



Verbale Aggression im Gesundheitswesen

Forschungsprojekt im Auftrag der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen

Dezember 2011



Impressum

Titel	Verbale Aggression im Gesundheitswesen
Jahr	Dezember 2011
Autor	Dirk Richter, Prof. Dr. Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit Murtenstrasse 10 CH-3008 Bern e-mail: dirk.richter@bfh.ch Tel. +41 31 848 3768
Copyright	2011 Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung Forschung Pflege: forschung.gesundheit@bfh.ch , Telefon: +41 31 848 37 60

Danksagung

Der Verfasser bedankt sich bei den teilnehmenden Einrichtungen für die Bereitschaft zur Kooperation und die komplikationslose Durchführung des Projekts. Ein besonderer Dank gilt den Teilnehmenden der Fokusgruppen und der Umfrage, die ihre Erfahrungen und Ansichten in das Projekt eingebracht haben. Der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen ist für die finanzielle und logistische Unterstützung zu danken.



Inhalt

1	Zusammenfassung	4
2	Einleitung	5
2.1	Problemaufriss	5
2.2	Folgen verbaler Aggressionen gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen	5
2.3	Methodische Probleme in der Forschung über verbale Aggressionen	6
3	Methode und Stichproben	8
3.1	Fokusgruppen-Interviews	8
3.2	Umfrage	9
4	Ergebnisse	10
4.1	Fokusgruppen	10
4.1.1	Formen verbaler Aggression	10
4.1.2	Hintergründe	10
4.1.3	Individuelle Bewältigungsstrategien	11
4.1.4	Schweregrad der Aggression	12
4.1.5	Abgrenzung verbaler Aggressionen von gewöhnlichen Sprechakten	12
4.2	Umfrage	13
4.2.1	Häufigkeit verbaler Aggressionen	13
4.2.2	Subjektive Belastung durch verbale Aggressionen	14
4.2.3	Reaktionen auf und Umgang mit verbalen Aggressionen	14
4.2.4	Anteil körperlicher und verbaler Aggressionen an der allgemeinen Arbeitsbelastung	15
4.2.5	Umgang mit verbalen Aggressionen im Laufe des Berufslebens	15
5	Diskussion	15
6	Schlussfolgerungen für die Prävention	16
6.1	Kommunikationstechniken	17
6.2	Copingstrategien	17
6.3	Organisatorische Vorgaben	18
6.4	Verhaltenstherapeutische Interventionen im Langzeitbereich	19
7	Abbildungen und Tabellen	20
8	Literatur	24
	Anhang 1: Leitfaden	28
	Anhang 2: Fragebogen	30



1 Zusammenfassung

Hintergrund und Zielsetzung

Verbale Aggressionen sind ein relativ häufig vorkommendes, aber wenig erforschtes Problem im Gesundheitswesen. Die zentrale Schwierigkeit liegt in der bisher kaum gelungenen Definition, Abgrenzung und Operationalisierung verbaler Aggressionen. Die vorliegende Studie im Auftrag der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen hatte sich zum Ziel gesetzt, Art, Umfang und Konsequenzen eingehender zu untersuchen.

Methoden

Zur Erforschung verbaler Aggressionen im Gesundheitswesen wurden in dieser Studie sowohl qualitative wie auch quantitative Verfahren („Mixed Methods“) eingesetzt. Im Rahmen von Fokusgruppengesprächen wurden 74 Mitarbeitende aus verschiedenen Bereichen der psychiatrischen Versorgung (Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Forensische Psychiatrie, Wohnbereiche) sowie aus einer somatischen Klinik und aus einem Alters- und Pflegeheim interviewt. Mit Hilfe eines selbst erstellten Fragebogens wurden dann in einer Umfrage über 1.000 Beschäftigte, die überwiegend wiederum in psychiatrischen Settings arbeiteten, zur Häufigkeit verschiedener Aggressionsformen, zum Belastungserleben und zum Umgang mit verbalen Aggressionen befragt.

Ergebnisse

Verbale Aggressionen kommen in verschiedenen Ausprägungen im Arbeitsalltag in allen beteiligten Settings und Einrichtungen vor. Als Hauptformen lassen sich Bedrohungen, Beschimpfungen, rüde Sprache, Infragestellung professioneller Kompetenzen und Verweigerungshaltungen der PatientInnen identifizieren. Besonders häufig kommen Verweigerungshaltungen vor, gefolgt von Beschimpfungen und rüder Sprache. Viele Beschäftigte schaffen es, durch eine große Toleranz und das Rationalisieren der Aggressivität einen nicht belastenden Umgang zu finden. Allerdings können auch verbale Aggressionen zu negativen Konsequenzen bis hin zur Aufgabe des Berufs führen. Als besonders belastend werden Drohungen erlebt. Im Vergleich zu körperlicher Aggressivität von Seiten der PatientInnen werden verbale Aggressionen von den Befragten im Durchschnitt als belastender eingestuft.

Schlussfolgerungen für die Prävention

Vor dem Hintergrund der erheblichen Belastung der Mitarbeitenden durch verbale Aggressionen sollte den Kommunikations- und Deeskalationstechniken ein deutlich größerer Stellenwert zukommen als dies in den meisten Trainingsprogrammen der Fall ist. Weitere Präventionsmaßnahmen sollten sich auf verbesserte Copingstrategien für die Bewältigung belastender Situationen erstrecken und auf klare institutionelle und organisatorische Vorgaben und Richtlinien für den Umgang mit verbalen Aggressionen. Schlussendlich können in Bereichen mit einer längeren Verweildauer der PatientInnen und BewohnerInnen bei chronisch rezidivierender Aggressivität entsprechende verhaltenstherapeutische Programme zum Einsatz kommen.



2 Einleitung

2.1 Problemaufriss

Gewalttätiges oder aggressives Verhalten von Patienten und Patientinnen bzw. Besucherinnen und Besuchern in Einrichtungen des Gesundheitswesens gehört zum Arbeitsalltag vieler Mitarbeitender [1-4]. Die einschlägige Forschung hat in zahlreichen Studien zeigen können, dass vor allem Beschäftigte im psychiatrischen Bereich, daneben aber auch in der Akut-Somatik, Opfer von Aggressionen durch Patienten und Besuchern werden können. Dies gilt insbesondere für körperliche Gewalt. Neuere Studien aus dem europäischen sowie aus dem deutschsprachigen Raum konnten etwa aufzeigen, dass zwischen 20 und 90 % der Mitarbeitenden innerhalb von zwölf Monaten physische Gewalt und verbale Aggressionen durch Patienten erlebten [4-8].

Ein kleiner Teil der Forschungsliteratur hat sich in diesem Zusammenhang mit sexuell gefärbten Aggressionen beschäftigt, allerdings scheint die Bedeutung sexueller Aggressionen im Vergleich zu sonstigen verbalen und körperlichen Aggressionen eher gering zu sein [9-11]. Ebenfalls ein kleiner Teil der Literatur hat sich mit aggressivem Verhalten von Besuchern bzw. Angehörigen von Patienten befasst [4]. Diese Problematik scheint insbesondere in der Kinderheilkunde, im Rettungsdienst sowie im Heimbereich eine besondere Rolle zu spielen [12-14].

Wenn man die Studienlage zur verbalen Aggression mit der Thematik körperlicher Aggressionen vergleicht, existieren bis heute nur wenige Untersuchungen, die sich ausschließlich mit dieser Problematik im Gesundheitswesen befassen [15-28]. Eine Ausnahme ist das Stalking gegenüber Mitarbeitenden von Gesundheitseinrichtungen, hier hat sich in den vergangenen Jahren eine beträchtliche Anzahl von Studien etabliert [u.a. 29, 30].

2.2 Folgen verbaler Aggressionen gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen

In der Regel werden die Daten über verbale Aggressionen gemeinsam mit körperlicher Gewalt erhoben, was dann eben zu dem nicht verwunderlichen Befund deutlich höherer Prävalenzraten verbaler Aggressionen führt [8, 31]. Auch kommt es nicht selten vor, dass die Studien sowohl aggressives Verhalten von Patienten als auch von Berufskollegen und anderen Professionen gleichzeitig [z.B.: 27, 32] oder aber separat untersuchen [33]. Gleichwohl haben sich mehrere Studien auch mit den Folgen verbaler Aggressionen von Patienten gegenüber Mitarbeitern im Gesundheitswesen befasst. In einer japanischen Studie wurde festgestellt, dass mehr als 20 Prozent der Pflegenden, welche verbale Aggressionen erlebt hatten, erhebliche posttraumatische Belastungen davon trugen [18]. Ähnliches, wenngleich in geringerem Ausmaß, wurde auch in einer neuseeländischen Arbeit berichtet [21]. Allerdings wurde in beiden Arbeiten nicht für die Exposition gegenüber körperlicher Gewalt kontrolliert; es ist bekannt, dass es eine nicht gering zu schätzende Korrelation zwischen verbaler und körperlicher Gewalt gibt [8]. Dies ist beispielsweise im Falle von Drohungen zu beachten. Drohungen resultieren zwar nicht immer in körperliche Aggressionen, aber die Forschungsliteratur hat beispielsweise in forensischen Settings eine Rate von 20 Prozent körperlicher Aggressionen innerhalb von 12 Monaten nach der Drohung registriert [34].

Die psychischen Folgen aggressiven Verhaltens gegen Mitarbeitende sind in der jüngeren Zeit mehrfach untersucht worden. Während man bei körperlichen Aggressionen mittlerweile relativ gesichert davon ausgehen kann, dass diese auch seelische Langzeitfolgen haben können [35-37], ist das Belastungserleben durch verbale Aggressionen bislang kaum untersucht worden. Aus einigen wenigen Veröffentlichungen geht jedoch hervor, wie sehr Pflegende und andere



Mitarbeitende auch unter verbalen Aggressionen leiden können. In einer umfangreichen epidemiologischen Studie aus den Vereinigten Staaten haben beispielsweise Pflegende angegeben, sie litten weitaus mehr unter nicht-körperlichen Aggressionen als unter physischer Gewalt [38]. Dies betraf etwa Phänomene wie Frustration, Angst, Ärger oder depressive Symptome. Weitere Studien aus dem Gesundheitswesen sowie aus anderen Dienstleistungsbereichen berichteten ebenfalls von gravierenden Folgen nicht-körperlicher Aggression [39, 40]. Daher kann nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass verbale Aggressionen in ihrer Bedeutung von vornherein als geringer gegenüber körperlicher Gewalt einzustufen ist, wie man dies bisweilen in der Forschungsliteratur ungeprüft voraussetzt [41].

2.3 Methodische Probleme in der Forschung über verbale Aggressionen

Eine der großen Herausforderungen in der Aggressionsforschung allgemein, aber insbesondere auch in der Aggressionsforschung für das Gesundheitswesen ist die Definition sowie die Operationalisierung aggressiven und gewalttätigen Verhaltens [42, 43]. Bei physischer Gewalt ist die Definition noch einigermaßen einfach, wenngleich auch hier Grauzonen bestehen. Bei verbalen Aggressionen tut sich die Forschung bis heute relativ schwer, exakt zu definieren was darunter zu verstehen sei. Eine bis in die Gegenwart immer wieder zitierte Definition verbaler Aggression beschreibt diese „... als Attacke auf das Selbstkonzept einer anderen Person, anstelle oder zusätzlich zur Position, welche diese Person zu einem bestimmten Kommunikationsthema hat.“ [44: 61; meine Übersetzung] Im Allgemeinen werden darunter Angriffe auf die Persönlichkeit, die Kompetenz, das Aussehen, Drohungen, Lächerlich machen, üble Nachrede und Flüche verstanden.

