahr 2009 um 10 % bis 20 % höher lagen (Schablon et al. 2012). In der Studie von Groenewold et al. (2018) aus den USA wurde ebenfalls ein Anstieg von Gewaltübergriffen in den Jahren 2012 bis 2015 festgestellt: Die Inzidenzrate in den teilnehmenden Krankenhäusern stieg von 2012 bis 2014 von 4,4/1.000 Vollzeitkräften auf 7,7, im Jahr 2015 waren es 7,2 % (Groenewold et al. 2018). In unserer Studie gaben 94,1 % der betroffenen Beschäftigten an, in den vorausgegangenen zwölf Monaten verbale und 69,8 % körperliche Gewalt erlebt zu haben. Zudem gaben 40,8 % der Befragten an, psychische Gewalt durch Kollegen erlebt zu haben. Gewaltübergriffe von Angehörigen kamen dagegen selten vor. Es gibt aber Unterschiede zwischen den verschiedenen Branchen.

In unserer Untersuchung gaben betroffene Beschäftigte aus Krankenhäusern (97 %) und Wohnbereichen in der Behindertenhilfe (95 %) an am stärksten von verbaler Gewalt betroffen zu sein gefolgt vom stationären Altenpflegepersonal (94 %). Körperliche Gewalt gaben am häufigsten Beschäftigte in Krankenhäusern und in der stationären Altenpflege an. Zudem waren die Beschäftigten in der stationären Altenpflege am stärksten von täglicher körperlicher und verbaler Gewalt betroffen. In der ambulanten Pflege gab es die geringste Rate für körperliche Gewalt. Im Vergleich zu den Ergebnissen aus dem Jahr 2009 fand ein Anstieg von Meldungen zu verbalen und körperlichen Gewaltübergriffen in Krankenhäusern statt. In der Studie aus dem Jahr 2009 (Schablon et al. 2012) lag die Prävalenzrate für körperliche Gewalt im Krankenhaus bei 56 % versus 73 % im Jahr 2017, bei verbaler Gewalt stieg sie von 79 % auf 97 %. In beiden Studien ist die ambulante Pflege am wenigsten von Gewalterlebnissen betroffen. Dies bestätigte auch eine Studie aus Polen. Dort zeigte sich, dass Krankenschwestern in stationären Bereichen häufiger von Gewalt betroffen sind als Beschäftigte im ambulanten Sektor

(Kowalczuk u. Krajewska-Kulak 2017). Andere Studien zur Häufigkeit von Gewaltübergriffen ermittelten die höchsten Prävalenzraten in psychiatrischen Einrichtungen und Notaufnahmen. In einer Studie aus Italien wurden die Häufigkeit und die Charakteristika von Gewalt in verschiedenen Bereichen und Berufsgruppen untersucht (Ferri et al. 2016). Dabei kamen die meisten Vorfälle in der Psychiatrie (86 %), gefolgt von den Notaufnahmen (71 %) und der Geriatrie (57 %) vor. Nicht körperliche Gewalt kam signifikant häufiger auf geriatrischen Stationen und Notaufnahmen vor (Ferri et al. 2016). Edward et al. (2016) untersuchten in ihrer Metaanalyse Faktoren für Gewaltübergriffe. Dabei stellten sie fest, dass Beschäftigte in der Psychiatrie signifikant häufiger von körperlicher Gewalt betroffen sind als Beschäftigte in nicht psychiatrischen Stationen (OR 2,91, 95%-KI 2,20-3,85) (Edward et al. 2016). Auch in der Studie von Hylén et al. (2018) wurde deutlich, dass Beschäftigte auf psychiatrischen Stationen häufig Gewalt (87 %) ausgesetzt sind.

Studien zu Häufigkeit von Gewaltübergriffen in der Behindertenhilfe ermittelten ebenfalls hohe Prävalenzraten (Franz et al. 2010, Schablon et al. 2012). In der Studie von Schablon et al. aus dem Jahr 2009 waren Beschäftigte in den Wohnbereichen für Menschen mit Behinderung am häufigsten von verbaler Gewalt betroffen (86 %). Franz et al. (2010) fanden eine Prävalenzrate von 77,4 % für körperliche Gewalt und von 42 % für verbale Gewalt in Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Die hohen Prävalenzraten in diesem Bereich bestätigten sich in unserer aktuellen Studie.