In einem der ausgereiftesten Forschungsbereiche, der diese Problematik intensiv untersucht hat, nämlich im Bereich der häuslichen Gewalt zwischen Intimpartnern, ist demgegenüber kürzlich eine ernüchternde Bilanz gezogen worden [45]. Grundsätzlich sind die methodischen Probleme, welche dort ‚emotionaler Missbrauch‘ genannt werden, mit denen bei der Forschung zur verbalen Aggression im Gesundheitswesen mehr oder weniger identisch:

- emotionaler Missbrauch sei nicht ausreichend definiert, validiert und theoretisch fundiert, um eine Messung vorzunehmen und Schlussfolgerungen zu ziehen;
- emotionaler Missbrauch werde wie körperlicher Missbrauch definiert, wobei der Interpretationsspielraum des ‚Opfers‘ nicht berücksichtigt wird;
- es werde lediglich die Auskunft der ‚Opfer‘ berücksichtigt und der Kontext der Interaktion werde vernachlässigt;
- derzeitige Messinstrumente seien nicht in der Lage, das Problem adäquat in den Griff zu bekommen.

Das größte Problem besteht nach demnach darin, dass bisher weder ein klarer Konsens noch eine Verständigung über die Terminologie verbaler Aggressionen erreicht wurde. So ist bis heute nicht klar, wo aggressives Verhalten beginnt, was es von ‚normalem‘ Verhalten unterscheidet oder wo die Grenze zu physischen Aggressionen zu ziehen ist. Was macht beispielsweise den Unterschied zwischen einer Beschwerde eines Patienten und einer verbalen Aggression aus? Da Beschwerden durchaus die professionelle Kompetenz von Gesundheitsfachpersonen in Frage stellen können, fühlen sich betroffene Mitarbeiter möglicherweise von Beschwerden verbal aggressiv angegangen. Ähnlich in Frage gestellt fühlen sich viele Mitarbeitenden, wenn Patienten die Kooperation verweigern oder sich besonders passiv geben, auch dies wird als besonders herausforderndes Verhalten erlebt [46]. Die hier zum Vorschein kommende subjektive Komponente scheint unhintergebar relevant zu sein.



Ebenfalls unklar ist die wissenschaftliche Terminologie, in der einschlägigen Literatur findet man Begriffe wie ‚emotionaler Missbrauch‘, ‚verbale Gewalt‘, ‚verbale Aggression‘, ‚psychologische Aggression‘, ‚offensive Sprache‘, ‚unzivilisiertes Verhalten‘, ‚unangemessenes Verhalten‘, ‚nicht-körperliche Gewalt‘, ‚Grenzüberschreitungen‘ oder ‚emotionale Misshandlung‘. Benachbarte Konzepte reichen von der sexuellen Belästigung bis hin zum Stalking, von dem insbesondere Mitarbeitende psychiatrischer Einrichtungen betroffen sind [30]. Selbst körperliches Verhalten, bei dem keine verbalen Sprechakte zu registrieren sind, wird als ‚nonverbale verbale Aggression‘ bezeichnet [47].

Weitere Defizite bestehen in der Beobachterabhängigkeit sowie in der Nicht-Berücksichtigung des sozialen oder kulturellen Kontexts, in dem die Aggression bzw. die vermeintliche Aggression auftritt [48, 49]. In der Aggressionsforschung hat sich ein Quasi-Standard durchgesetzt, der die Beurteilung aggressiven Verhaltens üblicherweise vom Empfänger bzw. vom ‚Opfer‘ aus vornimmt. Wie leicht vorstellbar ist, führt dieses Vorgehen nicht selten zu Missverständnissen, wenn vom Sender keine Aggression intendiert wird, diese vom Empfänger aber als solche erlebt wird [50]. Bekannt sind etwa unterschiedliche Ansichten zwischen Männern und Frauen dazu, was als sexuelle Belästigung einzustufen sei [51]. Bezüglich des kulturellen Kontexts muss man feststellen, dass in bestimmten sozialen Milieus Sprechakte als ‚normal‘ erlebt werden, diese aber gleichzeitig von anderen Menschen als hoch aggressiv betrachtet werden. Hinzu kommt die klinische Feststellung, dass bestimmte verbal-aggressive Äußerungen durchaus diagnostisch relevant sein können oder aber krankheits- bzw. persönlichkeitsbedingt unvermeidbar sind (wie etwa bei bestimmten dementiellen Entwicklungen [52, 53]) und daher nicht im Sinne einer ‚Null Toleranz‘-Strategie [54, 55] komplett abzulehnen sind [56, 57].

Ebenfalls nicht geklärt ist die Frage, ob es denn die verbale Aggression allein ist, welche negative Folgen annehmen kann oder aber ob es die Verarbeitung bzw. die Copingstrategien der ‚Opfer‘ sind, welche sich negativ auswirken können. Es gibt Hinweise aus der Forschungsliteratur über emotionalen Missbrauch im Allgemeinen, dass bestimmte kognitive Einstellungen und Verarbeitungsstrategien sich positiv bzw. auch negativ auswirken können. Dies gilt beispielsweise für Personen, die besonders sensitiv gegenüber Feedback sind oder aber nur über ein eingeschränktes Selbstbewusstsein verfügen [58, 59].

Angesichts dieser zahlreichen methodologischen Unklarheiten kann es nicht verwundern, wenn in einer Literaturübersicht über Studien zu verbaler Aggression gegen Pflegende Prävalenzraten zwischen 20 und 100 % berichtet wurden [60]. In diesem Review aus dem Jahre 2009 wurden 29 Originalarbeiten identifiziert, in denen verbale Aggressionen oder verwandte Themen untersucht wurden. Eine weitere Komplikation, die nicht nur in dieser Übersicht, sondern in vielen anderen Studien auftritt, ist die Vermischung der Verursacher verbaler Aggressionen, diese können nämlich nicht nur Patienten, Besucher oder Angehörige sein, sondern auch Mitarbeiter aus derselben bzw. aus anderen Berufsgruppen. Zahlreiche Studien beschäftigen sich etwa mit verbalen Aggressionen von Angehörigen des Pflegedienstes untereinander [61] oder des ärztlichen Dienstes gegen Pflegende [33, 62].

Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen unklaren Gegebenheiten wurde in Zusammenarbeit mit der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen ein Forschungsprojekt entwickelt, das sich den vielfältigen Problemstellungen, wie sie oben beschrieben wurden, mittels qualitativer und quantitativer Methodik nähert („Mixed Methods“).

Qualitative Methoden haben sich in der medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen For-



schung und selbst in der Evidenzbasierten Forschung in jüngerer Zeit deutlich etabliert und sind vor allem bei Fragestellungen nach dem „Wie“ des Erlebens angezeigt [63, 64]. In diesem Sinne zielt der erste Teil des nachfolgend berichteten Projekts auf das Erleben verbaler Aggressionen durch Mitarbeitende im Gesundheitswesen. Es handelt sich um eine Mischung aus Exploration der Problematik mit relativ exakt definierten Fragen aus Sicht des Auftraggebers. Hauptfragestellungen dieser qualitativen Studie waren:

- Welche Formen verbaler Aggressionen durch Patienten und Besucher erleben Pflegenden und andere Mitarbeitende in Einrichtungen des Gesundheitswesens?
- Wie belastend sind verbale Aggressionen für die betroffenen Mitarbeitenden?
- Welche individuellen und organisatorischen Reaktionen auf verbale Aggressionen werden als erfolgreich betrachtet?

Im zweiten Teil wurde über eine Umfrage bei Mitarbeitern verschiedener Kliniken erhoben, wie häufig bestimmte verbale Aggressionen vorkommen und wie sehr die Mitarbeiter sich hierdurch als belastet erleben. Weitere Fragestellungen bezogen sich auf den Umgang und die Verarbeitung verbaler Aggressionen.

3 Methode und Stichproben

In Zusammenarbeit mit dem Auftraggeber der Studie, der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, wurden verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens eingeladen, an der Untersuchung teilzunehmen. Auf den Aufruf hin meldeten sich mehrere Kliniken und Heime aus den Bereichen Erwachsenenpsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, forensische Psychiatrie, somatische Akutversorgung, Wohnen für psychisch kranke Menschen und Altenheim.

3.1 Fokusgruppen-Interviews

Zur Vorbereitung der qualitativen Interviews in Fokusgruppen mittels der Methode des problemzentrierten Interviews [65] wurde ein Leitfaden entwickelt, der folgende Überthemen enthielt (siehe auch Anhang 1):

- Erleben von verbalen Aggressionen (Häufigkeit, Folgen),
- typische Situationen,
- unterschiedliche Formen,
- Ursachen/Auslöser,
- Schweregrad von verbale Aggression vs. körperlicher Aggression,
- Grenze zwischen ‚normaler‘ Alltagssprache und verbaler Aggression,
- Bewältigungsstrategien in der Situation und danach,
- Deeskalationsstrategien.

Es wurden acht Fokusgruppen mit insgesamt 74 teilnehmenden Personen durchgeführt, davon drei in der Erwachsenenpsychiatrie und jeweils eins aus den anderen Bereichen. Die Rekrutierung der Teilnehmer an den Fokusgruppen erfolgte durch die Kliniken und Heime. Teilgenommen haben überwiegend Pflegenden (n=48) und Angehörige des Erziehungsdienstes (n=8), weitere Berufsgruppen waren der ärztliche Dienst (n=7), der psychologische Dienst (n=3), der Sozialdienst (n=4) und sonstige, beispielsweise Angestellte im Service und in der Hauswirtschaft (n=4). Die Teilnehmenden waren in der Mehrheit weiblich (56,7%) und mehrheitlich jünger als 45 Jahre (60,8%). Die Interviews dauerten zwischen 70 und 150 Minuten und fanden jeweils in den teilnehmenden Einrichtungen statt. Die Fokusgruppe-Gespräche wurden elektronisch aufgezeichnet und verbatim transkribiert.



Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring [66]. Während der Kodierung wurde ein zunehmend deduktives Vorgehen gewählt, um die Daten gemäß der konkreten Fragestellungen des Auftraggebers analysieren zu können. Die Codierung erfolgte mit der Analysesoftware Atlas Ti.

3.2 Umfrage

Für die Umfrage wurde auf der Basis der ersten Resultate der Fokusgruppen-Interviews ein Fragebogen entwickelt, der sich methodisch an Instrumenten aus der Forschung über Gewalt in intimen Partnerschaften orientierte [67]. Neben soziodemografischen Angaben und Daten zur beruflichen Tätigkeit enthielt das Instrument Fragen zur Häufigkeit des Erlebens bestimmter verbaler Aggressionen, zur Belastung durch bestimmte verbale Aggressionen, zum persönlichen und zum Team-Umgang mit der Problematik sowie Einschätzung zur Schwere von körperlichen und verbalen Aggressionen. Schließlich wurden die Teilnehmenden zu einer Einschätzung gebeten, ob sie im Laufe ihres Berufslebens leichter oder schwerer mit der Thematik umgehen konnten. Der Fragebogen findet sich im Anhang.

An der Umfrage haben sich insgesamt 1053 Mitarbeitende beteiligt, mit Ausnahme einer somatischen Klinik handelte es sich ausnahmslos um Beschäftigte psychiatrischer Einrichtungen. Für die schriftliche Befragung beträgt der Rücklauf 43 % der ausgegebenen Fragebögen. Die Befragten waren im Durchschnitt 38.8 Jahre alt und verfügten über eine Berufserfahrung von 15.8 Jahren im Mittel. Zwei Drittel der Befragten waren Frauen und knapp 62 % arbeiteten in der Pflege. Andere Berufsgruppen waren überwiegend der ärztliche Dienst sowie erzieherische Professionen im Heimbereich und in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die nachfolgende Tabelle gibt die Details der soziodemografischen Daten wieder.

	Alter MW	Geschlecht weiblich %	Pflege-examiniert %	Berufs-erfahrung MW
Psychiatrie Erwachsene	38.7	64.7	65.5	15.5
Psychiatrie Kinder/Jugend	37.9	64.0	35.7	14.9
Psychiatrie Forensik	40.4	60.5	81.6	19.4
Somatik	38.8	75.0	75.4	16.4
Wohnheim Psychiatrie	39.6	61.4	11.5	14.6
Sonstiges	40.9	82.9	52.5	18.5
Gesamt	38.8	66.4	61.9	15.8

Tabelle: Soziodemografische Daten der Teilnehmer an der quantitativen Befragung (MW: Mittelwert)



4 Ergebnisse

4.1 Fokusgruppen

Die Teilnehmenden an den Fokusgruppen berichteten ausführlich und differenziert über die Problematik, die offenbar ubiquitär anzutreffen ist. Verbale Aggressionen gehören zum Alltag in nahezu allen teilnehmenden Einrichtungen.

4.1.1 Formen verbaler Aggression

Als Hauptformen verbaler Aggressionen wurden folgende identifiziert:

- Beschimpfung/Beleidigung (z.B. „verpiss Dich“, „Arschloch“),
- Bedrohung (inkl. Todesdrohungen) (z.B. „hau' ab oder ich bring Dich um“, „wenn ich Dich draußen treffe, bring' ich Dich um“),
- persönliche Drohungen (z.B. „ich weiß, wo Deine Tochter zur Schule geht“),
- Anschreien, permanente Aktivitäten (z.B. ununterbrochenes Flöten),
- sexualisierte/rüde Sprache (z.B. „Fotze“, „fick Deine Mutter“),
- persönliche Merkmale/Schwächen (z.B. „wie siehst Du denn aus?“, „heute schon in den Spiegel geschaut?“),
- Infragestellung professioneller Kompetenz (z.B. „Du hast keine Ahnung von Psychiatrie“)
- Verweigerungshaltungen gegenüber Mitarbeitenden.

Folgende Beispiele machen vor allem die Beschimpfung oder Beleidigung deutlich:

„...diese sexistischen Geschichten schon, das geht ganz oft unter die Gürtellinie: ‚Du Schlampe, von dir lass ich mir doch nichts sagen‘ und so was.“ (FG7: 07:14)¹

„Also mir fällt ein Beispiel ein, auch als mich mal ein Patient angebrüllt hat, ich sei ein gehirnamputierter Psychopath, dem sie sein Examen nachgeschmissen hätten, was ja innerlich schon ziemlich krass ist.“ (FG7: 09:07)

Aus einer Suchtabteilung einer psychiatrischen Klinik berichtet ein/e TeilnehmerIn über folgende aggressive Äußerungen von PatientInnen, welche auf die Aufnahme warten: „‘Du alte Schlampe, du siehst aus wie'n Frosch und kuck' doch erst mal in den Spiegel' und so was. Oder ‚Kämm dich erst mal‘, oder ‚Du blöde Sau, was fällt dir ein?!‘ und, also, die ganze Palette, so richtig unterstes Niveau und es beruhigt sich dann meistens, wenn sie aufgenommen werden.“ (FG2: 02:54)

Eine typische Situation aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Ein Patient telefoniert mit der Mutter, frustrierendes Gespräch, eine Kollegin spricht mit jemand anderem im Flur, der kommt raus aus dem Zimmer: ‚Halt's Maul, alte Saul!‘ So was ist oft. Schlimmer sind so subtile Geschichten, also das tut glaub ich noch mal eins drauf. Wenn man so das Gefühl hat hier läuft irgendwas, da wird jemand irgendwie ganz subtil ständig mit so kleine Spitzen bedacht.“ (FG3: 04:30)

4.1.2 Hintergründe

Verbale Aggressionen haben zahlreiche Hintergründe und Ursachen, sie können in verschiedenen Kontexten entstehen. Als Hauptfaktoren wurden die folgenden Problembereiche analysiert:

¹ Die Angaben in den Klammern kennzeichnen die Nummer der Fokusgruppe und den Zeitpunkt im Interview, an dem die Äußerung gemacht worden ist



- unbefriedigte Bedürfnisse/hohe Patienten-Erwartungen,
- Unzufriedenheit mit Behandlung und Service,
- Unterbrechung persönlicher Routinen (v.a. bei Älteren),
- Missverständnisse/Sprach- und Kommunikationsprobleme,
- kulturell gefärbte Konflikte,
- Organisationsprobleme (z.B. Wartezeiten, unzureichende Erklärungen),
- Unzufriedenheit und Sorgen über die eigene Zukunft,
- psychische Störungen, kognitive Einschränkungen,
- gezielte Aggression,
- Generationsaspekte, Milieu/Subkultur.

In der Somatik treten verbale Aggressionen oftmals im Zusammenhang mit den Auswirkungen körperlicher Erkrankungen auf, etwa Schmerzen und unbefriedigten Bedürfnissen:

„Das ist bei uns im Grunde genommen genau so, wir haben viele Amputationspatienten, die sich große Gedanken machen und dann natürlich große Angst haben wie es weitergeht, und die Mitarbeiter nicht die richtige Zeit haben, dann kommen starke Schmerzen dazu, obwohl sie reichlich abgedeckt sind, sehen das aber in dem Moment anders, na, und dadurch kommen diese ganzen Unzufriedenheit.“

„Können sie mal Beispiele nennen? Was, was sagen Ihnen die Patienten?“

„[Die Patienten] bedrohen nicht, aber sie schimpfen, es würde alles, es würde sich keiner kümmern, das auch ziemlich lautstark und man könnte hundertmal was sagen am Tag, es käm aber nichts von Seiten des Pflegepersonals oder ärztlicherseits und das natürlich auch ziemlich böse dann.“(FG 8 02:22)

Erwartungen und unbefriedigte Bedürfnisse werden auch als Hintergrund für verbale Aggressionen in der Suchtabteilung einer psychiatrischen Klinik berichtet:

„Also grade bei Suchtpatienten, also, die haben halt immer eine sehr hohe Anspruchshaltung, fordern sehr viel, wollen alles sofort haben und wenn es dann eben nicht so ist, dann fängt das an mit Beschimpfungen, Drohungen, und selten zwar, aber auch manchmal Morddrohungen.“ (FG2: 05:44)

Ein/e Teilnehmende/r einer psychiatrischen Klinik hat für sich folgende Analyse erstellt:

„Für die geschlossenen Station ist das in etwa 50 Prozent immer die gleichen Gründe: ‚Ich will raus‘ und das geht nicht, ne? Das ist Punkt eins. Punkt zwei: ‚Was sind das hier für Pillen? Die nehm‘ ich nicht‘, das ist das zweite und das dritte sind die Erfüllung irgendwelcher abstruser Wünsche, öhm, was man einfach nicht leisten kann, im Moment nicht leisten kann. Das werden vielleicht 50 Prozent Auslöser für verbale Aggression sein. Dann kommt natürlich das eigene Krankheitserleben dazu, was sicherlich noch mal 30, 40 Prozent ausmacht.“ (FG2: 51:35)

4.1.3 Individuelle Bewältigungsstrategien

Der Umgang mit verbalen Aggressionen hängt bei jedem Mitarbeiter oder jeder Mitarbeiterin von zahlreichen Faktoren ab, beispielsweise von der Tagesform, von der Arbeitsbelastung oder aber von der Argumentationsfähigkeit.

- Ignorieren (z.B. „linkes Ohr rein, rechtes Ohr raus“),
- Rationalisieren (z.B. „verbale Aggression macht mir nicht aus, wenn es sich um einen Psychotiker handelt“),
- Hilflosigkeit,
- Enttäuschung.

Einige erfahrene Mitarbeitende habe sich offenbar im Laufe ihrer Berufserfahrung ein ‚dickes Fell‘ zugelegt. Sie haben gelernt, nicht auf jede verbale Aggressionen zu reagieren und diese an



sich abprallen zu lassen:

„...ansonsten hab ich mir so ein bisschen die Einstellung angewöhnt, so ‚Was kümmert's die deutsche Eiche, wenn sich die wilde Sau dran scheuert‘, sonst komm ich da nicht durch den Alltag.“ (FG 4: 02:59).

Für die Psychiatrie scheint zudem ein adäquates Erklärungsmodell für die Entstehung der Aggressionen besonders geeignet zu sein, die individuelle Bewältigung zu erleichtern. Von vielen Teilnehmenden wurde etwa der konkrete Krankheitsintergrund als besonders relevant betrachtet:

„Es gibt einmal, bei Menschen, die jetzt krank sind, im Sinne von psychotisch zum Beispiel, oder eben im Sinne des Wahns, die sich selbst bedroht fühlen, also von, zu Unrecht auch behandelt fühlen, weil sie sagen: ‚Ich bin eigentlich nicht krank‘, die einen dann im Zusammenhang, dass sie gegen ihren Willen untergebracht sind, und sich verbal aggressiv verhalten, entweder durch den Tonfall, die Tonlage, oder die Wortwahl, oder eben die Lautstärke. Ehm, wo ich so als, auf so einer geschlossenen Akutstation das dann auch sagen kann ‚Ok, ist ein Stückweit auch nachvollziehbar für mich, die Reaktion‘, irgendwo muss ja der Frust und der Ärger dann auch hin.“ (FG 4: 05:15)

Allerdings gibt es offenbar Grenzen der Bewältigungsmöglichkeiten, nämlich dann, wenn die Aggression nicht konkret greifbar ist und die Betroffenen sich auf sehr subtile Art und Weise bedroht fühlen:

„...also wenn mich jemand Arschloch oder Schlampe oder sonstiges nennt, ja, das kann ich wegstecken, darüber kann ich mit dem Patienten auch reden, aber dieses Versteckte... Ich hatte auch einen Patienten, der hat ständig auf Station angerufen, wollte mich sprechen und fragte dann so was wie ‚Fährt Ihr Auto noch?‘ und so. Also solche Dinge, wo man machtlos ist, da fühlt man sich so, so ohnmächtig, da kann man nichts machen.“ (FG 3: 33:38)

„Vor Weihnachten hatten wir eine Situation, auch wo ein Mitarbeiter wirklich persönlich beleidigt wurde, also wirklich bedroht wurde, indem gesagt wurde also ja ‚wir kriegen raus, wo Sie wohnen‘ und ‚wir kommen‘ und ich weiß nicht mehr so genau den Spruch, auf jeden Fall ‚wenn wir hier raus sind, wissen wir wo Sie wohnen und wir kommen und wir wissen, was Sie für'n Auto haben‘ also so schon bedrohliche Äußerungen, die den Mitarbeiter denn auch nicht losgelassen haben, er konnte auch trotz vieler Gespräche so Mitarbeiter Teams und mit Chefarzt konnte der Mitarbeiter das nicht loswerden.“ (FG 6: 06:56)

4.1.4 Schweregrad der Aggression

Die Schwere der verbalen Aggressionen im Gegensatz zu körperlichen Übergriffen wurde in den Fokusgruppen sehr kontrovers diskutiert. Für viele Teilnehmende waren körperlicher Angriffe als deutlich schwerer einzustufen als verbale Aggressionen. Andere beschrieben jedoch, dass nicht die einzelne Aggression sich so gravierend auswirken kann, sondern die Summe und die Häufigkeit der Beschimpfungen und Bedrohungen die eigentlichen Probleme seien.