Gewalterfahrungen in einzelnen Berufsgruppen

In unserer Studie wurden neben Gesundheits- und Krankenpflegekräften auch andere Berufsgruppen wie Sozialarbeiter/Sozialpädagogen, Heilerzieher und Assistenzberufe, die regelmäßig Kontakt zu Patienten, Klienten und Bewohnern haben, befragt. Wie auch in anderen Studien beschrieben waren Gesundheits- und Krankenpflegekräfte am häufigsten von Gewaltübergriffen betroffen. Allerdings gehören Gewalt- und Aggressionsübergriffe auch in sozialen Berufen zum Alltag. In der Studie aus Italien waren Krankenschwestern am häufigsten von Gewalt betroffen (67 %), gefolgt von Pflegehelfern (18 %) (Ferri et al. 2016). Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch andere Studien. In einer Studie aus den USA wiesen Pflegehelfer (OR 14,89, 95%-KI 10,12-21,91) und Krankenschwestern (OR 8,05, 95%-KI 6,14-10,55) die höchsten Prävalenzraten bei durch Gewalt verursachten Verletzungen auf (Groenewold et al. 2018). In einer Studie von Cheung und Yip (2017) hatten Krankenschwestern ein signifikant höheres Risiko für körperliche und verbale Gewalt als ärztliches Personal. In unserer Studie stellte sich die Arbeit als Pflegekraft mit Leitungsfunktion als Risikofaktor für Gewaltübergriffe heraus. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Leitungskräfte zu Hilfe gerufen werden, wenn Situationen eskalieren.

Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit von Präventionsmaßnahmen in Kliniken und Altenpflegeeinrichtungen, zeigen aber auch, dass Gewaltereignisse gerade in sozialen Berufen wie in der Behindertenhilfe eine große Rolle spielen und auch in diesen Bereichen die Prävention ein wichtiges Thema ist.

Horizontale Gewalterlebnisse

Gewalt unter Kollegen (horizontal) kommt auch in Pflege- und Betreuungsberufen häufig vor. Zu horizontaler Gewalt werden unter anderem Mobbing, aber auch Anschreien, ständiges Kritisieren, Augenrollen, Schlechtmachen, Sabotage oder Ignorieren gezählt (Nienhaus et al. 2016, Sanner-Stiehr u. Ward-Smith 2017). Horizontale Gewalt kann zu Stress, Depression, Ängstlichkeit, Arbeitsunzufriedenheit oder Schlafstörungen führen, sich aber auch negativ auf die Patientenversorgung und die gesamte Arbeitsorganisation auswirken (Hamblin et al. 2015, Purpora u. Blegen 2015). In unserer Studie gaben knapp 41 % der Beschäftigten an, psychische Gewalt durch Kolleginnen oder Kollegen erlebt zu haben. Um den Kreislauf von psychischen Belastungen und horizontaler Gewalt zu durchbrechen, sind Interventionen zur Reduktion von psychosozialen Belastungen und aggressivem Verhalten auch der Kollegen am Arbeitsplatz notwendig.

Alter und Geschlecht

In einigen Studien zeigte sich, dass Frauen häufiger von Gewalt betroffen waren als ihre männlichen Kollegen (Edward et al. 2016, Groenewold et al. 2018, Zampieron et al. 2010). Allerdings erlebten Männer häufiger körperliche Gewalt, da sie häufiger in Hochrisikobereichen eingesetzt werden (Edward et al. 2016). In der Studie von Zampieron et al. (2010) waren 49 % der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte von Gewalterlebnissen betroffen, vor allem Frauen (52 %). Auch in der Studie aus den USA erlebten Frauen deutlich häufiger Gewaltübergriffe als ihre männlichen Kollegen (66,4 % versus 25,9 %). In der deutschen Studie aus dem Jahr 2009 wurde dagegen ebenso wie in der aktuellen Studie kein höheres Risiko für Frauen festgestellt (Schablon et al. 2012). Auch eine polnische Studie fand keine signifikanten Geschlechterunterschiede (Kowalczuk u. Krajewska-Kulak 2017). Einige Studien belegten, dass junge Beschäftigte ein höheres Risiko für körperliche Gewaltübergriffe haben als ihre älteren Kollegen (Groenewold et al. 2018, Pich et al. 2017, Schablon et al. 2012). Auch in unserer Studie nahm mit zunehmendem Alter das Risiko für Gewaltübergriffe ab.