„Ich find, wenn man einen verbalen Angriff neben einen körperlichen stellt, denk ich, ist der körperliche schlimmer, aber wenn man die Summe sieht, dadurch dass es halt häufiger auch, verbale Angriffe gibt, ist die Summe vielleicht anstrengender dann.“ (FG 4: 27:10)

4.1.5 Abgrenzung verbaler Aggressionen von gewöhnlichen Sprechakten

Die Abgrenzung verbaler Aggressionen von Alltagsäußerungen war ebenfalls ein viel diskutiertes Thema in den Fokusgruppen. Die meisten Teilnehmenden waren davon überzeugt, dass es ein



objektives Kriterium für verbale Aggressionen nicht geben kann. Die Interpretation einer Äußerung als verbal aggressiv hängt von sehr vielen Faktoren und Umständen ab. Einerseits beziehen sich diese Umstände auf die Situation, in der die verbale Aggression auftritt, andererseits hängt die Interpretation von dem Beobachter bzw. dem Empfänger der Äußerung ab, sie geht es insbesondere um Persönlichkeitsfaktoren, aber auch um Fragen der akuten Stressresistenz. Nicht selten werden Sprechakte als hoch aggressiv erlebt, die ‚formal‘ gar nicht als aggressiv einzustufen sind. Als Hauptfaktoren für die Einordnung verbaler Sprechakte als Aggression wurden die folgenden genannt:

- persönliche Vorwürfe,
- Gründe der verbalen Aggression,
- Folgen für das ‚Opfer‘,
- Dauer und Intensität der verbalen Aggression,
- generelle Haltung gegenüber Patienten,
- Sprachsubtilitäten,
- ‚Subtext‘.

In einem Pflegeheim wurden neben den Bewohnern insbesondere auch die Angehörigen als teilweise sehr aggressiv erlebt. Die geäußerten verbalen Aggressionen waren allerdings eher subtil angelegt, wurden von den Betroffenen jedoch als besonders gravierend eingeschätzt:

„Dann sind da so, so subtile Geschichten, so: ‚Die Schwestern sitzen herum und trinken Kaffee, kennen wir ja‘, aber das ist ja eine Unterstellung drin die sagt ‚Du bist ja zumindest eine faule Sau, du machst nicht das, für, für, wofür du hier bist‘, aber auch diese Äußerung ist ja automatisiert. (...) Ich denke da ist schon eine ganze Menge an aggressivem Stoff an, an solchen Geschichten. So auch so Unterstellungen wie ‚Die Medikamente sind nicht richtig gestellt, ist denn hier überhaupt keiner, der eine Ahnung hat?‘ Öhm, solche Geschichten sind häufig. Schimpfworte kenn ich auch, auch die alle gesagt wurden, es kommt vor, es äh, ist so. Aber diese subtileren Sachen sind ja eigentlich viel schlimmer. Also die kränken auch, find ich, viel mehr.“ (FG 1: 07:43)

4.2 Umfrage

4.2.1 Häufigkeit verbaler Aggressionen

Die Umfrage bei den mehr als 1.000 teilnehmenden MitarbeiterInnen zielte auf die Häufigkeit und das Belastungserleben bestimmter verbaler Aggressionen. Zunächst wurden die Befragten gebeten, anzugeben, wie häufig sie einzelne Aggressionsformen in den letzten 6 Monaten vor der Befragung erlebt hatten (Tabelle 1). Nach Aufaddieren der einzelnen Angaben stellte sich heraus, dass mehr als 16 Prozent der Befragten angegeben hatten, täglich irgendeine verbale Aggression zu erleben. Bei 39 Prozent war dies mindestens wöchentlich der Fall und bei 55 Prozent mindestens monatlich. Niemals in den letzten 6 Wochen hatten lediglich 7 Prozent keine verbale Aggression erlebt.

Auffällig sind die erheblichen Unterschiede zwischen den Settings. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebten knapp 30 Prozent der Teilnehmenden tägliche verbale Aggressionen, in der somatischen Klinik waren es nur 2 Prozent. Im Laufe der Zeit näherten sich die Werte jedoch deutlich an. Niemals in den letzten 6 Monaten hatten in der Somatik nur knapp 3 Prozent der Befragten keine verbale Aggression erlebt, in der Erwachsenenpsychiatrie waren es immerhin über 8 Prozent.



Die mit Abstand häufigste erlebte Aggressionsform war das Verweigerungsverhalten von PatientInnen bzw. BewohnerInnen (Abbildung 2). Über 40 Prozent der TeilnehmerInnen gaben an, dieses Verhalten mehrmals pro Woche erlebt zu haben. Es folgten relativ gleichauf die rüde Sprache und das Beschimpfen mit jeweils etwas über 20 Prozent. Etwas mehr als 5 Prozent der Befragten hatten erlebt, dass ihre beruflichen Kompetenzen mehrmals pro Woche angezweifelt wurden und dass sie lächerlich gemacht wurden. Etwas seltener waren Bedrohungen, die von 4,5 Prozent mehrmals pro Woche erlebt wurden. Sexuelle Avancen erlebten 2 Prozent mehrmals pro Woche.

Tabelle 1 enthält die Daten aus der Abbildung 2 aufgeschlüsselt nach den verschiedenen Settings. Hieraus geht hervor, dass die Aggressionsformen recht unterschiedlich vorkommen bzw. berichtet werden. Während die Verweigerungshaltung insbesondere in den psychiatrischen Kliniken vorherrscht, wird dieses aggressive Verhalten aus den anderen Bereichen deutlich seltener berichtet. Die rüde Sprache ist ein Merkmal, das überwiegend in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrgenommen wird. Demgegenüber werden die häufigsten Äußerungen über das Lächerlich machen und die Drohungen aus der Forensik gemeldet.

4.2.2 Subjektive Belastung durch verbale Aggressionen

Ein weiterer Themenbereich der Umfrage war die subjektive Belastung durch die einzelnen Aggressionsformen. Abbildung 2 enthält die Auswertung zu diesem Thema über alle Settings hinweg. Angegeben sind dort die Angaben über verbale Aggressionsformen, welche häufig oder immer als belastend erlebt werden. Es zeigt sich, dass diesbezüglich vor allem Drohungen besonders relevant sind. Die drei Aggressionsformen der Drohungen gegen die eigene Person, Todesdrohungen und Drohungen gegen Angehörige der Mitarbeitenden nehmen die Spitzenplätze ein. Ungefähr ein Drittel der Befragten fühlte sich häufig oder immer durch derartige Äußerungen belastet.

Aufschlussreich sind auch die weiteren Aggressionsformen. Immerhin ein Fünftel der Befragten hat angegeben, durch Verweigerungsverhalten immer bzw. häufig belastet zu sein. In einer ähnlichen Größenordnung liegen auch das Lächerlich machen der eigenen Person und das Anzweifeln beruflicher Fähigkeiten. Weiterhin aufschlussreich sind die doch erheblichen Unterschiede im Belastungserleben zwischen den verschiedenen Settings (Tab. 3). Hier fällt beispielsweise auf, dass in der Forensik den Drohungen von PatientInnen deutlich mehr Bedeutung zugemessen wird als in den anderen Einrichtungstypen. Angesichts des Klientels, das per Definition aus StraftäterInnen besteht, die durchaus auch Gewaltdelikte begangen haben können, verwundert dieses Belastungserleben nicht. Demgegenüber spielt dort die sexuelle verbale Aggression eine untergeordnete Rolle. Unter der sexuellen Anmache leidet hingegen das Personal in der somatischen Klinik erheblich mehr.

4.2.3 Reaktionen auf und Umgang mit verbalen Aggressionen

Verbale Aggressionen kommen definitionsgemäß im Rahmen einer Interaktion vor. Hier ist es entscheidend, wie die von den aggressiven Ansprachen betroffenen MitarbeiterInnen darauf reagieren. Danach befragt, antworten lediglich 56 Prozent der Teilnehmenden, dass sie häufig oder immer schlagfertig reagieren, der geringste Anteil mit etwa 42 Prozent liegt hierbei im forensischen Setting (Tab.4). Der überaus größte Teil der Befragten (ca. 88 Prozent) legt dabei Wert darauf, die Interaktion nicht weiter eskalieren zu lassen. Mit etwa 71 Prozent liegt der Anteil



der Mitarbeitenden etwas niedriger, welche den ‚Aggressor‘ häufig oder immer auf die Aggression anspricht.

Von den unmittelbaren KollegInnen fühlt sich der weitaus überwiegende Teil der Befragten (ca. 90 Prozent) häufig oder immer unterstützt bei verbalen Aggressionen. Erwartungsgemäß etwas niedriger liegt der Anteil derer, die sich auch von der Leitung adäquat unterstützt fühlen. Insbesondere in den psychiatrischen Einrichtungen ist der Anteil derer, die im Anschluss an einen aggressiven Sprechakt mit ihren KollegInnen darüber sprechen, sehr hoch. Im somatischen Bereich scheint sich diese Kultur der Problembesprechung noch nicht so weit entwickelt zu haben. Allerdings geben auch hier 74 Prozent der Befragten an, dies dienstlich zu besprechen.

Trotz des insgesamt gesehen eher positiven Umgangs mit verbalen Aggressionen, werden diese bei einem Teil der Befragten nicht so leicht verarbeitet. Nur etwas weniger als zwei Drittel der RespondentInnen hat angegeben, verbale Aggressionen schnell zu vergessen.

4.2.4 Anteil körperlicher und verbaler Aggressionen an der allgemeinen Arbeitsbelastung

Die Untersuchung der Frage, ob körperliche oder verbale Aggressionen als gravierender erlebt werden, wurde im Fragebogen über zwei Fragen operationalisiert. Auf einer Skala von 0-10 als Antwortmöglichkeit für zwei Fragen wurden die Teilnehmenden jeweils gefragt, wie sie den Anteil körperlicher und verbaler Aggressionen an der Arbeitsbelastung insgesamt einschätzen. Überraschend deutlich zeigte sich dabei, dass im Durchschnitt die verbalen Aggressionen als gravierender eingestuft wurden (Tabelle 5). Der Unterschied ist statistisch signifikant und zeigt sich auch im Vergleich der Medianwerte.

4.2.5 Umgang mit verbalen Aggressionen im Laufe des Berufslebens

Ebenfalls auf einer Skala von 0-10 wurden die RespondentInnen gefragt, ob ihnen der Umgang mit verbalen Aggressionen im Laufe des Berufslebens leichter fällt. In der Tendenz wurde das von den Teilnehmenden bejaht. Im Durchschnitt stuften sich die Antwortenden bei 3,0 ein. Interessanterweise war bei dieser Frage auch kein Altersunterschied festzustellen. Auch jüngere Mitarbeitende nahmen für sich wahr, dass sie tendenziell leichter mit der Problematik umgehen können.

5 Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie können wie folgt zusammengefasst werden: Verbale Aggressionen gehören zum Arbeitsalltag vieler Mitarbeitender im Gesundheitswesen. Die Aggressionsformen stellen sich sehr unterschiedlich dar, sie reichen von Bedrohungen und Beschimpfungen bis hin zu subtilen Unterstellungen und Angriffen. Der Schweregrad verbaler im Vergleich zu körperlichen Aggressionen wurde in den Fokusgruppen kontrovers diskutiert, in der quantitativen Befragung wurden die verbalen Aggressionen jedoch eindeutig als gravierender eingestuft. Dieser Befund bestätigt einige wenige frühere Untersuchungen, welche ebenfalls eine zum Teil höhere Belastung durch verbale Aggressivität berichteten [38, 39].

Letzteres lässt sich im Lichte der Fokusgruppeninterviews im Wesentlichen auf die große Häufigkeit und auf Angriff auf die Person des Mitarbeiters zurückführen. Viele Betroffene können mit verbalen Aggressionen in der Regel gut umgehen und in ihre Routine integrieren. Allerdings



kommen nicht alle Mitarbeitende mit allen Aggressionen gleich gut zurecht. Subtile Bedrohungen oder Angriffe auf die professionelle Kompetenz werden weniger leicht verarbeitet. Im Extremfall kann es zu Schlafstörungen und sogar zur Aufgabe des Arbeitsplatzes kommen.

Im Zusammenhang mit dem vermeintlichen Angriff auf die professionelle Kompetenz steht vermutlich auch der relativ überraschende Befund, dass die Teilnehmenden sich durch die Verweigerungshaltung der PatientInnen sich am meisten belastet fühlen. Die Passivität von PatientInnen ist eine in der Forschungsliteratur schon gelegentlich beschriebene Herausforderung für Mitarbeitende [46]. Passive ‚Aggressivität‘ taucht zudem verschiedentlich in den Grundlagenstudien zur Charakterisierung aggressiven Verhalten in der Psychiatrie auf [68, 69]. Insofern kann die relativ grosse Belastung durch Verweigerungsverhalten auch in der Literatur – zumindest als Problem – bestätigt werden.

Die vorliegenden Ergebnisse stehen im Einklang mit der wenigen ausschließlich verbaler Aggression gewidmeter internationalen Literatur zur Thematik [16-18], welche die relativ große Häufigkeit des Phänomens beschreibt und darauf hinweist, dass ein Teil der betroffenen Mitarbeitenden sich durchaus durch verbale Aggressionen belastet fühlt. Die grundlegende methodische Fragestellung zur Abgrenzung der verbalen Aggressionen von ‚normalen‘ Sprechakten konnte auch nach eingehender qualitativer Analyse nicht befriedigend beantwortet werden. Das Erleben und die Einschätzung von verbalen Sprechakten als aggressiv ist unhintergebar subjektiv und individuell angelegt. Aus diesem Grund kann die in der Einleitung zitierte Definition verbaler Aggression, welche diese als intentional auf das Selbstkonzept des ‚Opfers‘ ausgerichtet sieht, nicht weiterhelfen. Wir haben zahlreiche Beispiele berichtet bekommen, bei denen den ‚Tätern‘ die Aggressivität ihres Verhaltens gar nicht bewusst gewesen ist. Im Lichte dieses Resultats sind Bemühungen in Richtung einer möglichst objektiven Dokumentation mit einer gewissen Skepsis zu sehen.

Die vorliegende Studie hat zahlreiche Limitationen, vor deren Hintergrund die Ergebnisse eingeschätzt werden müssen. Die Hauptlimitation liegt in den Stichproben, welche sich schwerpunktmäßig aus dem Bereich Psychiatrie speisen. Grund dafür ist vermutlich die Tradition der Auseinandersetzung mit der Gewaltproblematik in psychiatrischen Einrichtungen, die dort schon erheblich länger andauert als in somatischen Einrichtungen oder Alters- und Pflegeheimen. Weitere Limitationen liegen inhärent in der qualitativen Methodik, etwa in der Rekrutierung einer – im Vergleich zu quantitativen Verfahren – relativ kleinen Stichprobe teilnehmender Interviewpartnerinnen und –partner. Das qualitative Verfahren liefert allerdings eine deutlich größere Tiefenschärfe und kann verschiedene Facetten der Problematik aufzeigen, die durch eine standardisierte Befragung nicht zum Vorschein gekommen wären.

Diese Begrenzung konnte jedoch durch die relativ große Stichprobe in der Umfrage ausgeglichen werden. Die entscheidende Limitation in der Umfrage liegt in der Tatsache, dass der Fragebogen neu entwickelt wurde und aus Ressourcengründen nicht getestet werden konnte. Die relativ grosse Stichprobe und die Freitext-Kommentare der Teilnehmenden lassen jedoch eine gewisse Augenschein-Validität vermuten.

6 Schlussfolgerungen für die Prävention

Die Hauptschlussfolgerung aus den Resultaten dieses Projekts ergibt sich aus dem für viele Beteiligte relativ überraschenden Ergebnis, dass verbale Aggressionen im Vergleich zu körperlicher Gewalt im Mittel von den Befragten als belastender erlebt werden. Dieser Befund gibt drin-



genden Anlass, die seit vielen Jahren eingesetzten Aggressionsmanagement-Programme in ihrer Zielsetzung und in den trainierten Methoden zu überdenken. Nach wie vor wird das Aggressionsmanagement im Gesundheitswesen von körperlichen Abwehrtechniken dominiert [70]. Demgegenüber spielen Kommunikations- und Deeskalationstechniken eine nachgeordnete Rolle. Dieses Verhältnis sollte sich ändern, zumal körperliche Aggressionen in vielen Settings nur selten vorkommen. Die besondere Aufmerksamkeit für körperliche Aggressionen und den Umgang damit liegt möglicherweise darin begründet, dass körperliche Angriffe spektakulärer und bedrohlicher erscheinen. Zudem steht die Entwicklung und Forschung zu Kommunikations- und Deeskalationstechniken noch am Anfang [71, 72].

In der Forschungsliteratur ist daher auch die Prävention verbaler Aggressionen noch nicht sonderlich differenziert ausgearbeitet worden. Darüber hinaus ist generell noch eine erhebliche Differenz in den Präventionsinterventionen zwischen dem psychiatrischen Bereich und anderen Sektoren des Gesundheitswesens festzustellen. Während im psychiatrischen Bereich seit vielen Jahren Aggressionsmanagement-Programme systematisch eingeführt werden [70, 73], steht dies anderswo noch am Anfang [74-76].

Als präventive Ansätze kommen nach den Erfahrungen in diesem Projekt vier Themen in Frage: Kommunikationstechniken, Copingstrategien, organisatorische Vorgaben und verhaltenstherapeutische Maßnahmen im Langzeitbereich.

6.1 Kommunikationstechniken

Die Ergebnisse aus beiden Teilstudien haben deutlich gemacht, wie schwer sich viele Mitarbeitende im Umgang mit verbalen Aggressionen in der akuten Situation tun. Der Verfasser hat den Eindruck gewonnen, dass es vielen Beschäftigten fast ‚die Sprache verschlägt‘, wenn sie verbal attackiert werden. Daher sollten für einen ersten Präventionsansatz auf verbale Aggressionen ausgerichtete Kommunikationstechniken (z.B. nicht-aversive Schlagfertigkeit) und Konfliktlösungsstile trainiert werden. Auf diese Weise könnten den Mitarbeitenden in den aggressiven Situationen die entsprechenden Optionen zur Verfügung gestellt werden [77-83]. Dies betrifft auch den adäquaten Umgang mit non-verbaler Kommunikation (z.B. Augenkontakt, Armhaltung, Berührungen) [84, 85]. Ein kürzlich veröffentlichter Überblicksartikel zu Kommunikationstechniken in der Pflege hat eine positive Bilanz derartiger Interventionen gezogen [86].

6.2 Copingstrategien

Zum zweiten könnte an der Verarbeitung und an der psychischen Bewältigung verbaler Aggressionen sowohl individuell als auch organisatorisch angesetzt werden. Beispielsweise geht es – wie in einer neuen Präventionsstudie aus Großbritannien untersucht wurde – um Einstellungsveränderungen und adäquate Copingstrategien [87]. Letzteres geht in Richtung der Förderung persönlicher und organisatorischer Resilienz [88, 89]. Zur persönlichen Resilienz würde man aus heutiger Sicht schon eine relativ alte Präventionsstrategie zählen, nämlich das Vorbereitetsein [90]. Aktuelle Resilienzprogramme versuchen im Prinzip derartige Belastungen vorwegzunehmen und durchzuspielen, damit den betroffenen Personen in der akuten Situation ein entsprechendes Handlungsrepertoire zur Verfügung steht [91].

Zu den Copingstrategien im Umgang mit Aggression gehört nach dem Stand der Literatur des Weiteren ein adäquates Erklärungsmodell für die Entstehung aggressiven Verhaltens [72]. Mitarbeitende im Gesundheitswesen haben relativ wenig Probleme mit der Bewältigung verbaler



Aggressionen, wenn diese im Rahmen von Notfallsituationen auftreten [49] oder aber eindeutig krankheitsbedingt sind [92]. Dies entspricht auch dem Resultat dieser Studie, dass krankheitsbedingte Aggressionen von den Mitarbeitenden deutlich besser akzeptiert werden können. Wenn dagegen Drohungen und andere hostile Sprechakte außerhalb von Notfall- und Krankheitssituationen geäußert werden, sind die Akzeptanz und vermutlich auch die Bewältigung dieser Thematik beeinträchtigt.

Den Daten dieser Studie zufolge ist der Umgang mit Drohungen ein besonderes Problem für die Mitarbeitenden. Drohungen von Seiten der Patienten standen in der Liste der Aggressionsformen, welche als besonders belastend erlebt wurden, weit oben. Der Umgang mit Drohungen hat ebenfalls die beiden schon genannten Komponenten der direkten Reaktion und der Verarbeitung anschließend. Erfahrungen aus der Konfliktlösungsliteratur lassen darauf schließen, dass eine eingeübte und routinierte deeskalative Antwort zum einen für den Mitarbeiter entlastend sein kann und zum anderen dem/der PatientIn klare Grenzen zu setzen in der Lage ist [93].

Darüber hinaus jedoch gilt es zu beachten, wie von Seiten der betroffenen Mitarbeitenden mit den Drohungen im weiteren Verlauf umgegangen wird. In der kognitiven Verhaltenstherapie wird in diesem Zusammenhang die Bedeutungszuschreibung für besonders relevant gehalten [94]. Entscheidend ist dabei beispielsweise die Bewusstmachung der emotionalen Folgen. Das Gefühl der Hilflosigkeit nach einer verbalen Drohung darf eben nicht dazu führen, dass man tatsächlich hilflos ist.

6.3 Organisatorische Vorgaben

Und drittens ist auf organisatorische und institutionelle Vorgaben hinzuweisen, welche den Umgang und ggf. die Reaktion auf aggressives Verhalten regeln. Im Laufe der Untersuchung und zum Teil auch bei den Interviews ist dem Verfasser deutlich geworden, wie sehr sich die teils expliziten, meistens aber impliziten Regeln der Einrichtungen unterscheiden. In vielen psychiatrischen Einrichtungen ist allen Beteiligten klar, dass Aggression nicht toleriert wird. Gleichwohl wird die Umsetzung dieser Richtlinie sehr unterschiedlich gehandhabt. In anderen Einrichtungen außerhalb der Psychiatrie scheint die Thematik in der Organisation bzw. in der Leitung noch kaum relevant zu sein.

Die einschlägige Literatur geht mehr und mehr dazu über, klare Richtlinien zu fordern, die sowohl den Mitarbeitenden den Rahmen der Reaktionen deutlich machen als auch den PatientInnen oder KlientInnen aufzeigen, wo die Grenzen der Toleranz sind [95]. Dies gilt umso mehr, als sich im Erleben der Beschäftigten das ‚Machtgefüge‘ zwischen Mitarbeitenden und PatientInnen bzw. KlientInnen in den vergangenen Jahrzehnten gewandelt hat. Viele Beschäftigte im Gesundheitswesen haben den Eindruck, dass mit der Verlagerung der Terminologie und der Anforderungen in Richtung ‚Kundenorientierung‘ und ‚Kundenzufriedenheit‘ den PatientInnen deutlich mehr Toleranz entgegen gebracht werden soll, und dass der Umgang mit herausforderndem KlientInnen-Verhalten seitens der Einrichtungen immer vorsichtiger wird. Aus anderen Dienstleistungsbranchen ist die Wichtigkeit bekannt, die Beschäftigten mit klaren Normen und Richtlinien zu orientieren und sie im Konfliktfall zu unterstützen [96].

Schlussendlich sollte auch der rechtliche Rahmen für den Umgang mit verbalen Aggressionen exploriert werden. In anderen Umständen als dem Aufenthalt in klinischen Einrichtungen würden viele verbale Aggressionen im Sinne von Beleidigungen und Drohungen straf- oder zivilrechtliche Relevanz haben [97, 98]. Ohne dass an dieser Stelle eine ‚Null-Toleranz‘-Strategie gegenüber



aggressivem Verhalten von Patientinnen und Patienten propagiert werden soll (bei Angehörigen wäre das möglicherweise in Erwägung zu ziehen), darf auch dieser Aspekt nicht ungeklärt bleiben.