Konsequenzen aus erlebter Gewalt und Belastungsempfinden

Die Konsequenzen von Gewaltübergriffen können vielschichtig sein. Häufig stehen die psychischen Folgen im Vordergrund. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Ausfallzeiten, abnehmende Motivation, sinkende Arbeitszufriedenheit, Verunsicherung, Infragestellung der eigenen Person und Ängstlichkeit sind mögliche Reaktionsformen, die das Lebensgefühl und die Leistungsfähigkeit der Betroffenen langfristig beeinträchtigen können (Needham et al. 2005, Nienhaus et al. 2016, Zeh et al. 2009). Eine Studie zum Krankenpflegepersonal in der Psychiatrie untersuchte den Zusammenhang zwischen Gewalterlebnissen und Stress: 88,1 % der Beschäftigten waren von verbaler Gewalt betroffen und 58,4 % von körperlicher Gewalt. Die Gewaltübergriffe korrelierten mit Arbeitsstress, Lebenszufriedenheit und PTBS (Itzhaki et al. 2015).

In unserer Studie reagierten die Betroffenen mit Ärger, Wut, Angst, Hilflosigkeit und Enttäuschung. Als Folge sind sie vorsichtiger, aufmerksamer und angespannter geworden. Auch gaben sie an, dass ihre Motivation und Freude am Beruf abgenommen habe. Zu

körperlichen Verletzungen kam es bei 58 % der Betroffenen. Betroffen waren vor allem die Beschäftigten im Krankenhaus und der Behindertenhilfe. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Studie aus dem Jahr 2009 (Schablon et al. 2012) zeigte sich, dass die körperlichen Beeinträchtigungen deutlich zugenommen haben und damit auch der Anteil der Betroffenen, die nach einem Angriff ärztlich versorgt werden mussten. So gaben im Jahr 2017 zwischen 5,0 bis 25,0 % (je nach Branche) der Betroffenen an, ärztlich versorgt worden zu sein, im Jahr 2009 waren es nur 1,9 bis 4,1 % (je nach Branche).

Belastungsempfinden

Gewalt und Aggressionsübergriffe in Pflege- und Betreuungsberufen gehören für viele Beschäftigte zum Arbeitsalltag. In unsere Studie gab ein Drittel der Beschäftigten an, sich durch die erlebten Gewalt- und Aggressionsübergriffe stark belastet zu fühlen. Dabei zeigte sich, dass das häufige Erleben von verbaler Gewalt ein Risikofaktor für das Belastungsempfinden darstellt. Eine gute Vorbereitung durch die Einrichtung wirkt sich hingegen positiv (OR 0,6, 95%-KI 0,4-0,8) aus. Am stärksten belastet fühlten sich die Beschäftigten in den Arbeitsbereichen mit hohen Gewaltprävalenzen wie dem Krankenhaus (44 %) und den Wohnbereichen (40 %) in der Behindertenhilfe. In den Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflege fühlten sich dagegen nur 27 % stark belastet. Diese Ergebnisse unterscheiden sich von denen der Studie aus dem Jahr 2009. Das Gefühl von Stress war damals bei Beschäftigten in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und in der ambulanten Pflege (36,9 % bzw. 37 %) am stärksten ausgeprägt. Beschäftigte in der ambulanten Pflege waren zwar weniger häufig Gewalt und Aggression ausgesetzt gewesen, fühlten sich aber häufiger dadurch gestresst. Mit dem Anstieg der Vorfälle und der mangelnden sozialen Unterstützung verstärkte sich die empfundene Belastung (Schablon et al. 2012). Franz et al. fanden heraus, dass das größte Stressempfinden unter dem Pflegepersonal in Pflegeheimen herrscht: 35 % des Personals fühlten sich – verglichen mit den Beschäftigten in psychiatrischen Kliniken (27 %) und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (19 %) – stark belastet (Franz et al. 2010).