6.4 Verhaltenstherapeutische Interventionen im Langzeitbereich

Therapeutische Interventionen zur Aggressionsreduktion bei chronisch rezidivierender Aggressivität lassen sich vor allem in den Bereichen umsetzen, in den eine ausreichende Verweildauer der PatientInnen, KlientInnen oder BewohnerInnen noch vorhanden ist. Dies ist weder in der psychiatrischen noch in der somatischen Akutversorgung der Fall. Im Heimbereich und in der forensischen Psychiatrie sollten diese Voraussetzungen jedoch gegeben sein. Die aktuelle Forschungsliteratur zu Interventionen der Aggressionsreduktion ist verhalten optimistisch. Aus den entsprechenden Übersichten [99, 100] geht hervor, dass insbesondere Ansätze, welche auf den Umgang mit Ärger und auf soziale Kompetenzen zielen, moderate Effekte zeitigen. Interventionsprogramme, welche sich allein auf verbale Aggressionen fokussieren, konnten dabei nicht identifiziert werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass generelle Aggressionsinterventionen sich auch positiv auf verbales Verhalten auswirken.

Bei allen präventiven Maßnahmen im Zusammenhang mit Aggression im Gesundheitswesen ist jedoch darauf zu achten, maßgeschneiderte Interventionen und Programme für die jeweiligen Settings vorzunehmen [101]. Die vorliegende Studie hat sehr deutlich gemacht, wie unterschiedlich die Entstehungsbedingungen, aber auch die Folgen und Verarbeitungsmechanismen in den verschiedenen Bereichen sind. Aggressives Verhalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hat andere Hintergründe als das gleiche Verhalten im Alters- und Pflegeheim; letzteres ist wiederum kaum mit der Problematik im forensischen Sektor gleichzusetzen. Die Entstehungsgründe, aber auch die Reaktionsmöglichkeiten müssen differenziert betrachtet und trainiert werden. Die Zeiten, in denen ein Aggressionsmanagement-Programm auf alle Settings passte, sind eindeutig vorüber.



7 Abbildungen und Tabellen

	täglich	mind. wöchentlich	mind. monatlich	nie
Psychiatrie Erwachsene	17.6	41.6	56.9	8.3
Psychiatrie Kinder/Jugend	29.1	45.7	65.4	3.9
Psychiatrie Forensik	15.8	50.0	50.0	5.3
Somatik	2.2	29.0	43.5	2.9
Wohnheim Psychiatrie	18.5	22.2	59.3	7.4
Sonstiges	9.7	17.1	34.1	12.2
Gesamt	16.6	39.3	55.1	7.1

Tab. 1: Zeitliche Verteilung (Aufsummierung) irgendeiner verbalen Aggression (in Prozent)

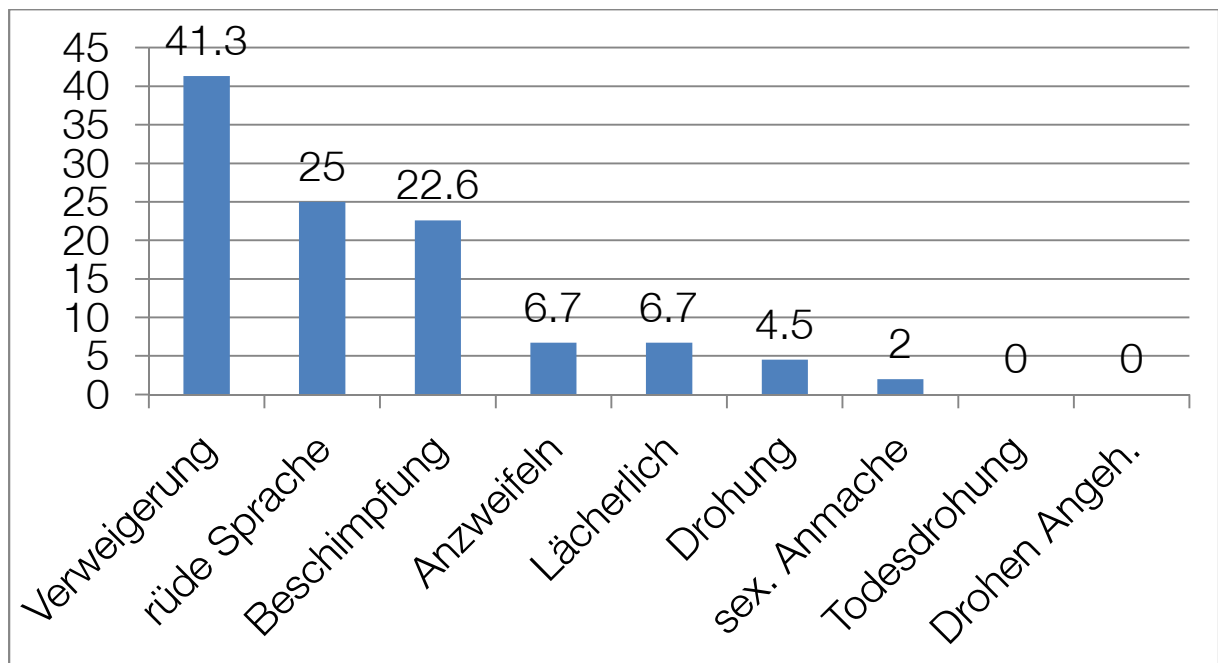


Abb. 1: Häufigkeit verbaler Aggressionen mindestens mehrmals pro Woche in den letzten sechs Monaten (in Prozent)



	Verweigerung	rüde Sprache	Beschimpfung	Anzweifeln berufl. Fähigkeiten	Lächerlich machen	Drohung	sexuelle Anmache	Todesdrohungen	Drohen Angeh.
Psychiatrie Erwachsene	43.0	26.8	24.0	7.9	8.0	5.1	2.6	0	0
Psychiatrie Kinder/Jugend	58.7	36.1	31.1	3.3	4.1	5.7	0.8	0	0
Psychiatrie Forensik	48.6	38.9	27.0	10.8	13.5	8.3	0.0	0	0
Somatik	21.5	8.9	11.1	3.7	2.2	1.5	1.5	0	0
Wohnheim Psychiatrie	33.3	12.0	18.5	4.0	8.0	0.0	0.0	0	0
Sonstiges	24.3	10.8	8.3	5.7	0.0	0.0	0.0	0	0
Gesamt	41.3	25.0	22.6	6.7	6.7	4.5	2.0	0	0

Tab. 2: Häufigkeit der Aggressionsformen mindestens mehrmals pro Woche in den letzten 6 Monaten in den beteiligten Settings (in Prozent)

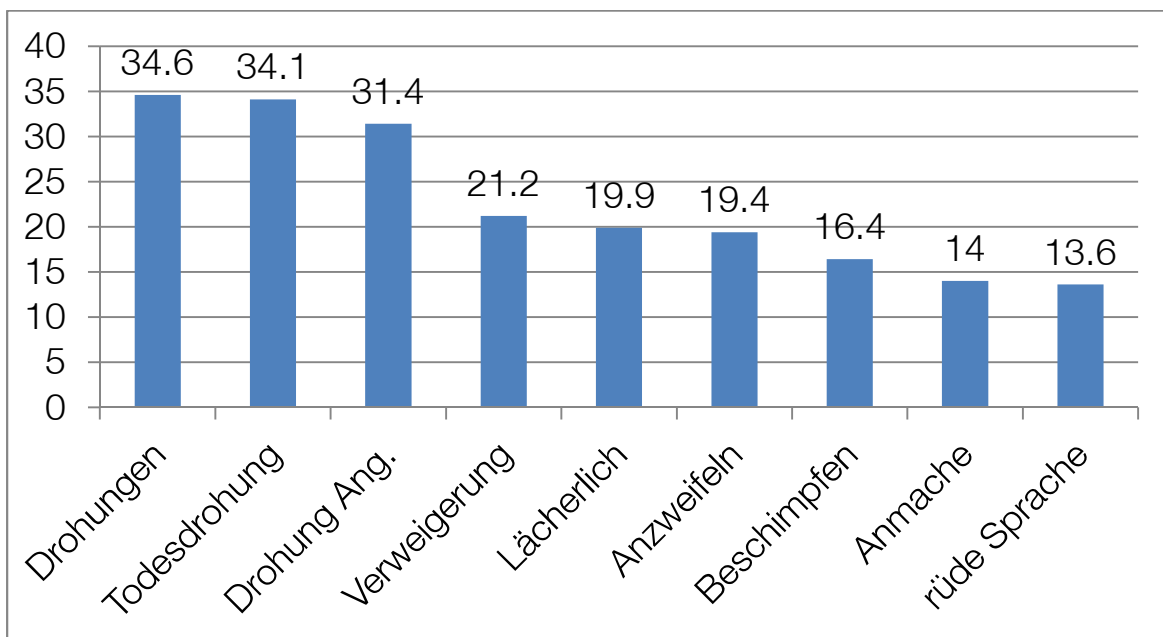


Abb. 2: Subjektive Belastung durch verbale Aggressionsformen häufig/immer (in Prozent)



	Drohung	Todesdrohung	Drohungen Angeh.	Verweigerung	Lächerlich	Anzweifeln	Beschimpfung	sexuelle Annäherung	Rüdesprache
Psychiatrie Erwachsene	38.5	37.1	35.4	22.4	21.3	20.1	19.2	14.9	14.5
Psychiatrie Kinder/Jugend	24.8	25.3	14.3	22.5	11.0	12.6	9.1	9.3	10.2
Psychiatrie Forensik	51.6	50.0	46.1	16.2	21.8	12.5	13.5	3.4	23.5
Somatik	25.2	26.4	25.7	16.0	22.6	24.8	15.2	19.1	14.2
Wohnheim Psychiatrie	13.1	9.5	9.5	29.2	8.0	12.5	3.7	0.0	0.0
Sonstiges	31.3	40.7	40.7	14.3	23.3	20.0	8.1	13.3	5.9
Gesamt	34.6	34.1	31.4	21.2	19.9	19.4	16.4	14.0	13.6

Tab. 3: Subjektive Belastung durch verbale Aggressionen nach Setting häufig/immer (in Prozent)

	schlagfertig	Ansprechen	nicht eskalieren lassen	Besprechung Kollegen	Unterstützung Kollegen	Unterstützung Leitung	Dokumentation	schnell vergessen
Psychiatrie Erwachsene	53.2	68.1	88.9	83.4	91.1	74.8	77.5	63.3
Psychiatrie Kinder/Jugend	69.5	84.1	91.7	88.9	92.5	70.3	85.2	73.2
Psychiatrie Forensik	41.9	81.8	81.8	96.8	93.7	86.7	87.5	66.7
Somatik	60.0	63.9	80.3	73.5	81.1	71.9	79.5	67.3
Wohnheim Psychiatrie	65.2	87.5	96.0	83.8	100	68.2	62.5	80.0
Sonstiges	70.9	75.7	91.2	85.3	82.3	61.3	73.5	56.3
Gesamt	56.8	70.8	87.9	83.1	89.8	73.6	78.6	65.4

Tab. 4: Umgang mit verbalen Aggressionen nach Setting häufig/immer (in Prozent)



	körperlich Mittelwert	körperlich Median	verbal Mittelwert	verbal Median
Psychiatrie Erwachsene	3.1	2	4.2	5
Psychiatrie Kinder/Jugend	3.0	3	4.5	5
Psychiatrie Forensik	3.6	3	4.7	4
Somatik	2.8	3	3.8	3
Wohnheim Psychiatrie	1.9	1	3.6	3
Sonstiges	2.0	1.5	3.0	3.5
Gesamt	3.0	2	4.2	4

Tab. 5: Anteil körperlicher und verbaler Aggressionen an der allgemeinen Arbeitsbelastung

	Umgang mit verbalen Aggressionen
Psychiatrie Erwachsene	3.08
Psychiatrie Kinder/Jugend	2.94
Psychiatrie Forensik	3.43
Somatik	2.87
Wohnheim Psychiatrie	2.69
Sonstiges	3.17
Gesamt	3.04

Tab. 6: Umgang mit verbalen Aggressionen im Laufe des Berufslebens (0=sehr viel leichter, 10= sehr viel schwerer)



8 Literatur

1. Zeh A, Schablon A, Wohler C, Richter D, Nienhaus A. Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen - Ein Literaturüberblick. *Gesundheitswesen*, 2009; 71: 449-459.
2. Richter D. Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. 1999, Freiburg: Lambertus.
3. Richter D, Whittington R, eds. *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*. 2006, Springer: New York.
4. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behaviour*, 2008; 13: 431-441.
5. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*, 2010; 10: 51.
6. Hahn S, Müller M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJG. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: A cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19: 3535-3546.
7. Estryng-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, Hasselhorn H-M. Violence risks in nursing - results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 2008; 58(2): 107-114.
8. Lanza ML, Zeiss RA, Rierdan J. Non-physical violence: A risk factor for physical violence in health care settings. *AAOHN Journal*, 2006; 54: 397-402.
9. Lapierre LM, Spector PE, Leck J. Sexual versus nonsexual workplace aggression and victim's overall job satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2005; 10: 155-169.
10. deMayo RA. Patient sexual behaviors and sexual harassment: A national survey of physical therapists. *Physical Therapy*, 1997; 77: 739-744.
11. Hibino Y, Ogino K, Inagaki M. Sexual harassment of female nurses by patients in Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 2006; 38: 400-405.
12. Pajonk FGB, D'Amelio R. Erregungszustände, Aggression und gewalttätiges Verhalten im Notarzt- und Rettungsdienst. *Der Notarzt*, 2009; 25: 41-48.
13. Korsch E, Berg d, Müller C, Sunder V, Elliger T, Weiss M. Aggressives Verhalten von Eltern und Angehörigen gegenüber Krankenhausärzten in der Kinderheilkunde. *Monatszeitschrift für Kinderheilkunde*, 2003; 151: 1291-1297.
14. Abrahamson K, Suitor JJ, Pillemer K. Conflict between nursing home staff and residents' families: Does it increase burnout? *Journal of Ageing and Health*, 2009; 21: 895-912.
15. Flannery RB, Hanson A, Penk W. Patients' threats: Expanded definition of assault. *General Hospital Psychiatry*, 1995; 17: 451-453.
16. Adams J, Whittington R. Verbal aggression to psychiatric staff: traumatic stressor or part of the job? *Perspectives in Psychiatric Care*, 1995; 2: 171-174.
17. Ferns T, Meerabeau L. Verbal abuse experienced by nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 2008; 61: 436-444.
18. Inoue M, Tsukano K, Muraoka M, Kaneko F, Omakura H. Psychological impact of verbal abuse and violence by psychiatric nurses working in psychiatric departments. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2006; 60: 29-36.
19. Miedema B, Easley J, Fortin P, Hamilton R, Tatemichi S. Disrespect, harassment, and abuse: All in a day's work for family physicians. *Canadian Family Physician*, 2009; 55: 285.
20. Brown GP, Dubin WR, Lion JR, Garry LJ. Threats against clinicians: A preliminary descriptive classification. *Bulletin of the American Academy Psychiatry Law*, 1996; 24: 367-376.
21. McKenna BG, Poole S, J., Smith NA, Coverdale JH, Gale CK. A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2003; 12: 56-63.
22. Braun K, Christle D, Walker D, Tiwanak G. Verbal abuse of nurses and non-nurses. *Nursing Management*, 1991; 22: 72-76.
23. Miedema B, Hamilton R, Lambert-Lanning A, Tatemichi S, Lemire F, Manca D, Ramsden VR. Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: A minor, major, or severe



- problem? *Canadian Family Physician*, 2010; 56: e101-108.
24. Stone TE, Hazelton M. An overview of swearing and its impact on mental health nursing practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2008; 17: 208-214.
 25. Cook DK, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Canadian Medical Association Journal*, 1996; 154: 1657-1665.
 26. Pejic AR. Verbal abuse: A problem for pediatric nurses. *Pediatric Nursing*, 2005; 31: 271-279.
 27. Öztunc G. Examination of incidents of workplace verbal abuse against nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 2006; 21: 360-365.
 28. Sofield L, Salmond SW. Workplace violence: A Focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*, 2003; 22: 274-283.
 29. Sandberg DA, McNeil DE, Binder RL. Stalking, threatening, and harassing behavior by psychiatric patients toward clinicians. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2002; 30: 221-229.
 30. Galeazzi GM, Elkins K, Curci P. The stalking of mental health professionals by patients. *Psychiatric Services*, 2005; 56: 137-138.
 31. Bowers L, Stewart D, Papadopoulos C, Dack C, Ross J, Khanom H, Jeffrey D, *Inpatient violence and aggression: A literature review*. 2011, Institute of Psychiatry, King's College London: London.
 32. Cox H. Verbal abuse in nursing: Report of a study. *Nursing Management*, 1987; 18: 47-50.
 33. Manderino MA, Berkey N. Verbal abuse of staff nurses by physicians. *Journal of Professional Nursing*, 1997; 13: 48-55.
 34. Warren LJ, Mullen PE, Ogloff JRP. A clinical study of those who utter threats to kill. *Behavioral Sciences and the Law*, 2011; 29: 141-154.
 35. Richter D, Berger K. Post-traumatic stress disorder in mental health staff following a patient assault: A prospective follow-up study. *BMC Psychiatry*, 2006; 6: 15.
 36. Richter D, Berger K. Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter: Prospektive und retrospektive Daten. *Nervenarzt*, 2009; 80: 68-73.
 37. Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG, Fischer JE, Dassen T. Non-somatic effects of patient aggression in nurses: A systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2005; 49: 283-296.
 38. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, Nachreiner N, Geisser M, Ryan A, Mongin S, Watt G. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 2004; 61: 495-503.
 39. Wieclaw J, Agerbo E, Mortensen PB, Burr H, Tüchsen F, Bonde JP. Work related violence and threats and the risk of depression and stress disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006; 60: 771-775.
 40. Walsh BR, Clarke E. Post-trauma symptoms in health workers following physical and verbal aggression. *Work and Stress*, 2003; 17: 170-181.
 41. Magin PJ, Adams J, Sibbritt DW, Joy E, Ireland MC. Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: A cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2008; 14: 336-342.
 42. Cook S, Parrott D. Exploring a taxonomy for aggression against women: Can it aid conceptual clarity? *Aggressive Behaviour*, 2009; 35: 462-476.
 43. Warren P, Richardson DS, McQuilin S. Distinguishing among nondirect forms of aggression. *Aggressive Behaviour*, 2011; 37: 293-301.
 44. Infante DA, Wigley III CJ. Verbal aggressiveness: An interpersonal model and measure. *Communication Monographs*, 1986; 53: 61-69.
 45. Follingstad D. Rethinking current approaches to psychological abuse: Conceptual and methodological issues. *Aggression and Violent Behaviour*, 2007; 12: 439-458.
 46. Latvala E, Janhonen S, Moring J. Passive patients: A challenge to psychiatric nurses. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2001; 36: 24-32.
 47. Rancer AS, Avtgis T. *Argumentative and Aggressive Communication: Theory, Research, and Application*. 2006, Thousand Oaks, CA: Sage.
 48. Martin MM, Anderson CM, Horvath CL. Feelings about verbal aggression: Justifications for sending and hurt from receiving verbally aggressive messages. *Communication Research Reports*, 1996; 13: 19-26.
 49. Martin A, Gray C, Adam A. Nurses' responses to workplace verbal abuse: A scenario study of



- the impact of situational and individual factors. *Research and Practice in Human Resource Management*, 2007; 15: 41-61.
50. Winstok Z. The why and what of intimate conflict: Effect of the partners' divergent perceptions on verbal aggression. *Journal of Family Violence*, 2006; 21: 461-468.
 51. Dougherty DS. Dialogue through standpoint: Understanding women's and men's standpoints of sexual harassment. *Management Communication Quarterly*, 1999; 12: 436-468.
 52. McMinn B, Draper B. Vocally disruptive behaviour in dementia: Development of an evidence based practice guideline. *Ageing and Mental Health*, 2005; 9: 16-24.
 53. Eustace A, Kidd N, Greene E, Fallon C, Ni Bhraín S, Cunningham C, Coen R, Walsh JB, Coakley D, Lawlor BA. Verbal aggression in Alzheimer's disease: Clinical, functional and neuropsychological correlates. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001; 16: 858-861.
 54. Gabe J, Elston MA. 'We don't have to take this': Zero tolerance of violence in a time of insecurity. *Social Policy and Administration*, 2008; 42: 691-709.
 55. Wand TC, Coulson K. Zero tolerance: A policy in conflict with current opinion on aggression and violence management in health care. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 2006; 9: 163-170.
 56. Zimmerman DJ, Stern TA. Offensive language in the general hospital. *Psychosomatics*, 2010; 51: 377-385.
 57. Beatty MJ, McCroskey JC. It's in our nature: Verbal aggressiveness as temperamental expression. *Communication Quarterly* 45, 1997; 45: 446-460.
 58. Kinney T, Segrin C. Cognitive moderators of negative reactions to verbal aggression. *Communication Studies*, 1998; 49: 49-72.
 59. Morimoto Y, Sharma A. Long-term outcomes of verbal aggression. *Journal of Emotional Abuse*, 2004; 4: 71-99.
 60. McLaughlin S, Gorley L, Moseley L. The prevalence of verbal aggression against nurses. *British Journal of Nursing*, 2009; 18: 735-739.
 61. Rowe MM, Sherlock H. Stress and verbal abuse in nursing: Do burned out nurses eat their young? *Journal of Nursing Management*, 2005; 13: 242-248.
 62. Higgins BL, MacIntosh J. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician perpetrated abuse. *International Nursing Review*, 2010; 57: 321-327.
 63. Hasseler M. Qualitative Methoden: Systematische Übersichtsarbeiten in qualitativer Gesundheitsforschung als Grundlage evidenz-basierter Praxis. *Gesundheitswesen*, 2007; 69: 297-302.
 64. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *British Medical Journal*, 2008; 337: 404-409.
 65. Witzel A. Das problemzentrierte Interview. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 2000; 1(1): 22.
 66. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum: Qualitative Sozialforschung*, 2000; 1(2): 20.
 67. Thompson MP, Basile KC, Hertz MF, Sitterle D-, *Measuring intimate partner violence victimization and perpetration: A compendium of assessment tools*. 2006, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control: Atlanta.
 68. Finnema EJ, Dassen T, Halfens RJG. Aggression in psychiatry: A qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 1994; 19: 1088-1095.
 69. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: Categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2007; 14: 120-127.
 70. Richter D, Needham I. Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 2007; 34: 7-14.
 71. Richter D. Non-physical conflict management and de-escalation, in *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*, D. Richter and R. Whittington, Editors. 2006, Springer: New York. 125-144.
 72. Richter D. How to De-escalate a Clinical Risk Situation to Avoid Coercive Measures, in *Coercive Treatment in Psychiatry*, T. Kallert, J. Mezzich, and J. Monahan, Editors. 2011, Wiley: London. 57-79.
 73. Richter D, Needham I, Kunz S. The effects of aggression management trainings for mental health care and disability care staff: A systematic review, in *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*, D. Richter and R. Whittington, Editors. 2006, Springer: New York. 211-227.