Management von Gewalt in den Einrichtungen

In mehreren Ländern wurden im Rahmen der Arbeits- und Gesundheitsschutzgesetzgebung Richtlinien erlassen, die die Bedeutung eines Deeskalationstrainings betonen (Chappell u. Di Martino 2006, Hahn et al. 2012, Nienhaus et al. 2016, Pich et al. 2017). In den von uns befragten Einrichtungen werden verschiedene Präventionsangebote wie Handlungsanleitungen, Nachsorgegespräche, Fallbesprechungen/Supervision, Deeskalationstraining und technische Notfallsystemen aufgeführt. Eine Gefährdungsbeurteilung zum Thema Gewalt hat nur knapp die Hälfte der Betriebe durchgeführt. Allerdings gaben 55 % der Beschäftigten an, dass in ihrer Einrichtung Vorfälle systematisch erfasst würden, 85 % meldeten Vorfälle ihrer Leitung. Von den Führungskräften gaben 66,7 % an, dass sie die Vorfälle meldeten, etwas mehr als die Hälfte der Meldungen würden auch an die Unfallversicherungsträger weitergegeben. Eine Meldung an die Träger der Einrichtungen erfolgt laut den Führungskräften häufiger (73,6 %). Diese Zahlen wiesen damit einen deutlichen Unterschied im Vergleich zu den Studienergebnissen aus dem Jahr 2009 auf. Eine systematische Erfassung erfolgte dort nicht und nur 41 % der Vorfälle

wurden gemeldet (Schablon et al. 2012). Damit hat sich das Meldeverhalten deutlich geändert. Das spricht dafür, dass in den Einrichtungen jetzt offener mit dem Thema Gewalt umgegangen wird. Im Unterschied dazu kamen Ferri und Kollegen zu dem Ergebnis, dass 84 % der Beschäftigten Übergriffe nicht melden. Nur die schweren Vorfälle von körperlicher Gewalt wurden gemeldet. Frauen meldeten Vorfälle seltener (Ferri et al. 2016).

In unserer Studie fanden wir einen positiven Zusammenhang zwischen der Vorbereitung auf mögliche Gewalterfahrung durch den Betrieb und dem Belastungsempfinden sowie der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. An einem Deeskalationstraining haben 41,8 % der Befragten teilgenommen. Dies betraf vor allem Beschäftigte aus dem Krankenhaus und der Behindertenhilfe. Im Bereich der ambulanten Pflege nahmen nur wenige Pflegekräfte an einem Training teil. In Krankenhäusern haben vermehrt Beschäftigte auf psychiatrischen Stationen ein Deeskalationstraining absolviert. Allerdings gab es keine signifikanten Unterschiede bei der Häufigkeit von Gewaltereignissen zwischen psychiatrischen und Allgemeinstationen. Es gibt Studien und Reviews, die sich mit der Effektivität der Schulungsprogramme in unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens auseinandersetzen (Arnetz et al. 2017, Heckemann et al. 2015, Ridenour et al. 2017). Dabei ist unklar, ob ein Deeskalationstraining Gewaltübergriffe reduzieren kann, es verändert aber den Umgang mit den Übergriffen und stärkt das Sicherheitsgefühl der Beschäftigten (Ridenour et al. 2017). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt ein Review aus dem Jahr 2014. Insgesamt neun Studien konnten eingeschlossen werden, allerdings gab es nur eine Studie mit einem guten Studiendesign. Alle Studien beobachteten ein gesteigertes Selbstvertrauen, gestärktes Auftreten, bessere Fähigkeiten im Umgang mit Gewalt und vermehrte Kenntnisse über Risiken bei den Beschäftigten. Das Training führte aber nicht zur Reduzierung von Gewaltvorfällen. Um Gewaltübergriffe zu senken, sind außer Trainings-Arbeitsschutzmaßnahmen und eine Null-Toleranz-Politik in der gesamten Einrichtung erforderlich (Heckemann et al. 2015). Im Gegensatz dazu gab es in der randomisierten Interventionsstudie von Arnetz und Kollegen eine Reduzierung von Gewaltübergriffen in der Interventionsgruppe. Die Intervention beinhaltete die Erstellung eines Aktionsplans zur Prävention von Gewaltübergriffen in den jeweiligen Abteilungen. Sechs Monate nach der Intervention lag die Übergriffsrate in der Interventionsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe (Incident rate ratio IRR 0,48, 95%-KI 0,29-0,80). Auch nach 24 Monaten war das Risiko für Gewaltübergriffe in der Interventionsgruppe niedriger als bei den Kontrollgruppen (IRR 0,37, 95%-KI 0,17-0,83) (Arnetz et al. 2017).

Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit einer adäquaten Organisationsstrategie und fachspezifischer Schulungsmaßnahmen. Grundvoraussetzung für präventive Maßnahmen gegen Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz ist eine Betriebskultur, die dieses Thema offen und systematisch behandelt. Nur wenn das Thema enttabuisiert wird, können Präventionsmaßnahmen greifen. Wenn Beschäftigte beispielsweise den Eindruck haben, von Führungskräften und Kollegen/innen als inkompetent oder überempfindlich angesehen zu werden, wenn sie Gewalt- oder Belästigungsvorfälle melden, fehlt die Basis für eine effektive Prävention.

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Beschäftigte im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege sind großen psychischen Belastungen durch verbale und körperliche Gewalt ausgesetzt. Trotzdem schätzten die

Probanden ihre Arbeitsfähigkeit als gut bis sehr gut ein. Ein Gedanke an eine Berufsaufgabe gab es nur bei wenigen Risikofaktoren für eine schlechtere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit waren das Erleben von Gewaltübergriffen und zunehmendes Alter. Eine gute Vorbereitung in den Einrichtungen auf mögliche Gewalt- und Aggressionsübergriffe wirkte sich hingegen positiv auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Arbeit in der Behindertenhilfe erwies sich gegenüber derjenigen in der Altenpflege und im Krankenhaus ebenfalls als positiver Faktor. Neben der Häufigkeit von Gewaltübergriffen können aber hier auch andere psychische Arbeitsbelastungen wie Personalmangel, Zeitdruck in der Pflege usw. eine Rolle gespielt haben. Dass gerade auch Gewalterlebnisse einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben können, zeigte eine Studie zu Aggressionen vonseiten der Patienten und dem Wohlbefinden von Krankenschwestern. Von Krankenschwestern auf psychiatrischen Stationen wurden im Vergleich zu Krankenschwestern auf inneren und chirurgischen Stationen mehr Vorfälle genannt. Beschäftigte in der Psychiatrie gaben einen schlechteren Gesundheitszustand und eine schlechtere Arbeitsfähigkeit an als die anderen Gruppen, ihre psychische Gesundheit bewerteten sie allerdings als besser (Pekurinen et al. 2017).

Limitationen

Angesichts des Querschnittstudien-Designs können keine kausalen Beziehungen untersucht werden. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die gesamte Gruppe der Beschäftigten im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege ist nur eingeschränkt möglich, da die Responserate lediglich bei 40,9 % lag und damit ein Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden kann. Die Gewaltübergriffe in den vorangegangenen zwölf Monaten wurden anhand der Angaben der Befragten erfasst. Ein Recall Bias ist deshalb möglich. Dieses könnte zu einer Überschätzung der Prävalenz geführt haben. Im Gegenzug könnte aber auch das Erleben leichter Gewaltübergriffe gar nicht als Gewalt wahrgenommen worden sein, dies würde dann eher für eine Unterschätzung sprechen.

Fazit

Die Ergebnisse belegen, dass im Vergleich zu der Studie aus dem Jahr 2009 das Erleben von körperlicher und verbaler Gewalt weiterhin hoch ist, in einzelnen Branchen zugenommen hat und weiterhin für viele Beschäftigte zum Berufsalltag gehört.

Wie im Jahr 2009 fühlt sich ein Drittel der Befragten dadurch stark belastet. Allerdings wird deutlich, dass sich der Umgang mit dem Thema in den Einrichtungen verändert hat. Früher häufig tabuisiert, ist das Thema nun präsent und es werden Präventionsangebote wie z. B. ein Deeskalationstraining genutzt. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass die Vorfälle nun systematisch dokumentiert würden. Der offene Umgang mit dem Thema spiegelt sich in der Zunahme der Meldungen wider (84 % vs. 41 % (2009)).

Ob es zu einer realen Zunahme von Gewalt- und Aggressionsübergriffen von Patienten, Klienten und Bewohnern gekommen ist, lässt sich nicht sagen. Vermutlich hat die Sensibilisierung für das Thema zu einer veränderten Wahrnehmung der Übergriffe geführt. Was vor Jahren noch zum beruflichen Alltag gehörte, wird nun als etwas erlebt, das nicht hingenommen werden muss.

Auch wurde deutlich, dass eine gute Vorbereitung durch die Einrichtung auf solche Übergriffe das Belastungsempfinden der Betroffenen reduzieren kann. Präventionsmaßnahmen wie das Deeskalationstraining oder die kollegiale Ersthelferunterstützung sind wichtige Eckpunkte für den Umgang mit und die Prävention von Gewalt- und Aggressionsübergriffen. Allerdings belegen die Ergebnisse auch, dass horizontale Gewalt ein Problem in Pflege- und Betreuungsberufen ist und gezielte Präventionsmaßnahmen in den Einrichtungen wichtig sind.

Literatur

- Arnetz JE, Hamblin L, Russell J, Upfal MJ, Luborsky M, Janisse J, Essenmacher L (2017). Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *J Occup Environ Med* 59(1), 18-27
- Chappell D, Di Martino V. (2006). *Violence at work*. 3 Aufl. Interational Labour Office, Geneva
- Cheung T, Yip PS (2017). Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health* 17(1), 196
- Cowman S, Bjorkdahl A, Clarke E, Gethin G, Maguire J, European Violence in Psychiatry Research Group (2017). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Serv Res* 17(1), 59
- DGUV. (2017). Datenblatt - Schreck, Bedrohung, Gewalt. Abgerufen unter https://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/pm/pressearchiv/2017/4_quartal/factsheet_schreck_bedrohung_gewalt.pdf. Letzter Zugriff: 01.11.2018
- Edward KL, Stephenson J, Ousey K, Lui S, Warelow P, Giandinoto JA (2016). A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs* 25(3-4), 289-299
- Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R (2016). Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 9, 263-275
- Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res* 10(1), 51
- Groenewold MR, Sarmiento RFR, Vanoli K, Raudabaugh W, Nowlin S, Gomaa A (2018). Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational Health Safety Network (OHSN), 2012-2015. *Am J Ind Med* 61(2), 157-166
- Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *J Adv Nurs* 68(12), 2685-2699
- Hamblin LE, Essenmacher L, Upfal MJ, Russell J, Luborsky M, Ager J, Arnetz JE (2015). Catalysts of worker-to-worker violence and incivility in hospitals. *J Clin Nurs* 24(17-18), 2458-2467
- Heckemann B, Zeller A, Hahn S, Dassen T, Schols JM, Halfens RJ (2015). The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in

- an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Educ Today* 35(1), 212-219
- Hyllen U, Kjellin L, Pelto-Piri V, Warg LE (2018). Psychosocial work environment within psychiatric inpatient care in Sweden: Violence, stress, and value incongruence among nursing staff. *Int J Ment Health Nurs* 27(3), 1086-1098
- Itzhaki M, Peles-Bortz A, Kostitsky H, Barnoy D, Filshinsky V, Bluvstein I (2015). Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *Int J Ment Health Nurs* 24(5), 403-412
- Kowalczyk K, Krajewska-Kulak E (2017). Patient aggression towards different professional groups of healthcare workers. *Ann Agric Environ Med* 24(1), 113-116
- Needham I, Abderhalden C, Halfens RJ, Fischer JE, Dassen T (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* 49(3), 283-296
- Nienhaus A, Drechsel-Schlund C, Schambortski H, Schablon A (2016). Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. Gesundheitliche Folgen und settingbezogene Ansätze zur Prävention und Rehabilitation. *Bundesgesundheitsbl* 59(1), 88-97
- Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Valimäki M (2017). Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *Int J Environ Res Public Health* 14(10), E1245
- Pich JV, Kable A, Hazelton M (2017). Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australas Emerg Nurs J* 20(3), 107-113
- Purpora C, Blegen MA (2015). Job satisfaction and horizontal violence in hospital staff registered nurses: the mediating role of peer relationships. *J Clin Nurs* 24(15-16), 2286-2294
- Ridenour ML, Hendricks S, Hartley D, Blando JD (2017). Workplace Violence and Training Required by New Legislation Among NJ Nurses. *J Occup Environ Med* 59(4), e35-e40
- Sanner-Stiehr E, Ward-Smith P (2017). Lateral Violence in Nursing: Implications and Strategies for Nurse Educators. *J Prof Nurs* 33(2), 113-118
- Schablon A, Zeh A, Wendeler D, Peters C, Wohler C, Harling M, Nienhaus A (2012). Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2(5), e001420
- Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs* 19(15-16), 2329-2341
- Zeh A, Schablon A, Wohler C, Richter D, Nienhaus A (2009). Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen--Ein Literaturüberblick. *Gesundheitswesen* 71(8-9), 449-459