74. Anderson L, FitzGerald M, Luck L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19: 2520-2530.
75. Kynoch K, Wu C-J, Chang AM. Interventions for preventing and managing aggressive patients admitted to an acute hospital setting: A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2010; o.J.(2): 76-86.
76. Wehler M, Weldert G, Händl T. Konflikttherd Notaufnahme: Stellenwert von Deeskalationsprogrammen. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 2011; 14: 367-370.
77. Agar-Hutton R. *How to Deal With Verbal Aggression*. 2003, Edinburgh: Matador.
78. Elgin SH. *Language in Emergency Medicine: A Verbal Self-Defense Handbook*. 1999, Bloomington, IN: XLibris.
79. Sportsman S, Hamilton P. Conflict management styles in the health professions. *Journal of Professional Nursing*, 2007; 23: 157-166.
80. Wondrak R. Dealing with verbal abuse. *Nurse Education Today*, 1989; 9: 276-280.
81. Wondrak RF, Dolan BM. Dealing with verbal abuse: Evaluation of the efficacy of a workshop for student nurses. *Nurse Education Today*, 1992; 12: 108-115.
82. Anderson LN, Clarke JT. De-escalating verbal aggression in primary care settings. *Nurse Practitioner*, 1996; 21: 95-107.
83. Buback D. Assertiveness training to prevent verbal abuse in the OR. *AORN Journal*, 2004; 79: 148-164.
84. Stickley T. From SOLER to SURETY for effective non-verbal communication. *Nurse Education in Practice*, 2011; 11: 395-398.
85. Collins LG, Schrimmer A, Diamond J, Burke J. Evaluating verbal and non-verbal communication skills in an ethnographic OSCE. *Patient Education and Counselling*, 2011; 83: 158-162.
86. Brinkert R. A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing. *Journal of Nursing Management*, 2010; 18: 145-156.
87. McLaughlin S, Bonner G, Mboche C, Fairlie T. A pilot study to test an intervention for dealing with verbal aggression. *British Journal of Nursing*, 2010; 19: 489-494.
88. Ablett JR, Jones RS. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychooncology*, 2007; 16(8): 733-40.
89. Adams S, Camarillo C, Lewis S, McNish N. Resiliency training for medical professionals. *US Army Medical Department Journal*, 2010: 48-55.
90. Bush HA, Gilliland M. Caring for the nurse self: Verbal abuse as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality*, 1995; 9(4): 55-62.
91. Thomet C, Richter D. Resilienzförderung in der psychiatrischen Pflege. *Psych. Pflege heute*, 2012; im Druck.
92. Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Nurses' experience of adjusting to workplace violence: A theory of adaptation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010; 19: 186-194.
93. Elgin SH. *The Gentle Art of Verbal Self-Defense at Work*. 2000, New York: Prentice Hall.
94. Ellis A, Powers MG. *The Secret of Overcoming Verbal Abuse*. 2000, Chatsworth: Wilshire.
95. Cowman S. Safety and security in psychiatric clinical environments, in *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*, D. Richter and R. Whittington, Editors. 2006, Springer: New York. 253-271.
96. Yagil D. When the customer is wrong: A review of research on aggression and sexual harassment in service encounters. *Aggression and Violent Behaviour*, 2008; 13: 141-152.
97. Stone T, Francis L. What's the bloody law on this? Nurses, swearing, and the law in New South Wales, Australia. *Contemporary Nurse*, 2010; 34: 248-257.
98. Schramm E. Über die Beleidigung von behinderten Menschen, in *Festschrift für Theodor Lencker zum 70. Geburtstag*, A. Eser, U. Schittenhelm, and H. Schumann, Editors. 1998, C.H. Beck: München. 539-564.
99. McGuire J. A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 2008; 363: 2577-2597.
100. Whittington R, McGuire J, Steinert T, Quinn B. Understanding and managing violence in mental health services, in *Self-Harm and Violence: Towards Best Practice in Managing Risk in Mental Health Services*, R. Whittington and C. Logan, Editors. 2011, Wiley-Blackwell: Chichester. 79-96.
101. Hage S, van Meijel B, Fluttert F, Berden GFMG. Aggressive behaviour in adolescent psychiatric settings: What are risk factors, possible interventions and implications for nursing practice? A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009; 16: 661-669.



Anhang 1: Leitfaden

Einführung und Hintergrund zum Projekt

Methodisches (Aufnahme, Vertraulichkeit, Anonymität, Transkription)

Erleben Sie verbale Aggressionen als Problem in Ihrer täglichen Arbeit?

Welche Formen verbaler Aggression erleben Sie in der täglichen Arbeit?

- Beschimpfung
- Drohung
- Beleidigung
- sexuelle Anmache/Aggression
- Provokationen
- Fluchen
- Lächerlichmachen
- professionelle Kompetenz angreifen
- als Person angegriffen werden

Wie häufig erleben Sie verbale Aggressionen?

Was würden Sie sagen, wo beginnt verbale Aggression? Wo ist die Grenze zwischen eher gewöhnlichen Äusserungen und aggressiven Äusserungen?

Wie belastend erleben Sie verbale Aggressionen?

Können Sie Beispiele für verbale Aggressionen geben, die Sie als besonders belastend erlebt haben?

Wenn Sie verbale Aggressionen mit körperlichen Übergriffen vergleichen, was erleben Sie als belastender?

Was würden Sie sagen, ist das eigentlich Belastende an verbalen Aggressionen?

Erleben Sie verbale Aggressionen immer gleich belastend oder gibt es Tage/Situationen, wo es Ihnen leichter oder schwerer fällt, damit umzugehen?

Eine Frage an diejenigen, die schon etwas länger arbeiten: Fällt es Ihnen mit der Zeit leichter oder schwerer, mit VA umzugehen?

Gibt es typische Auslöser oder Situationen, in denen verbale Aggressionen auftreten?

Gibt es typische Patienten, die eher zu verbalen Aggressionen neigen?

Wie reagieren Sie in der Situation? Gehen Sie darauf ein, ignorieren Sie es?

Wie gehen Sie damit für sich um?

- individuell
- im Team



Erhalten Sie im Team ausreichend Unterstützung, wenn Sie VA erleben?

Werden VA in Ihrer Einrichtung dokumentiert?

Sehen Sie einen Übergang von verbalen zu körperlichen Aggressionen?

Wie erleben Sie andere nicht-körperliche Aggressionsformen, beispielsweise

- sexualisierte Blicke
- drohende Gesten
- Mimik
- Berührungen

Eine etwas komplizierte Frage: Haben Sie den Eindruck, dass Äusserungen, die Sie als aggressiv erleben immer auch so gemeint sind vom Verursacher?

Gibt es bei Ihnen bzw. in Ihrem Team Deeskalationsstrategien für den Umgang mit VA?

Haben Sie Schulungsbedarf im Zusammenhang mit VA?



Anhang 2: Fragebogen

Forschungsprojekt Verbale Aggression im Gesundheitswesen Kooperation Unfallkasse Nordrhein-Westfalen und Berner Fachhochschule

Sehr geehrte Damen und Herren, verehrte Kolleginnen und Kollegen,

aggressive Äußerungen durch PatientInnen, KlientInnen, HeimbewohnerInnen oder Angehörigen kommen in vielen Bereichen des Gesundheitswesens vor. Wie groß das Ausmaß ist und ob und wie belastend diese Äußerungen sich auf MitarbeiterInnen auswirken, ist bisher kaum bekannt. Mit diesem Fragebogen möchten wir Ihre Einschätzungen und Erfahrungen erfragen. Bitte füllen Sie jede Frage mit einer Antwort aus, die am ehesten zutrifft.

Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Ihr Geschlecht? w m

In welchem Bereich arbeiten Sie?

- Psychiatrische Klinik oder Abteilung (Erwachsene)
- Psychiatrische Klinik oder Abteilung (Kinder/Jugendliche)
- Psychiatrische Klinik (Forensik; alle Altersgruppen)
- Allgemeinkrankenhaus/Somatik - Station
- Allgemeinkrankenhaus/Somatik – Notfall, Ambulanz
- Rettungsdienst/Sanitätsdienst
- Alten- oder Pflegeheim
- Wohneinrichtung für behinderte Menschen
- Ambulanter Pflegedienst
- Sonstiges

Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

- Pflegedienst - examiniert
- Pflegedienst - Auszubildende
- Fachärztin/Facharzt
- Assistenzärztin/Assistenzarzt
- Erziehungsdienst
- Psychologischer Dienst
- Sozialdienst
- Rettungsdienst/Sanitätsdienst
- Sonstiges

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie? _____ Jahre

Arbeiten Sie derzeit in Teilzeit? ja nein



Uns interessiert, wie häufig Sie bestimmte verbale Aggressionen in den letzten sechs Monaten von PatientInnen, KlientInnen, BewohnerInnen oder Angehörigen erlebt haben und wie sehr Sie das belastet. Bitte kreuzen Sie für jede Aggressionsform die beiden Felder in der Häufigkeit und in der Belastung an, die am ehesten zutreffen.

Wie häufig haben Sie die folgenden verbalen Aggressionen in den letzten sechs Monaten erlebt?

	an jedem Arbeitstag	nicht an jedem Arbeitstag, aber mehrmals pro Woche	nicht mehrmals pro Woche, aber mehrmals pro Monat	nicht mehrmals pro Monat, aber mehr als einmal in den letzten 6 Monaten	einmal in den letzten 6 Monaten	gar nicht
Beschimpfungen/Beleidigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drohungen mit körperlicher Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todesdrohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drohungen gegen Ihre Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lächerlich machen Ihrer Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Angebote/ Beziehungs-Angebote/ ‚Anmache‘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrohte/rüde Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerungshaltung von PatientInnen, KlientInnen, BewohnerInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wie sehr belasten Sie die oben genannten verbalen Aggressionen?

	das belastet mich immer	das belastet mich häufig	das belastet mich manchmal	das belastet mich nie
Beschimpfungen/ Beleidigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drohungen mit kör- perlicher Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todesdrohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drohungen gegen Ihre Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lächerlich machen Ihrer Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzweifeln der beruf- lichen Fähigkeiten und Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexuelle Angebote/ Beziehungs- Angebote/ ‚Anmache‘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrohte/rüde Spra- che	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerungshaltung von PatientInnen, KlientInnen, Bewoh- nerInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nach einer verbalen Aggression durch PatientInnen/KlientInnen/BewohnerInnen/Angehörigen...

	immer	häufig	manch- mal	nie
...reagiere ich schlagfertig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühle ich mich in der Lage, die Situation nicht eskalieren zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spreche ich die Person auf die Aggression an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bespreche ich die Situation mit meinen ArbeitskollegInnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühle ich mich durch meine ArbeitskollegInnen unterstützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühle ich mich durch die Leitung unterstützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dokumentiere ich den Vorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vergesse ich den Vorfall relativ schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie Ihre gesamte Arbeitsbelastung (Stress, Schichtdienst, schwieriges Klientel etc.) bedenken, wie groß würden Sie den Anteil körperlicher Aggressionen an der Belastung einschätzen?

gar kein Anteil

größter Anteil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wenn Sie Ihre gesamte Arbeitsbelastung (Stress, Schichtdienst, schwieriges Klientel etc.) bedenken, wie groß würden Sie den Anteil verbaler Aggressionen an der Belastung einschätzen?

gar kein Anteil

größter Anteil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Wenn Sie auf Ihr bisheriges Berufsleben zurückblicken, fällt Ihnen der Umgang mit verbalen Aggressionen heute im Vergleich zu früher leichter oder schwerer?

sehr viel leichter

sehr viel schwerer

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Möchten Sie uns Ihre Meinung zum Thema ‚Verbale Aggression‘ mitteilen oder ein Ereignis schildern, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist, so kann das hier geschehen: