



Konfliktinterventionen in somatischen Akutkliniken

Projektbericht

Karin Anne Peter, MScN
Christoph Golz, BScN
Dr. phil. habil. Dirk Richter

September 2016

Impressum

Titel	Konfliktinterventionen in somatischen Akutkliniken
Jahr	2016
Projektteam BFH	Karin Anne Peter, Christoph Golz, Dr. Dirk Richter
Auftraggeberin vertreten durch	Unfallkasse Nordrhein-Westfalen Regionaldirektion Westfalen-Lippe Hauptabteilung Prävention Salzmannstrasse 154 DE-48159 Münster
Copyright	Unfallkasse Nordrhein-Westfalen Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit Abteilung angewandte Forschung und Entwicklung, Dienstleistung Murtenstrasse 10, 3008 Bern T: 031 848 37 60, forschung.gesundheit@bfh.ch

Hinweis

Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes und der Diskretion werden die Namen der beteiligten Kliniken nicht veröffentlicht.

Danksagung

Wir danken den Teilnehmenden, den Ansprechpersonen und den für die Organisation verantwortlichen Personen aus den beteiligten Kliniken für ihr Engagement.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	7
2	Hintergrund	8
3	Zielsetzung	8
4	Methode	9
4.1	Methode zur Erfassung der quantitativen Daten	9
4.2	Methode zur Erfassung der qualitativen Daten	9
5	Analyse	9
5.1	Analyse quantitativ	9
5.2	Analyse qualitativ	9
6	Ergebnisse quantitativ	10
6.1	Stichprobengrösse	10
6.2	Persönliche Daten / Daten zum Arbeitsplatz	11
6.2.1	Geschlecht	11
6.2.2	Alter der Teilnehmenden	11
6.2.3	Funktion	12
6.2.4	Ausbildung	12
6.2.5	Beschäftigungsgrad	13
6.2.6	Arbeitsort	14
6.2.7	Patientengruppe	15
6.2.8	Angehörige	15
6.2.9	Arbeitszeit Patient(inn)enkontakt	16
6.2.10	Erfahrungsjahre im Gesundheitswesen	16
6.2.11	Erfahrungsjahre auf Station	17
6.2.12	Spezifische Funktion	17
6.2.13	Leitungsfunktion	18
6.2.14	Führungsebene	18
6.2.15	Erfahrungsjahre Leitungsposition	19
6.3	Fragen zu Aggression an Führungspersonen	20
6.3.1	Finanzielle Mittel für Prävention & Intervention	20
6.3.2	Patienten- / Besucheraggression Institution	20
6.3.3	Patienten- / Besucheraggression Arbeitsbereich	21
6.3.4	Häufigkeit Aggressionsereignisse	21
6.3.5	Ausreichende Information	22
6.3.6	Ausreichende Meldung	22
6.3.7	Meldesystem	23
6.3.8	Meldungen an Hierarchiestufe	23
6.3.9	Ausreichende Unterstützung	24
6.4	Erfahrungen mit Patienten- und Angehörigenaggression Gesamt	25
6.5	Erfahrungen mit Patienten- und Angehörigenaggression im letzten Jahr	25
6.5.1	Verbaler und/oder körperlicher Angriff im letzten Jahr	25
6.5.2	Verbaler Angriff im letzten Jahr	26
6.5.3	Quelle und Häufigkeit der verbalen Aggression	26
6.5.4	Beschimpfungen von Angehörigen	27
6.5.5	Körperlicher Angriff im letzten Jahr	27
6.5.6	Körperliche Angriffe von Patient(inn)en	28
6.5.7	Körperliche Angriffe von Angehörigen	28
6.6	Erfahrungen mit Patient(inn)en und Angehörigenaggression in der letzten Woche	29
6.6.1	Verbaler und/oder körperlicher Angriff in der letzten Woche	29
6.6.2	Verbale Aggression von Patient(inn)en in der letzten Woche	29
6.6.3	Verbale Aggression von Angehörigen in der letzten Woche	30
6.6.4	Körperliche Aggression von Patient(inn)en in der letzten Woche	30

6.6.5 Körperliche Aggression von Angehörigen in der letzten Woche	31
6.6.6 Medizinische Hauptdiagnose	32
6.6.7 Weitere psychische Erkrankung	33
6.6.8 Tätigkeit während Aggressionsereignissen mit Patient(inn)en	33
6.6.9 Tätigkeit während Aggressionsereignissen mit Angehörigen	34
6.6.10 Auslöser der Aggressionsereignissen	35
6.6.11 Weitere Auslöser	36
6.6.12 Reaktion auf Aggressionsereignisse	36
6.6.13 Längerfristige Interventionen	37
6.6.14 Krankmeldung aufgrund der Angriffe	37
6.6.15 Anzahl Abwesenheitstage im letzten Jahr	38
6.6.16 Emotionale Auswirkungen nach verbaler Aggression	38
6.6.17 Körperliche Verletzungen nach körperlichem Angriff	39
6.6.18 Emotionale Auswirkungen der körperlichen Aggression	39
6.7 Meldesystem / Richtlinien / Institutionelle Interventionen gegen Aggression	40
6.7.1 Unterstützende Maßnahmen	40
6.7.2 Dokumentation	40
6.7.3 Offizielles Meldesystem	41
6.7.4 Anzahl offizielle Meldungen	41
6.7.5 Standards / Richtlinien	42
6.7.6 Ansprechpersonen für Mitarbeitende	42
6.7.7 Arbeitsgruppe zum Thema Aggressionsmanagement	43
6.7.8 Arbeitsgruppe multidisziplinär	43
6.7.9 Weiterbildung / Training	44
6.7.10 Institutionsinterner Trainer	44
6.8 Haltung gegenüber Aggression	45
6.8.1 Offizielle Haltung der Klinik	45
6.8.2 Unterstützung nach Aggression am Arbeitsplatz	45
6.8.3 Unterstützung für Mitarbeitende	46
6.8.4 Unterstützung durch direkte Vorgesetzte	46
6.8.5 Gespräch mit Familienangehörigen	47
6.8.6 Unterstützung durch Teamkolleg(inn)en	47
6.8.7 Kombination an Unterstützung	48
6.8.8 Selbstverständlichkeit der Unterstützung	48
6.8.9 Familie und Freunde als wichtige Ressource	49
6.8.10 Persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten	49
6.9 Aggressions-Schulung	51
6.9.1 Teilnahme an Schulung / Training	51
6.9.2 Schulung war Teil der Ausbildung / Weiterbildung	51
6.9.3 Schulungsinhalt	52
6.9.4 Anzahl besuchte Schulungen	52
6.9.5 Anzahl Schulungstage insgesamt	53
6.9.6 Datum der letzten Schulung	53
6.9.7 Sicherheit im Umgang mit verbaler Aggression	54
6.9.8 Sicherheit im Umgang mit körperlicher Aggression	54
6.9.9 Wichtigkeit der Schulung	55
7 Ergebnisse qualitativ	56
7.1 Beschreibung der Stichprobe	56
7.2 Aggressionssituationen im Alltag	56
7.2.1 Häufigkeit der Aggression	56
7.2.2 Auslöser / Gründe der Aggression	56
7.3 Belastung durch Aggression	57
7.3.1 Belastung durch Aggression im Arbeitsalltag	57
7.3.2 Unbewusste - Bewusste Aggression	58

7.3.3 Ausgelöste Gefühle	58
7.4 Verarbeitung der Aggression	59
7.5 Interventionen bei Aggression	59
7.6 Unterstützungsmöglichkeiten der Organisation	59
7.7 Organisatorische Hindernisse	60
7.8 Verbesserungspotenzial des Arbeitgebers	60
8 Diskussion und Schlussfolgerungen	61
8.1 Zusammenfassung der wichtigsten quantitativen und qualitativen Resultate	61
8.2 Diskussion im Kontext	62
8.3 Schlussfolgerungen für die Praxis	63
9 Literaturangaben	64
10 Anhang	66
10.1 SAVEinH Model	66
10.2 Fragebogen	67

1 Zusammenfassung

Gesundheitsfachpersonen sind im Vergleich zu anderen Berufen häufiger von Aggression seitens Patient(inn)en oder deren Angehörigen am Arbeitsplatz betroffen. Dies kann für die betroffenen Fachpersonen physische, psychische sowie emotionale Folgeschäden bedeuten und ebenso auf institutioneller Ebene massive negative Auswirkungen mit sich bringen. Das Ziel dieses Forschungsprojektes war es daher, auf der Basis von quantitativen und qualitativen Daten Vorschläge für ein praxisorientiertes Präventionskonzept zur Reduktion von Aggressionseignissen am Arbeitsplatz für das Setting der Krankenhäuser zu erstellen. Dazu wurde in einem ersten Schritt eine qualitative Datenerhebung in zwei Krankenhäusern mittels Fragebogen durchgeführt, wobei alle Gesundheitsfachpersonen eingeschlossen waren (n=567). In einem weiteren Schritt wurden drei Fokusgruppeninterviews mit jeweils vier bis acht Teilnehmenden aus dem ärztlichen sowie pflegerischen Dienst geführt. Wie die Resultate zeigen, geschehen die Aggressionseignisse häufig verbal und meist von Patient(inn)en mit einer Verhaltensstörung, psychischen Erkrankungen oder kognitiven Dysfunktionen. Verbale Aggression von kognitiv adäquaten Patient(inn)en oder Angehörigen wird von den befragten Fachpersonen als belastender wahrgenommen, da diese häufig auf die eigene Person abzielt. Viele Fachpersonen äußerten den Wunsch, nach mehr betrieblichen Sicherheitsmaßnahmen, personellen Ressourcen, spezifisch auf das Krankenhaussetting zugeschnittenen Aggressionsschulungen sowie einer mitarbeiterorientierten Haltung der Institution bei Aggressionseignissen mit entsprechenden Supportmaßnahmen. Die Empfehlungen für die Praxis sind daher, institutionelle Risikofaktoren zu ermitteln und gezielte präventive Maßnahmen abzuleiten, das Schulungsangebot zu erweitern, die Sicherheitsmaßnahmen und die Positionierung bzgl. Aggression am Arbeitsplatz der Institution zu optimieren sowie eine institutionelle Nachbetreuung zu gewährleisten.

2 Hintergrund

Aggression betrifft Gesundheitsfachpersonen weltweit und kann in allen Tätigkeitsfeldern vorkommen (Hahn et al., 2008; Jackson, Clare, & Mannix, 2002). Im Vergleich mit anderen Berufsgruppen ist für Gesundheitsfachpersonen das Risiko von Aggressionserlebnissen mit Patient(inn)en und deren Angehörigen hoch (Camerino, Estry-Behar, Conway, van Der Heijden, & Hasselhorn, 2008). Diese Aggression kann verbale Angriffe, wie bspw. Beschimpfungen, Bedrohungen, obszöne Bemerkungen, Beleidigungen usw. und natürlich physische Formen der Aggression, wie Schlagen, Kratzen, Beißen, Würgen sowie bspw. das Einsetzen von Gegenständen als Schlag- oder Stichwaffe beinhalten (Richter & Berger, 2009; Rippon, 2000).

Aggressionsereignisse gegen Gesundheitsfachpersonen können zudem durch organisatorische, patientenspezifische sowie mitarbeiterspezifische Faktoren begünstigt werden (Hahn, 2012; Hahn et al., 2013; Hahn et al., 2011). Wie sich im für das Krankenhaus-Setting entwickelte Modell von Hahn (2012) zeigt, sind vor allem Pflegefachpersonen und andere medizinisch-technische Berufsgruppen (Hebammen, Ernährungsberatung, Physiotherapie, etc.) mit einem direkten Patientenkontakt von über 50% der Arbeitszeit von Aggression seitens Patient(inn)en oder deren Besuchern betroffen. Zudem sind vor allem junge Gesundheitsfachpersonen im Alter von 18 bis 29 Jahren von Aggression betroffen (Hahn, 2012). Am häufigsten von Aggression betroffen sind zudem Gesundheitsfachpersonen, welche auf der Notaufnahme, dem Aufwachraum /IMC /Intensivstation, dem ambulanten Bereich oder der Rehabilitation arbeiten. Wie sich im Modell ebenfalls zeigt, wird Aggression am häufigsten von Patient(inn)en im Alter von über 65 Jahren, welche an einer kognitiven Beeinträchtigung, Schmerzen, Alkohol- oder Drogenintoxikationen, Entzugserscheinungen, einer geistigen Behinderung oder einer Verhaltensstörung leiden, ausgeübt. Der emotionale Zustand der Patient(inn)en scheint dabei ebenfalls einen Einfluss zu haben. Patient(inn)en, welche frustriert, unzufrieden, sich nicht ernstgenommen fühlen, ängstlich, gestresst, überfordert oder überfordert sind, zeigen eine höhere Aggressionsbereitschaft (Hahn, 2012). Bei den Besuchern gehen Aggressionsereignisse zudem am häufigsten von den Ehepartnern oder Geschwistern aus (Hahn, 2012). Bei Besuchern können Angst, Überforderung, Ungewissheit oder Unzufriedenheit mit der Therapie das Aggressionspotenzial zudem steigern. Die Organisationsstruktur des Krankenhauses kann ebenfalls die Aggressionsereignisse signifikant erhöhen, in dem bspw. eine laute Behandlungsatmosphäre, lange Wartezeiten, ein tiefer Personalschlüssel oder viele Verbote bestehen (Hahn, 2012). Nicht zuletzt kann zudem ein enger Patientenkontakt das Aggressionsrisiko beeinflussen.

Solche Aggressionsereignisse können der Institution wie auch der betroffenen Fachperson schaden (Camerino et al., 2008). Für betroffene Gesundheitsfachpersonen können sich einerseits physische Folgeschäden wie Hämatome, Hautläsionen, Stich- oder sonstige Verletzungen zeigen, wie andererseits physische oder emotionale Folgeschäden ergeben wie Schlaf-, Konzentrations- oder Angststörungen, ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (Gerberich et al., 2004; Jackson et al., 2002; Richter & Berger, 2001). Für die betroffenen Institutionen können finanzielle Konsequenzen der Patienten- und Besucheraggression entstehen, bspw. durch Absenzen des Personals, Sachschäden, Produktions- sowie Leistungsabnahmen oder auch die Zufriedenheit des Personal gesenkt werden (Estry-Behar et al., 2008; Jackson et al., 2002; Winstanley, 2005). Obwohl zahlreiche negative Konsequenzen durch Aggressionsereignisse am Arbeitsplatz entstehen können, stellen viele Organisationen im Gesundheitswesen keine adäquaten Mittel zum Schutz ihres Personals zur Verfügung.

3 Zielsetzung

Das Ziel dieses Forschungsprojekts ist es daher, die aktuelle Situation bezüglich Aggressionsereignissen seitens Patient(inn)en sowie deren Angehörigen in zwei deutschen Kliniken zu erfassen. Auf der Basis dieser Resultate soll in einem weiteren Schritt ein effizientes und praxisorientiertes Konzept zur Prävention von Aggression gegen Gesundheitsfachpersonen in deutschen Krankenhäusern zum Schutz der betroffenen Gesundheitsfachpersonen erstellt werden.

4 Methode

Die Datenerfassung bestand aus zwei Teilen. Einerseits aus einer quantitativen Befragung aller Mitarbeitenden in zwei Kliniken in Nordrhein-Westfalen, andererseits aus einer qualitativen Datenerhebung mittels Fokusgruppeninterviews in einer der Kliniken, die sich auch an der quantitativen Befragung beteiligten.

4.1 Methode zur Erfassung der quantitativen Daten

Die quantitative Datenerfassung startete am 25. Februar 2015 in einer Klinik. Dabei erhielten alle Mitarbeitenden des Klinikums ein Informationsschreiben zur Studie sowie einen Fragebogen in Papierform zusammen mit ihrer monatlichen Gehaltsmitteilung per Post nach Hause gesendet. Inhalt des Fragebogens waren Häufigkeit, Belastung, Haltung und Maßnahmen bei Aggression seitens Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen gegen Fachpersonen. Die Teilnehmenden erhielten etwas mehr als einen Monat Zeit, um die Fragebögen auszufüllen und mittels beigelegten Rückumschlags zu einem klinikinternen Sammelpunkt zu senden. Die Fragebögen wurden anschließend per Post direkt an die Berner Fachhochschule (BFH) gesendet und eingegeben. Die quantitative Datenerfassung in der zweiten Klinik startete am 18. August 2015 mittels Online-Fragebogen. Dabei erhielten alle Mitarbeitenden alle relevanten Informationen zur Studie sowie den direkten Link zum Fragebogen via E-Mail zugesandt. Weiter bestand die Möglichkeit, den Fragebogen ebenfalls in Papierform auszufüllen, davon wurde jedoch kein Gebrauch gemacht. Die Teilnehmenden erhielten zum Ausfüllen des Online-Fragebogens etwas mehr als einen Monat Zeit. Danach wurde der Zugang zum Online-Fragebogen geschlossen und die Daten zur Analyse ins SPSS 23[®] transferiert.

4.2 Methode zur Erfassung der qualitativen Daten

Für den qualitativen Teil des Projekts wurde ein qualitativ deskriptives Studiendesign gewählt. In diesem Schritt wurden qualitative Interviews in Form von Fokusgruppen (Gruppendiskussionen) zu Aggressionserfahrungen der Mitarbeitenden aus ihrem Arbeitsalltag geführt. Dazu wurden im Oktober 2015 drei Fokusgruppeninterviews durchgeführt, welche zwischen 48 und 96 Minuten dauerten mit jeweils 4 bis 8 Teilnehmenden pro Fokusgruppe. Die Gespräche fanden in der Klinik in verschiedenen Sitzungsräumen statt. Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet und leitfadengestützt transkribiert.

5 Analyse

Die Analyse der Daten erfolgte mittels quantitativen und qualitativen Verfahren.

5.1 Analyse quantitativ

Die Gesamtanalyse sowie die klinikspezifischen Analysen erfolgten deskriptiv mittels SPSS 23[®]. Die Fragebogen in Papierform wurden zuerst mittels EpiData elektronisch aufbereitet, während die Daten der Online-Befragung direkt transferiert werden konnten.

5.2 Analyse qualitativ

Um die Aggressionserfahrungen von Gesundheitsfachpersonen seitens Patient(inn)en und deren Angehörigen, der daraus entstandenen Belastung für sie sowie Risikosituationen und Deeskalationsmaßnahmen aus dem Arbeitsalltag aufzuzeigen und zu beschreiben, wurde der Ansatz der deduktiven Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt. Hierzu wurden die Daten zunächst anhand der im Interviewleitfaden benannten Themenbereichen sortiert, um dann im Weiteren eine regelgeleitete und inhaltliche Reduktion zu erreichen. Dazu wurden inhaltliche Hauptkategorien sowie Subkategorien gebildet, inhaltstragende Textbestandteile paraphrasiert, generalisiert und in einem weiteren Schritt reduziert. Die Resultate wurden mittels typischen Aussagen einzelner Pflegefachpersonen aus dem Originaltext verdeutlicht. Die Glaubwürdigkeit der qualitativen Resultate wurde durch eine unabhängige Bildung der Subkategorien sowie weiteren Diskussionen zu den

gewählten Analyseschritten, der Bildung des Kategoriensystems als auch den Inhalten und deren Interpretation im Forschungsteam erhöht.

6 Ergebnisse quantitativ

Im Folgenden werden die Resultate des Fragebogens beider Institutionen gesamthaft deskriptiv dargestellt.

6.1 Stichprobengrösse

Gesamthaft nahmen 567 Gesundheitsfachpersonen an der quantitativen Befragung mittels Fragebogen teil. Die Stichprobe setzt sich dabei aus 174 (30.7%) Personen aus einer Klinik und 393 (69.3%) Personen aus der zweiten Klinik zusammen. Die Rücklaufquote beträgt ungefähr 10 Prozent.

6.2 Persönliche Daten / Daten zum Arbeitsplatz

6.2.1 Geschlecht

Insgesamt nahmen 426 Frauen (77%) und 124 Männer (23%) an der Umfrage teil.

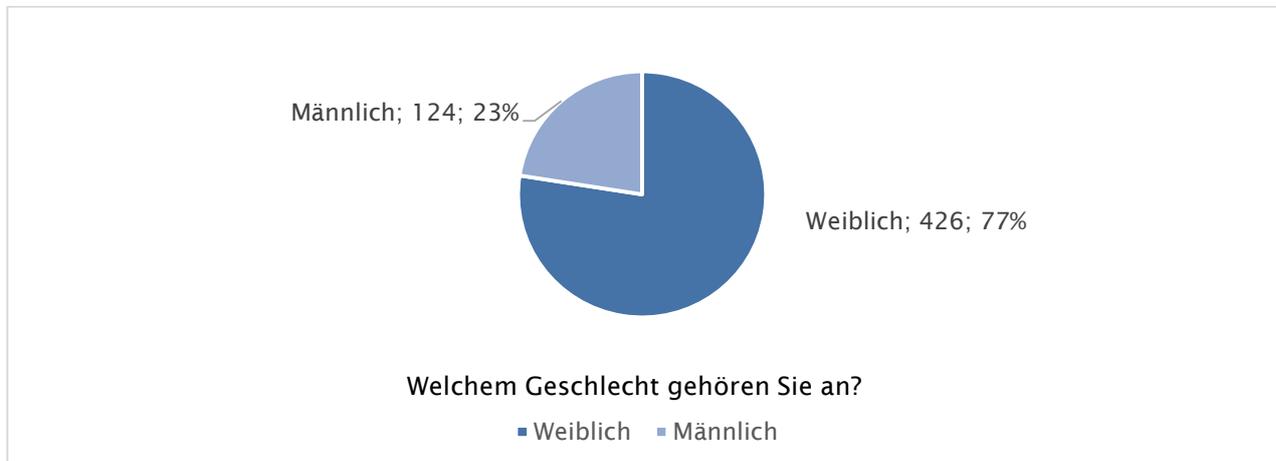


Abbildung 1: Geschlecht

6.2.2 Alter der Teilnehmenden

Die Mehrheit (304) der Teilnehmenden ist 46 Jahre und älter. 174 weitere sind zwischen 30 und 45 Jahren alt. Die kleinste Gruppe mit 85 Teilnehmenden ist die zwischen 18 und 29 Jahren.

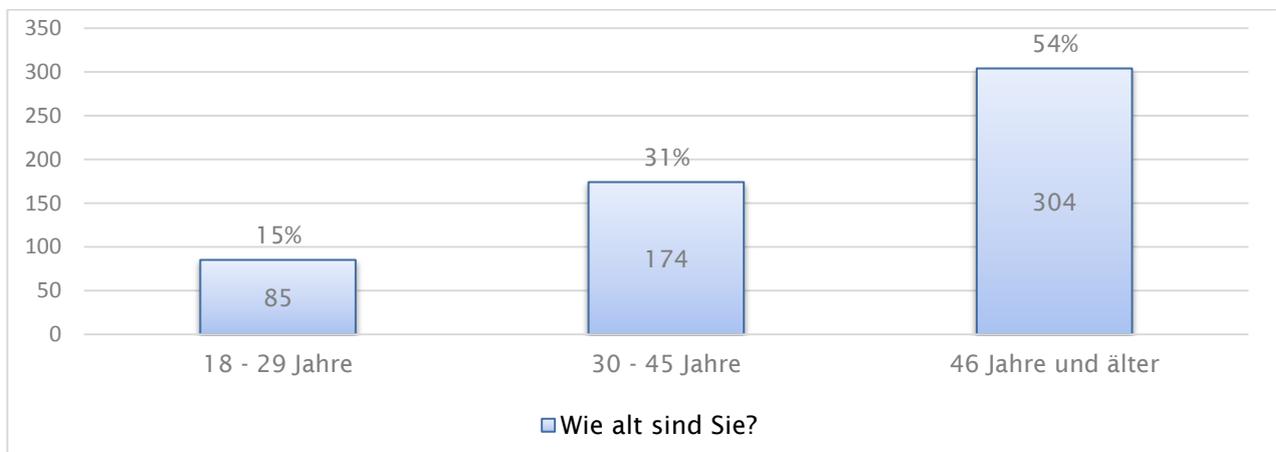


Abbildung 2: Alter der Teilnehmenden

6.2.3 Funktion

Die Pflegefachpersonen waren anteilmäßig mit 299 Personen (54%) am häufigsten vertreten, gefolgt von dem ärztlichen Dienst mit 84 Personen (15%). Weitere vertreten sind ebenfalls Personen aus dem Internen Dienst (9%), Medizinische Fachangestellte (8%), Medizinisch-technische Angestellte (7%), Therapeutische Berufe und Hebammen (5%) sowie Personen aus dem Sozialdienst (3%).

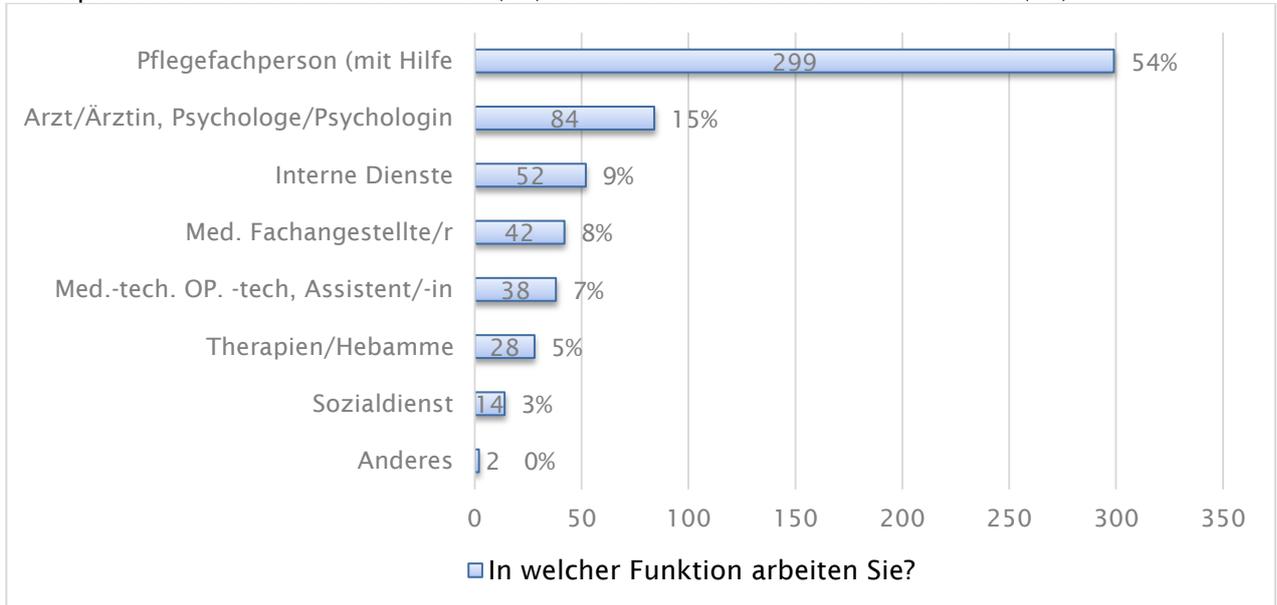


Abbildung 3: Funktion

6.2.4 Ausbildung

92% (506) der Teilnehmenden befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung nicht in einer Aus-/Weiterbildung.

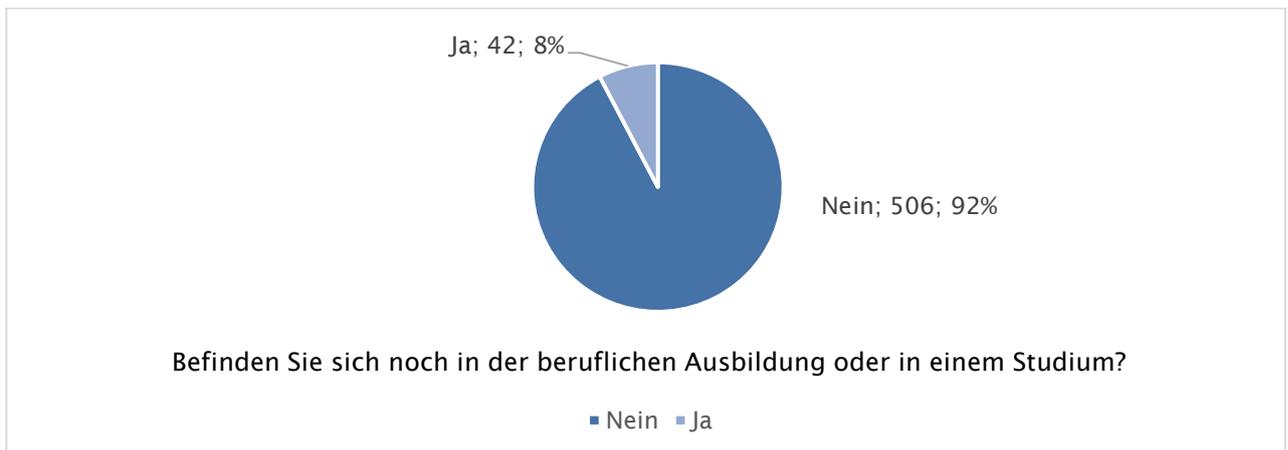


Abbildung 4: Ausbildung

6.2.5 Beschäftigungsgrad

Rund 348 (63%) der Befragten sind vollzeitbeschäftigt, gefolgt von 174 (32%) Teilzeitbeschäftigten über 19 bis 30 Stunden die Woche.



Abbildung 5: Beschäftigungsgrad

6.2.6 Arbeitsort

86 (13%) der Befragten arbeiten in der Kinder- und Jugendmedizin. Die (Innere) Medizin ist mit 70 (11%) ähnlich vertreten gefolgt von der Chirurgie und der Kardiologie mit 63 (10%) Befragten.

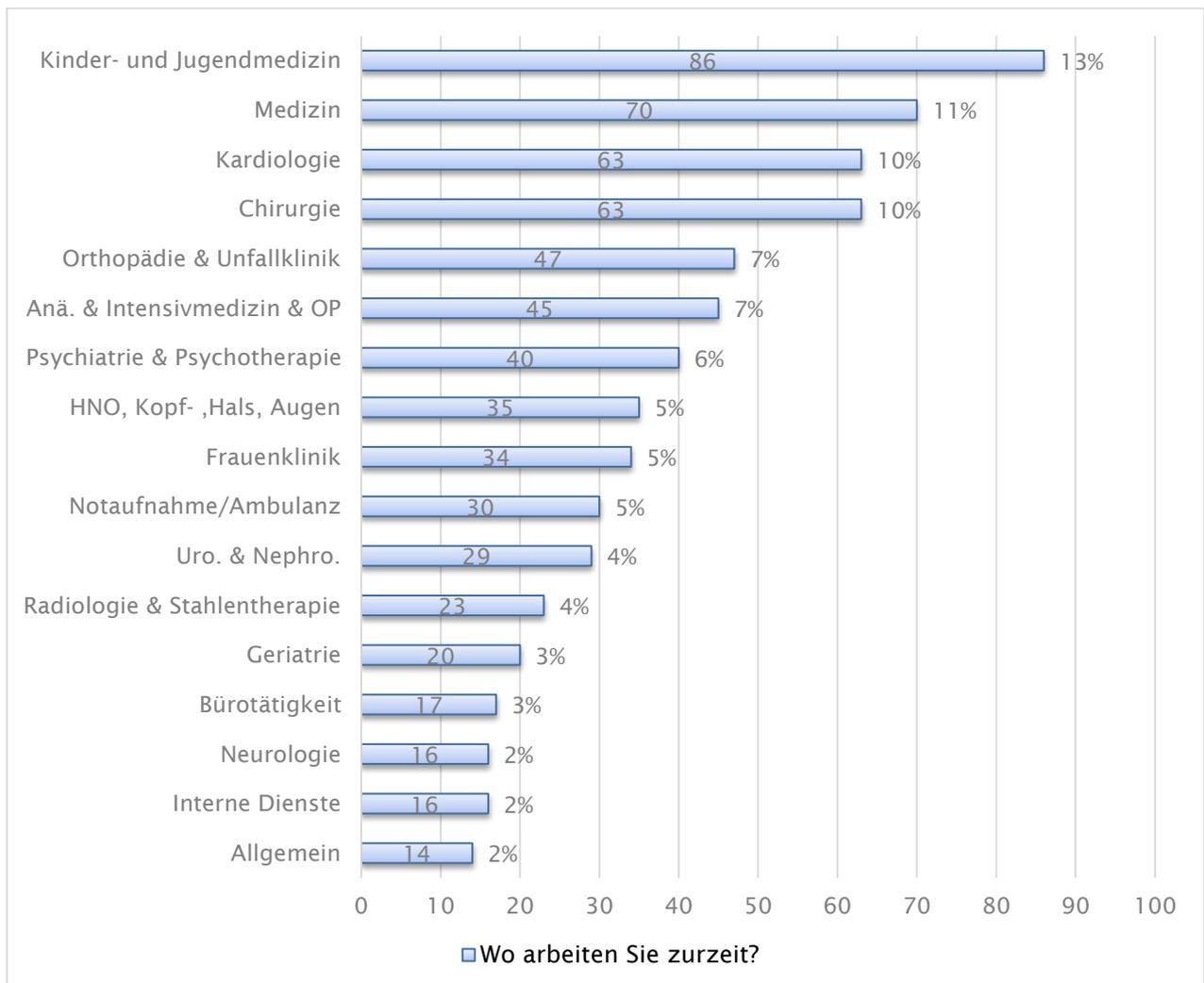


Abbildung 6: Arbeitsort

6.2.7 Patientengruppe

Die Mehrheit (322, 42%) der Teilnehmenden arbeiten mit Patient(inn)en zwischen 18 und 65 Jahren, während 306 (40%) der Teilnehmenden mit Patient(inn)en ab 65 Jahren arbeiten.

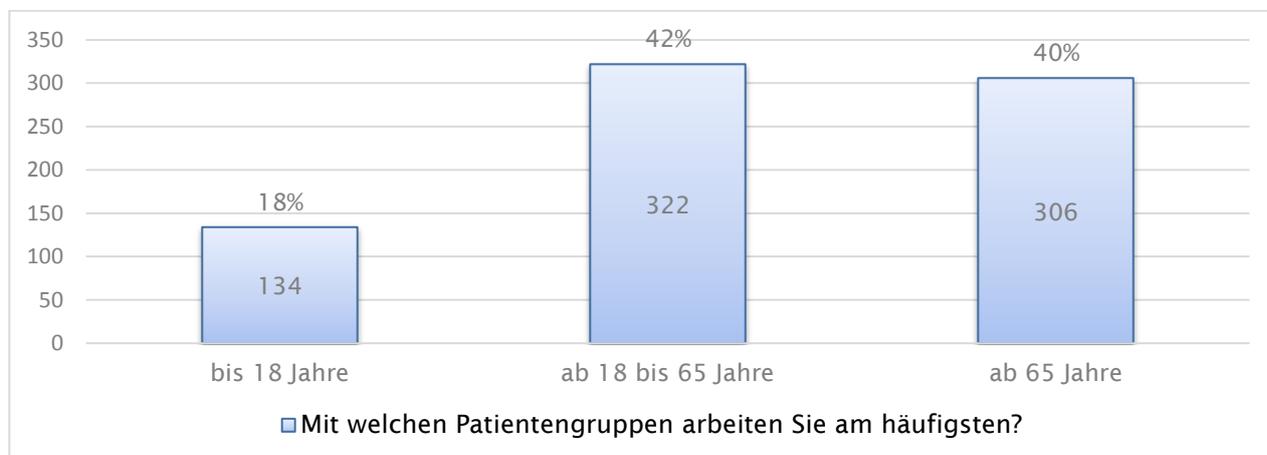


Abbildung 7: Patientengruppe

6.2.8 Angehörige

Am häufigsten arbeiten die Befragten mit Partner(inn)en ihrer Patient(inn)en zusammen (n=390; 32%). Am wenigsten Kontakt gibt es zu den Geschwistern ihrer Patient(inn)en (n=142; 12%).

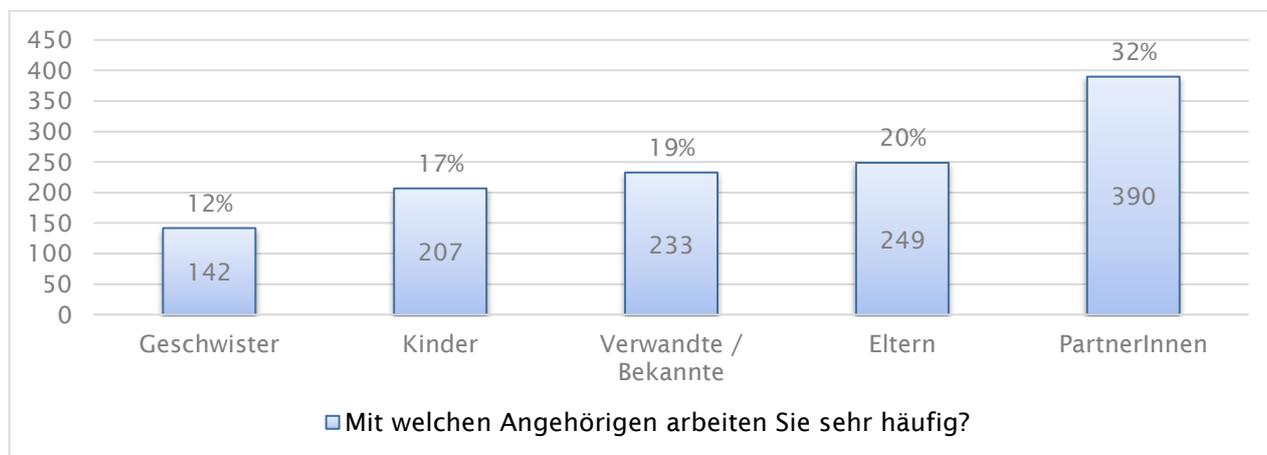


Abbildung 8: Angehörige

6.2.9 Arbeitszeit Patient(inn)enkontakt

272 (53%) der Teilnehmenden haben über 60% ihres Arbeitstages Patient(inn)enkontakt.

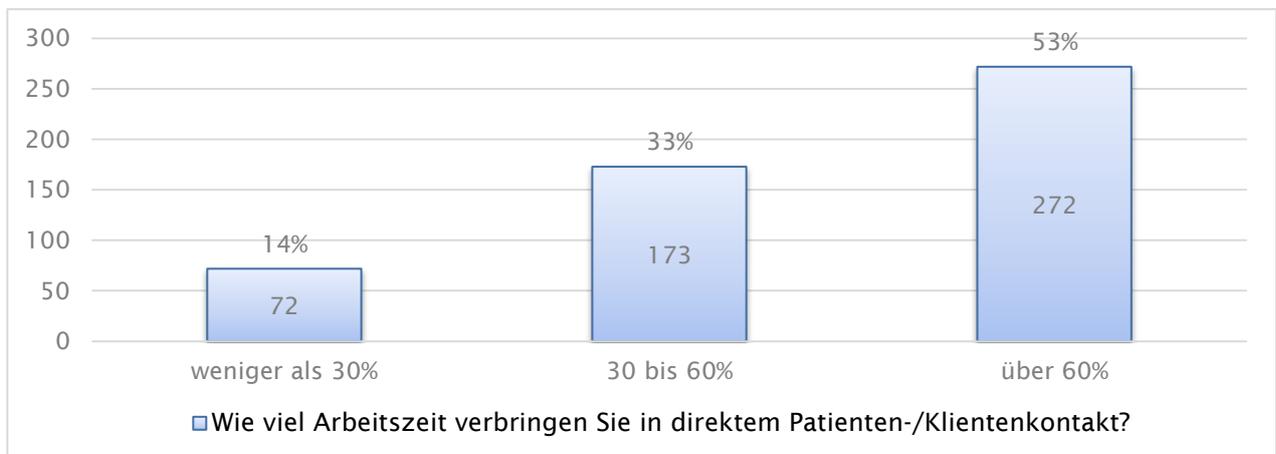


Abbildung 9: Arbeitszeit

6.2.10 Erfahrungsjahre im Gesundheitswesen

Die Mehrheit (n=382; 72%) arbeitet bereits über 15 Jahre im Gesundheitswesen.

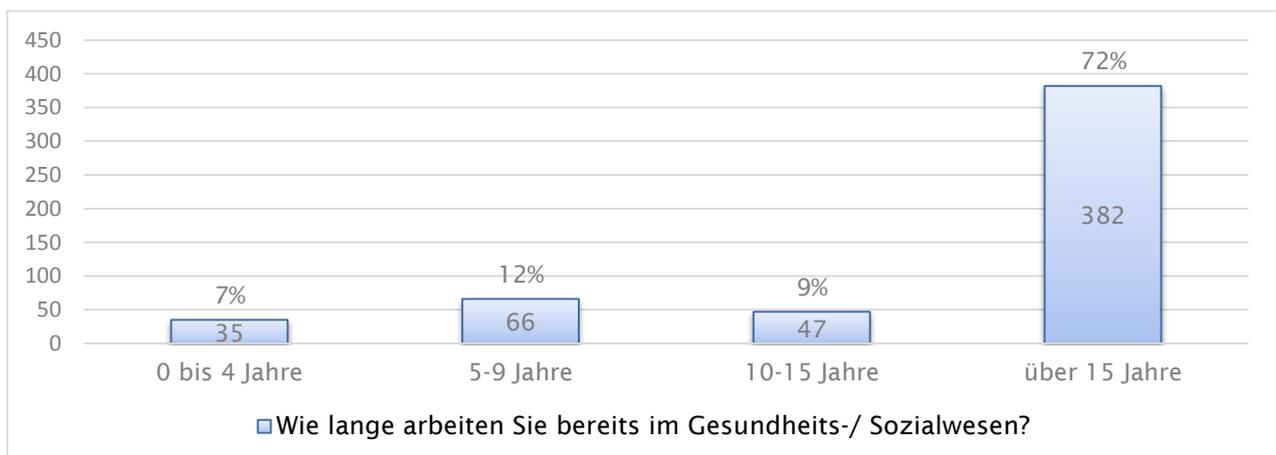


Abbildung 10: Erfahrungsjahre im Gesundheitswesen

6.2.11 Erfahrungsjahre auf Station

231 (44%) der Befragten arbeiten bereits seit mehr als 10 Jahren auf der gleichen Station.

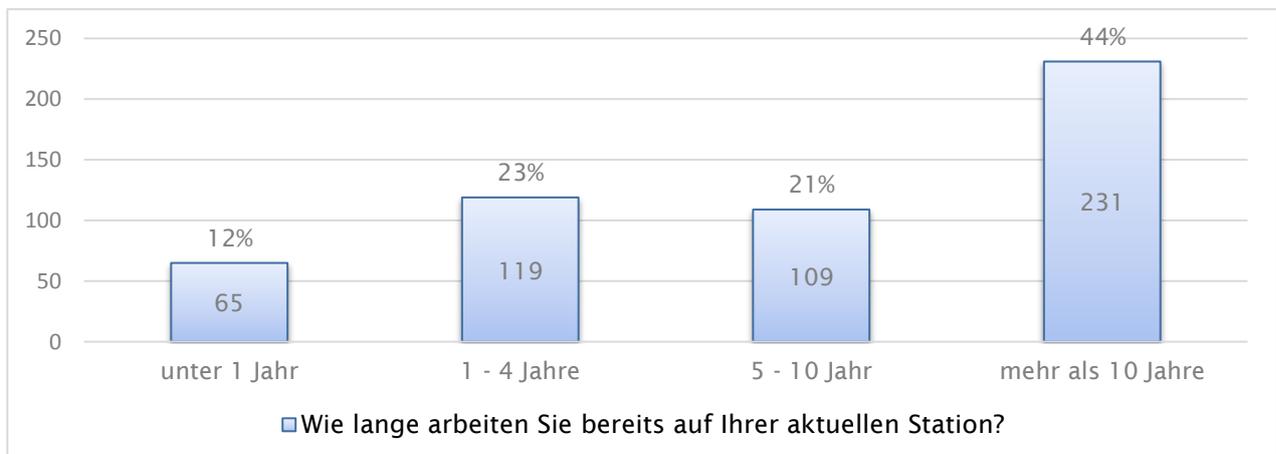


Abbildung 11: Erfahrungsjahre auf Station

6.2.12 Spezifische Funktion

Ein Großteil (n=280; 54%) der Befragten hat keine spezifische Funktion inne.

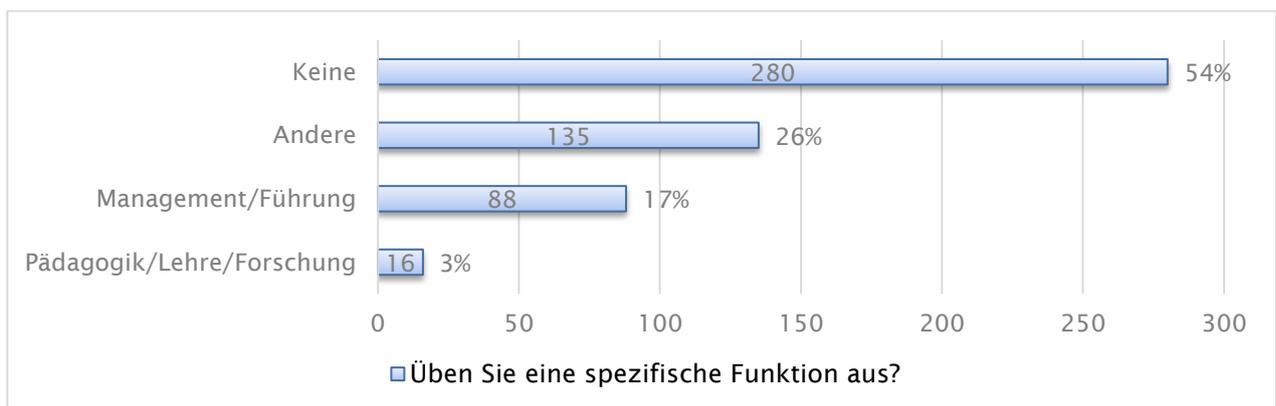


Abbildung 12: Spezifische Funktion

6.2.13 Leitungsfunktion

455 (88%) der Befragten haben keine Leitungsfunktion.

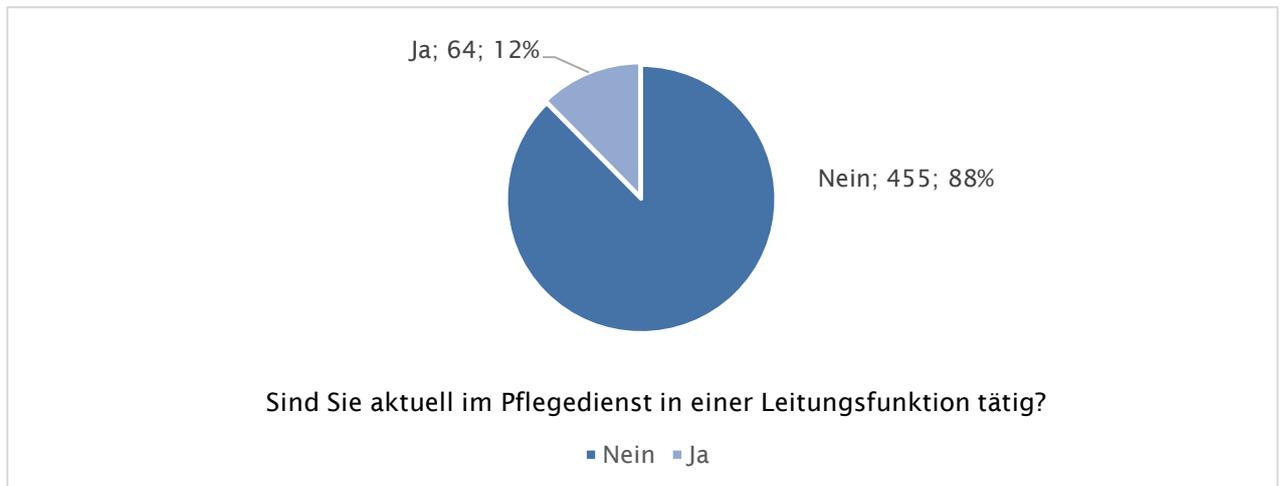


Abbildung 13: Leitungsfunktion

6.2.14 Führungsebene

39 (55%) der teilnehmenden Führungspersonen sind in der mittleren Führungsebene tätig, weitere 44% (31) in der unteren Ebene.

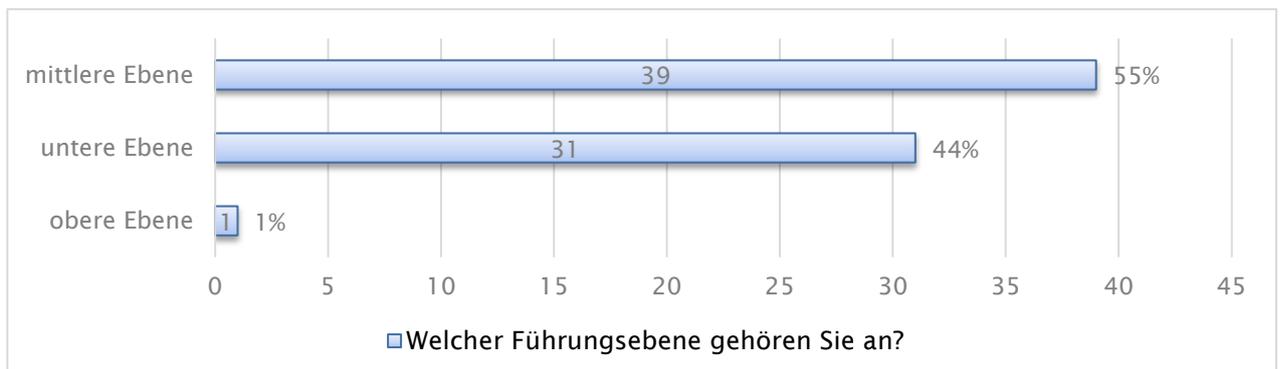


Abbildung 14: Führungsebene

6.2.15 Erfahrungsjahre Leitungsposition

26 (38%) der teilnehmenden Führungspersonen haben ihre Leitungsposition seit mehr als 10 Jahren inne. Ähnlich hoch ist die Anzahl (n=25; 37%) der Führungspersonen, die zwischen 1-4 Jahren diese Position innehaben.

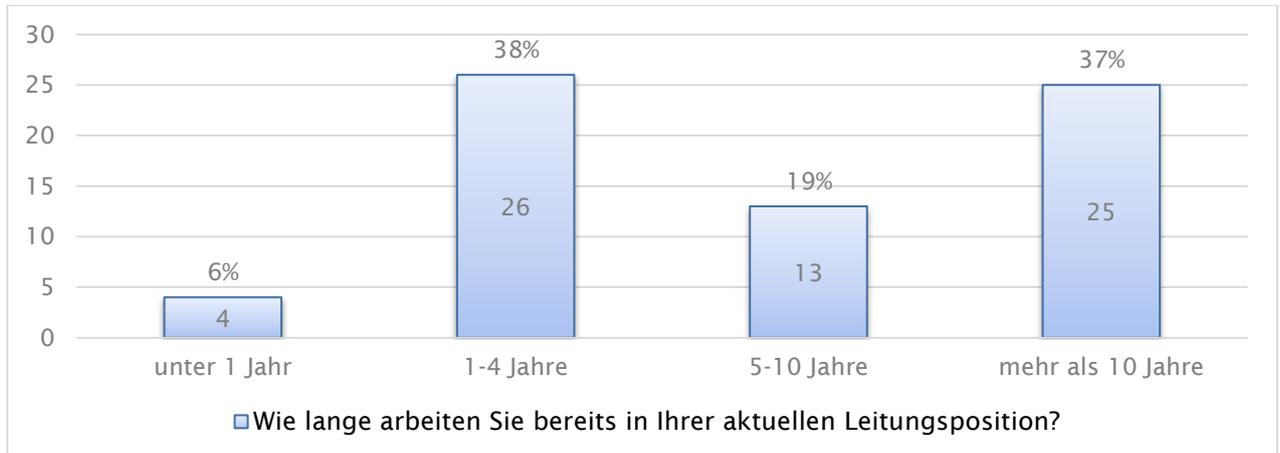


Abbildung 15: Erfahrungsjahre Leitungsposition

6.3 Fragen zu Aggression an Führungspersonen

6.3.1 Finanzielle Mittel für Prävention & Intervention

41 (55%) der Führungspersonen geben an, dass in ihrem Arbeitsbereich keine finanziellen Mittel in Präventions- / Interventionsmaßnahmen gegen Patienten- und Besucheraggression investiert wird.

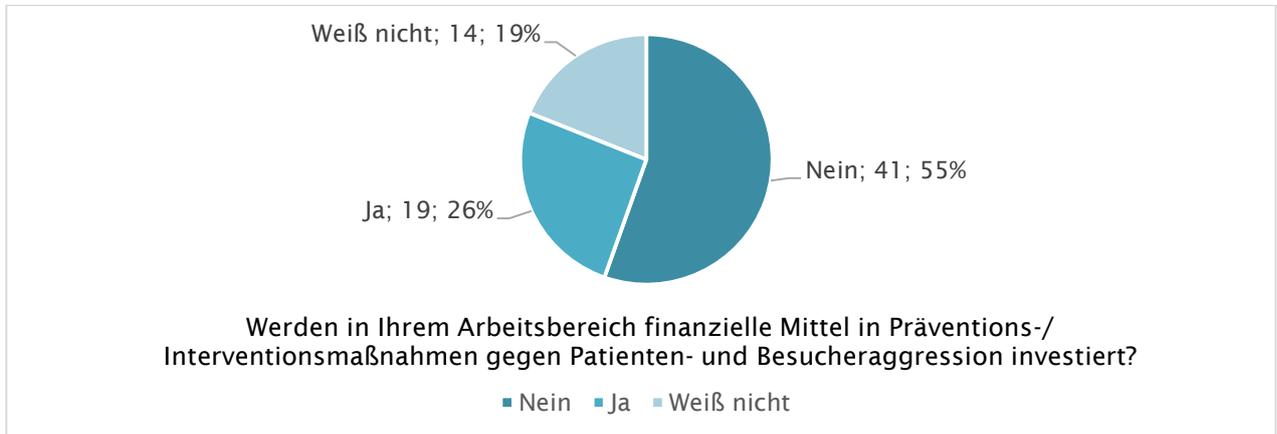


Abbildung 16: Finanzielle Mittel

6.3.2 Patienten- / Besucheraggression Institution

41% (29) der befragten Führungspersonen geben an, dass Patienten-/ Besucheraggression teilweise ein Thema in ihrer Institution sei. Weitere 27% geben an, dies sei ein Thema in ihrer Institution.

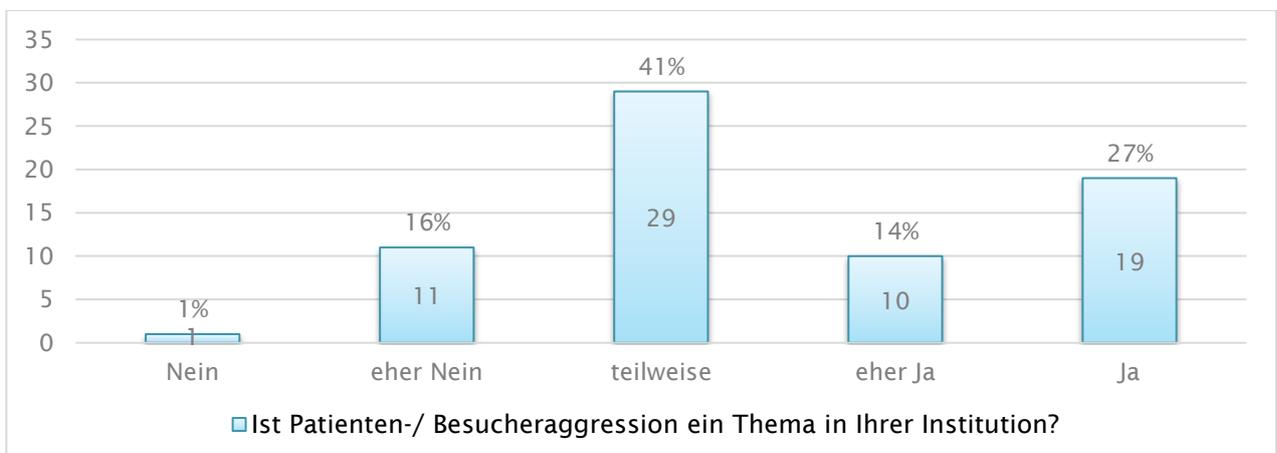


Abbildung 17: Patienten-/Besucheraggression Institution

6.3.3 Patienten- / Besucheraggression Arbeitsbereich

36% (25) der befragten Führungspersonen geben an, dass Patienten-/ Besucheraggression teilweise ein Thema in ihrem Arbeitsbereich (Station/Sektor) sei. Weitere 30% (21) sagen, dies sei ein Thema in ihrem Arbeitsbereich.

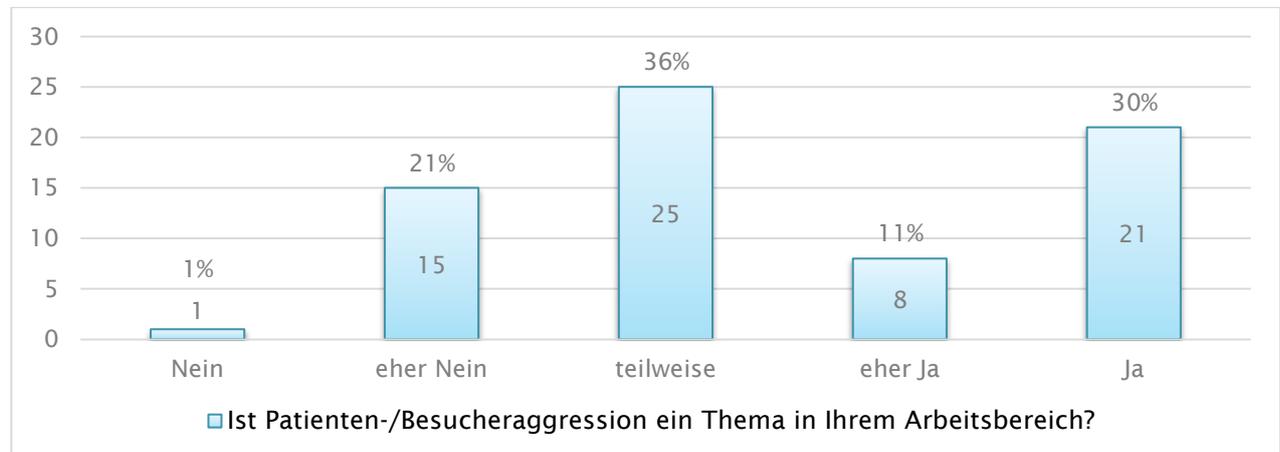


Abbildung 18: Patienten-/Besucheraggression Arbeitsbereich

6.3.4 Häufigkeit Aggressionsereignisse

Insgesamt 24% (17) der befragten Führungspersonen geben an, dass sie über die Häufigkeit von Aggressionsereignissen eher nicht bzw. nicht informiert sind.¹ Weitere 23% (16) äußern, teilweise informiert zu werden.

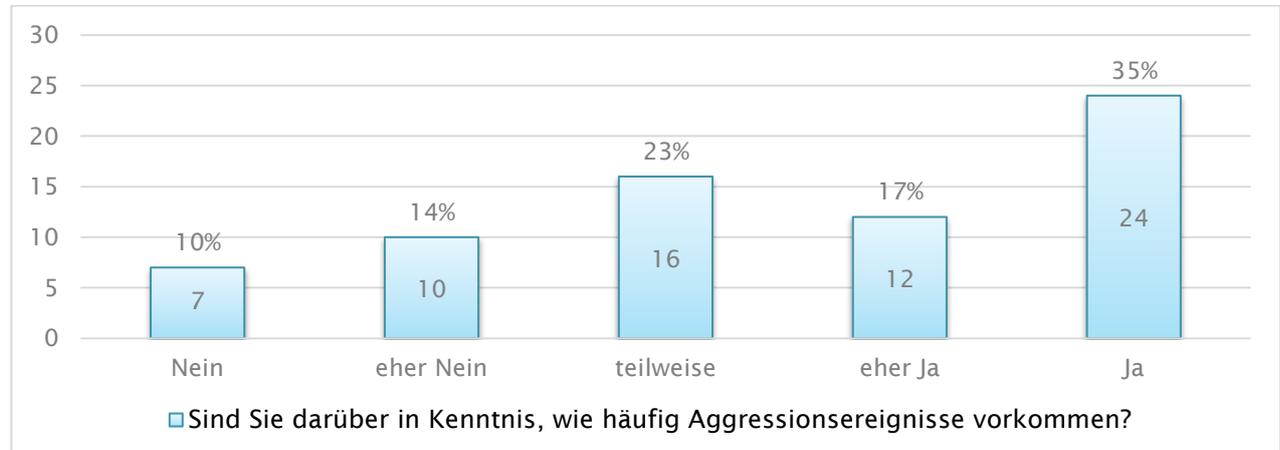


Abbildung 19: Häufigkeit Aggressionsereignisse

¹ In den nachfolgenden Daten werden eher die negativen Merkmale berichtet, damit diese dann für die Präventionsfragestellungen berücksichtigt werden können.

6.3.5 Ausreichende Information

27% (19) der befragten Führungspersonen geben an, dass sie eher nicht bzw. nicht über Aggressionsereignisse informiert werden. Weitere 20% (14) äußern, teilweise informiert zu werden.

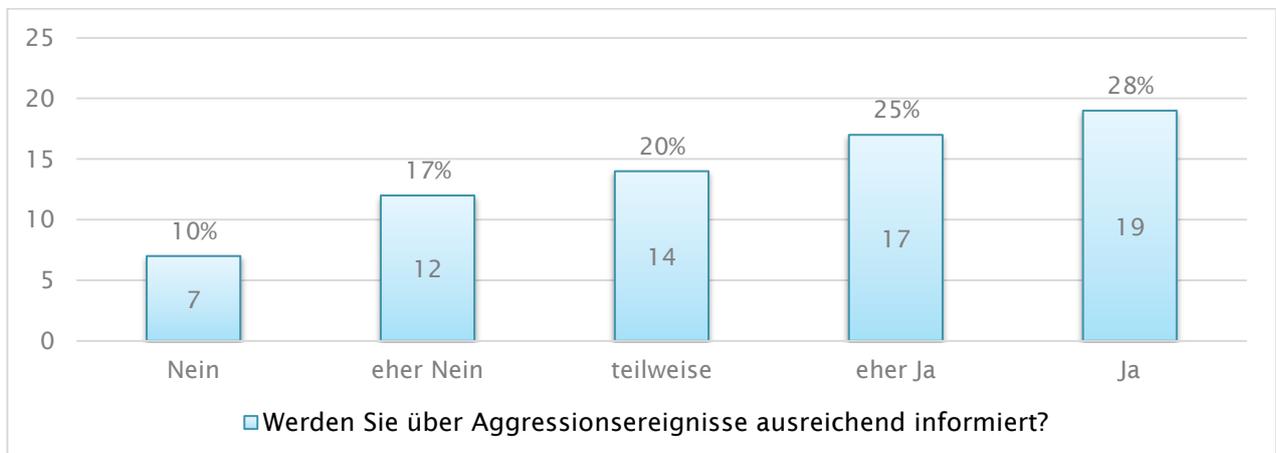


Abbildung 20: Ausreichende Information

6.3.6 Ausreichende Meldung

Insgesamt 41% (29) der befragten Führungspersonen geben an, dass Aggressionsereignisse von den betroffenen Fachpersonen eher nicht bzw. nicht ausreichend gemeldet werden.

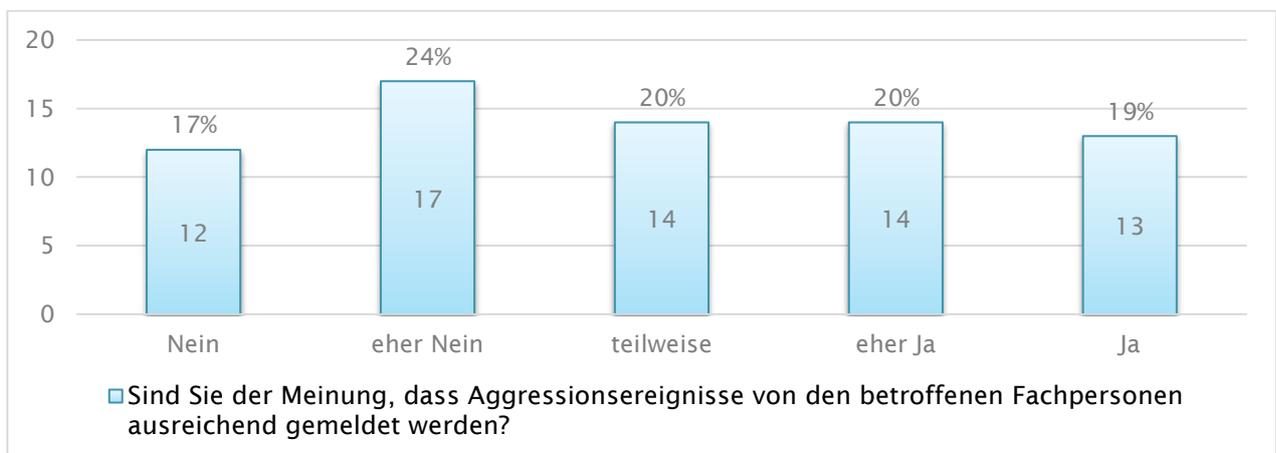


Abbildung 21: Ausreichende Meldung

6.3.7 Meldesystem

68% (48) der befragten Führungspersonen sind der Meinung, dass sie eher nicht bzw. nicht über ein ausreichendes Meldesystem verfügen, um Aggression gegen Mitarbeitende zu erfassen.

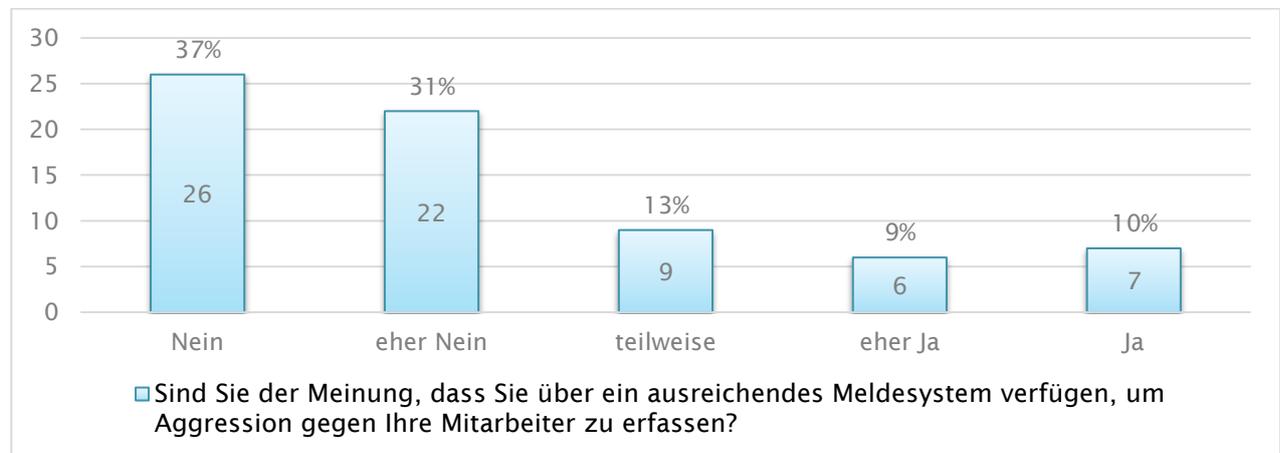


Abbildung 22: Meldesystem

6.3.8 Meldungen an Hierarchiestufe

54% (37) der befragten Führungspersonen sind der Meinung, dass Meldungen von Aggressionsereignissen eher nicht bzw. nicht bis auf die erforderliche Hierarchiestufe gelangen.

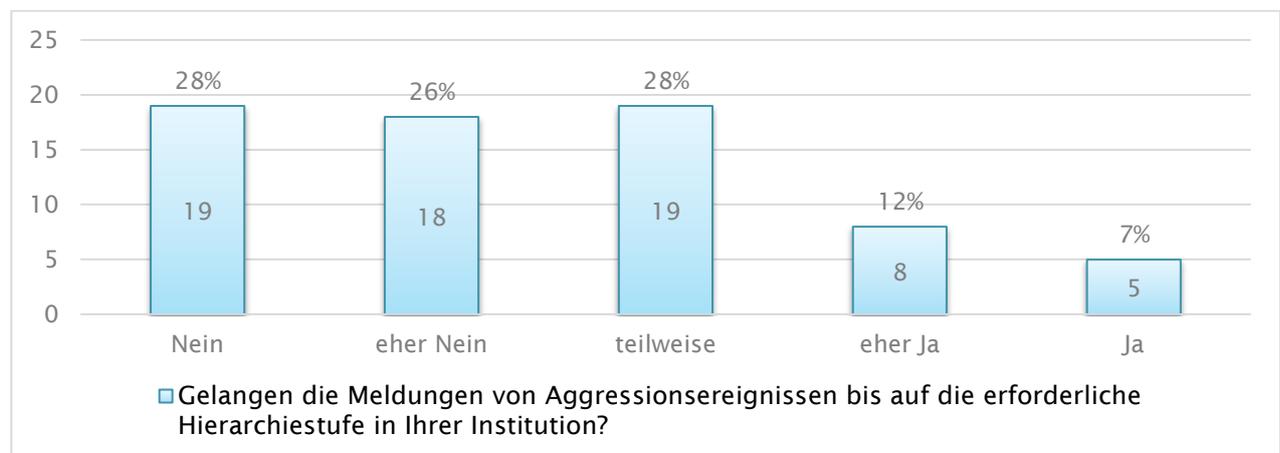


Abbildung 23: Meldungen an Hierarchiestufe

6.3.9 Ausreichende Unterstützung

34% (13) der Führungspersonen sind der Meinung, dass Mitarbeitende nach einem erlebten Aggressionsereignis eher keine ausreichende Unterstützung erhalten. Weitere 25% (17) sind sogar der Meinung, dass Mitarbeitende keine ausreichende Unterstützung erhalten.

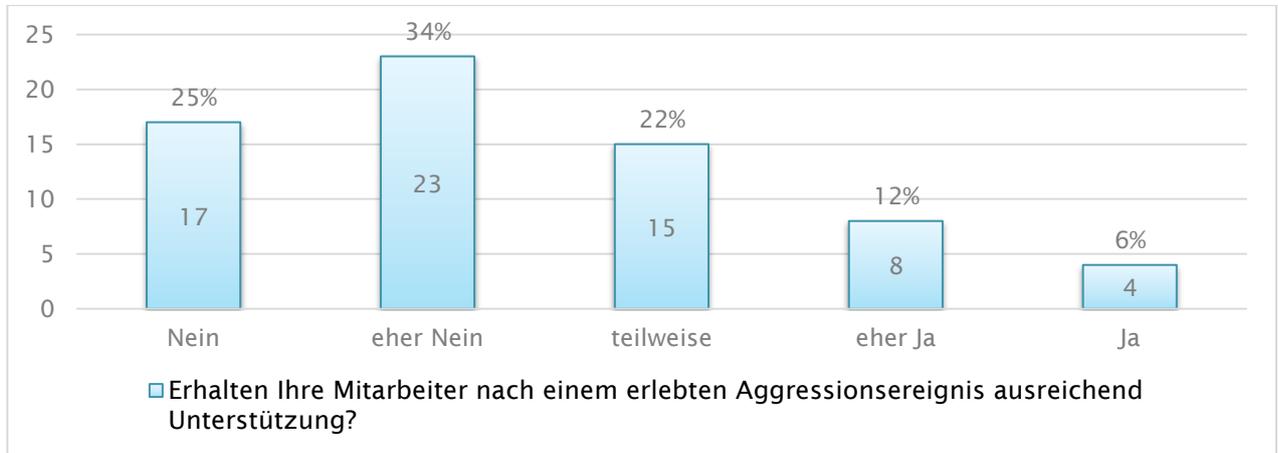


Abbildung 24: Ausreichende Unterstützung

6.4 Erfahrungen mit Patienten- und Angehörigenaggression Gesamt

In der Übersicht wird deutlich, dass ein erheblicher Anteil der Fachpersonen primär verbale, jedoch auch körperliche Aggressionen durch Patient(inn)en und Angehörige erlebt hat. In der Woche vor der Erhebung sind 9 Prozent der Teilnehmenden physisch angegriffen worden.

Aggression	Quelle	Letztes Jahr	Letzte Woche
Verbal	Patient(in)	47% (267)	20% (115)
Verbal	Angehörige	45% (255)	17% (96)
Physisch	Patient(in)	18% (104)	9% (50)
Physisch	Angehörige	5% (29)	3% (17)

Stichprobengrösse = 567

Tabelle 1: Häufigkeit Aggression

6.5 Erfahrungen mit Patienten- und Angehörigenaggression im letzten Jahr

6.5.1 Verbaler und/oder körperlicher Angriff im letzten Jahr

Die Mehrheit der Befragten (n=322; 62%) gibt an, in den letzten 12 Monaten verbalen und / oder körperlichen Angriffen von Patient(inn)en/Besuchern ausgesetzt gewesen zu sein.

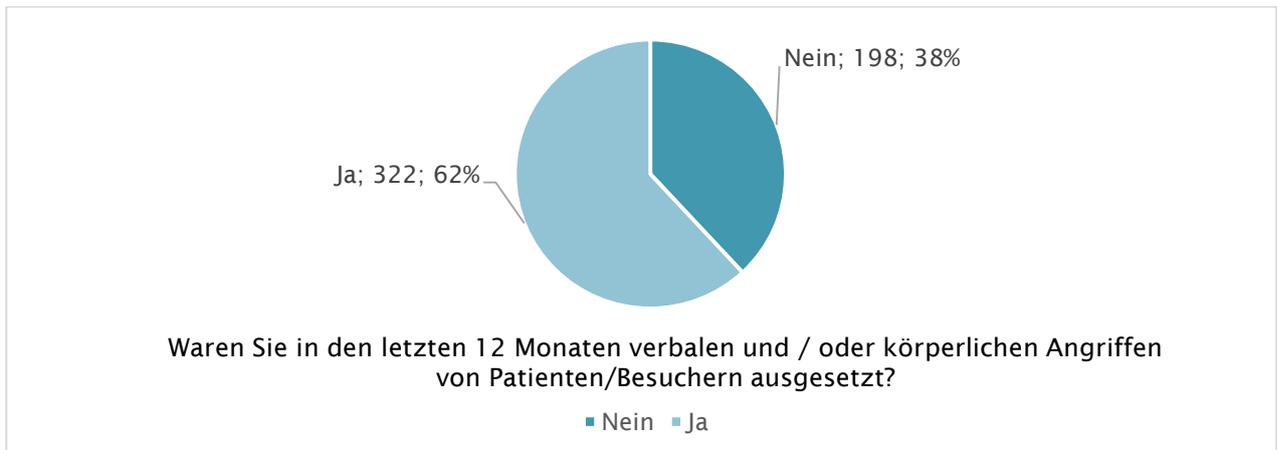


Abbildung 25: Verbal und/oder körperlicher Angriff im letzten Jahr

6.5.2 Verbaler Angriff im letzten Jahr

305 (94%) der körperlich und/oder verbal angegriffenen Gesundheitsfachpersonen gaben an, von Patient(inn)en und / oder Angehörigen verbal angegriffen worden zu sein.

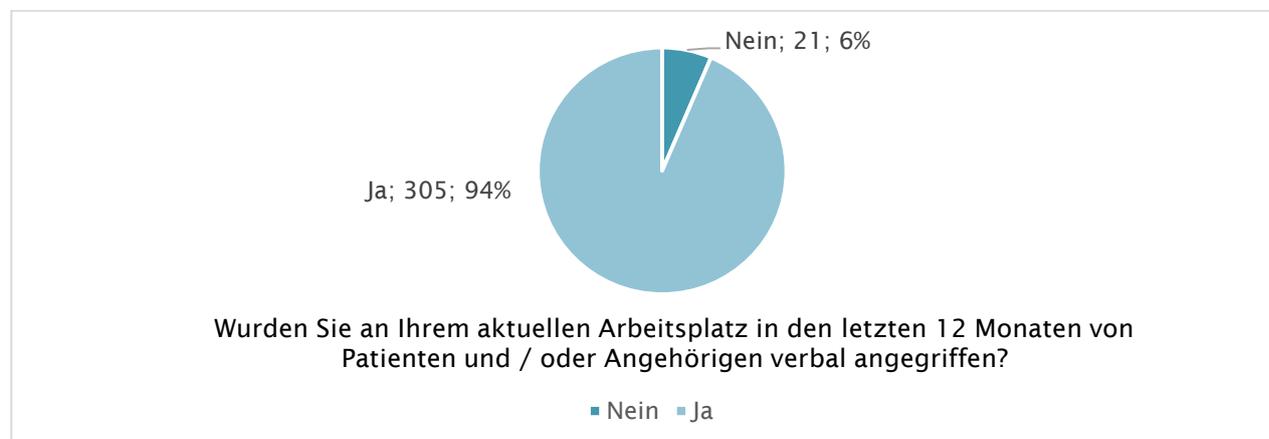


Abbildung 26: Verbaler Angriff im letzten Jahr

6.5.3 Quelle und Häufigkeit der verbalen Aggression

27% (n=73) der verbal Angegriffenen gaben an mehr als 11 bzw. 20 Mal verbal von Patient(inn)en angegriffen worden zu sein.

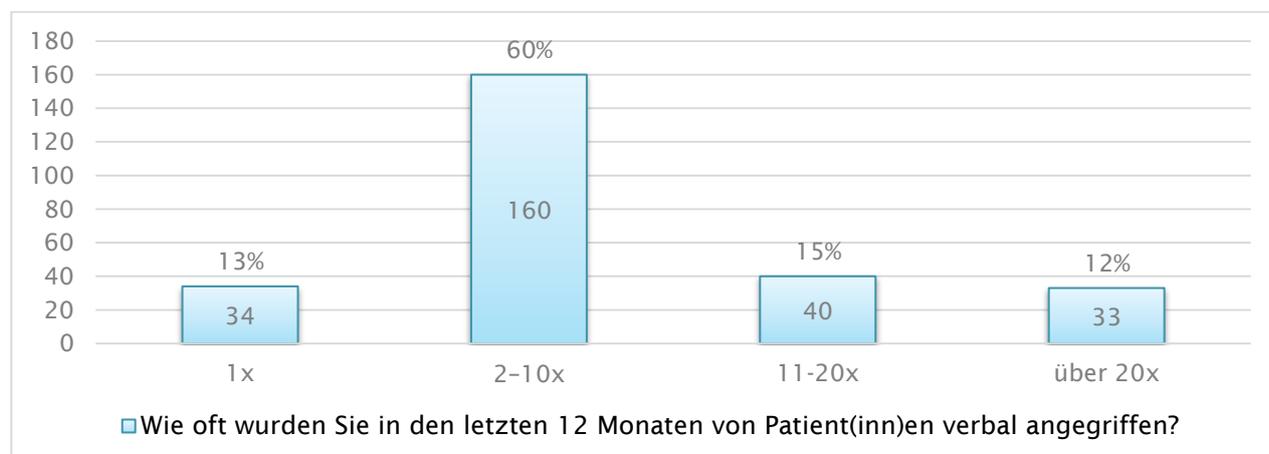


Abbildung 27: Quelle und Häufigkeit Beschimpfungen Patient

6.5.4 Beschimpfungen von Angehörigen

57% (146) der verbal Angegriffenen gaben an, zwischen 2 bis 10 Mal in den letzten 12 Monaten verbal von Angehörigen angegriffen worden zu sein, während 25% der Teilnehmenden mehr als 11 bzw. 20 Mal von Angehörigen beschimpft worden sind.

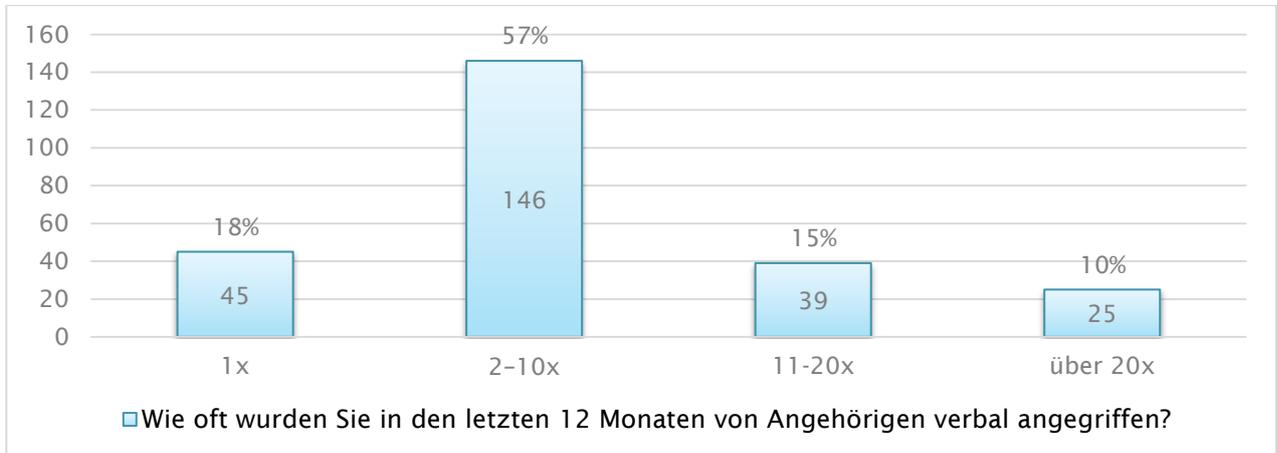


Abbildung 28: Quelle und Häufigkeit Beschimpfungen Angehörige

6.5.5 Körperlicher Angriff im letzten Jahr

103 (23%) der befragten Gesundheitsfachpersonen gaben an, von Patient(inn)en und / oder Angehörigen körperlich angegriffen worden zu sein.

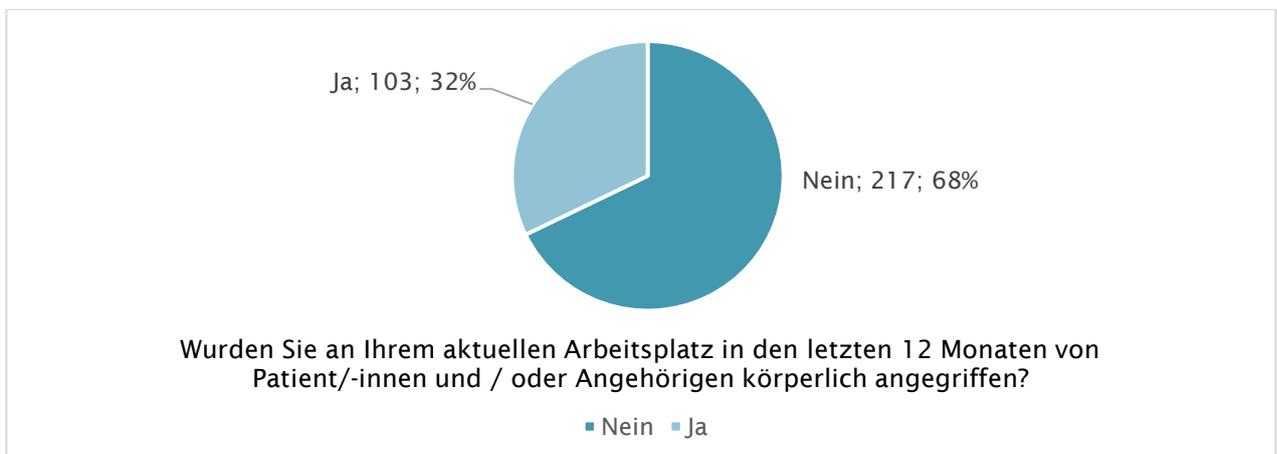


Abbildung 29: Körperlicher Angriff im letzten Jahr

6.5.6 Körperliche Angriffe von Patient(inn)en

Die Mehrheit (64%) der körperlich angegriffenen Teilnehmenden gab an zwischen 2 bis 10 Mal in den letzten 12 Monaten körperlich von Patient(inn)en angegriffen worden zu sein, während 12% der Teilnehmenden mehr als 11 bzw. mehr als 20 mal körperlich angegriffen worden sind.

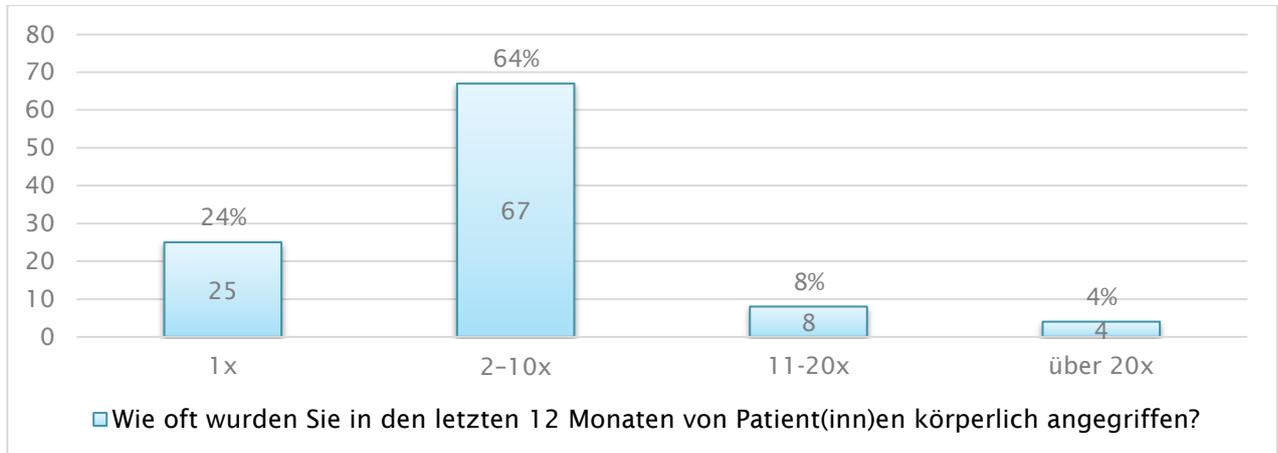


Abbildung 30: Quelle und Häufigkeit körperliche Angriffe Patient

6.5.7 Körperliche Angriffe von Angehörigen

16 der körperlich angegriffenen Teilnehmenden gaben an, einmal in den letzten 12 Monaten körperlich von Angehörigen angegriffen worden zu sein. 12 gaben an, zwischen 2 bis 10 Mal von Angehörigen körperlich angegriffen worden zu sein.

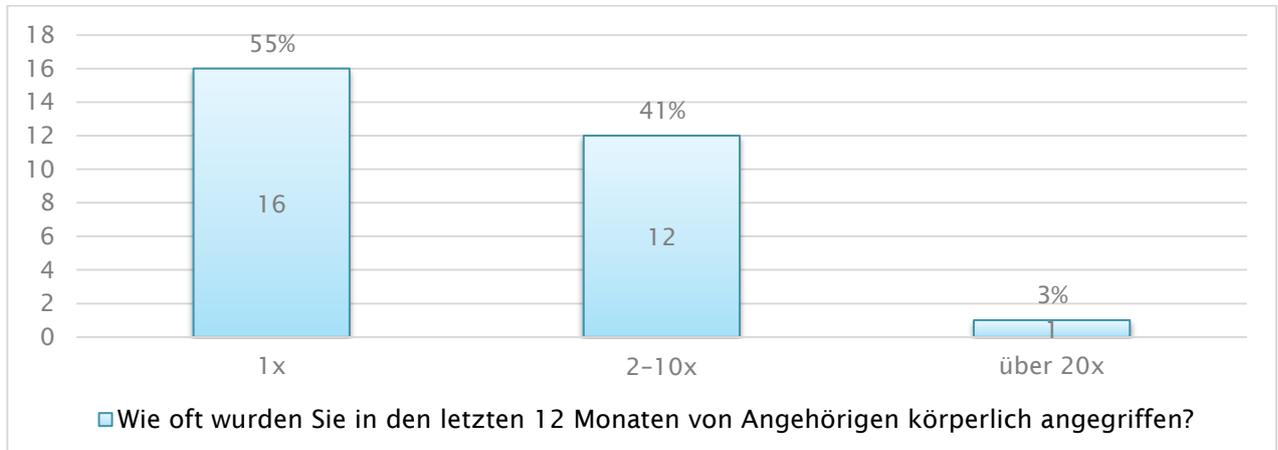


Abbildung 31: Quelle und Häufigkeit körperliche Angriffe Angehörige

6.6 Erfahrungen mit Patient(inn)en und Angehörigenaggression in der letzten Woche

6.6.1 Verbaler und/oder körperlicher Angriff in der letzten Woche

132 (41%) der Teilnehmenden gaben an, in der letzten Woche verbal und/oder körperlich von Patient(inn)en oder Besuchern angegriffen worden zu sein.

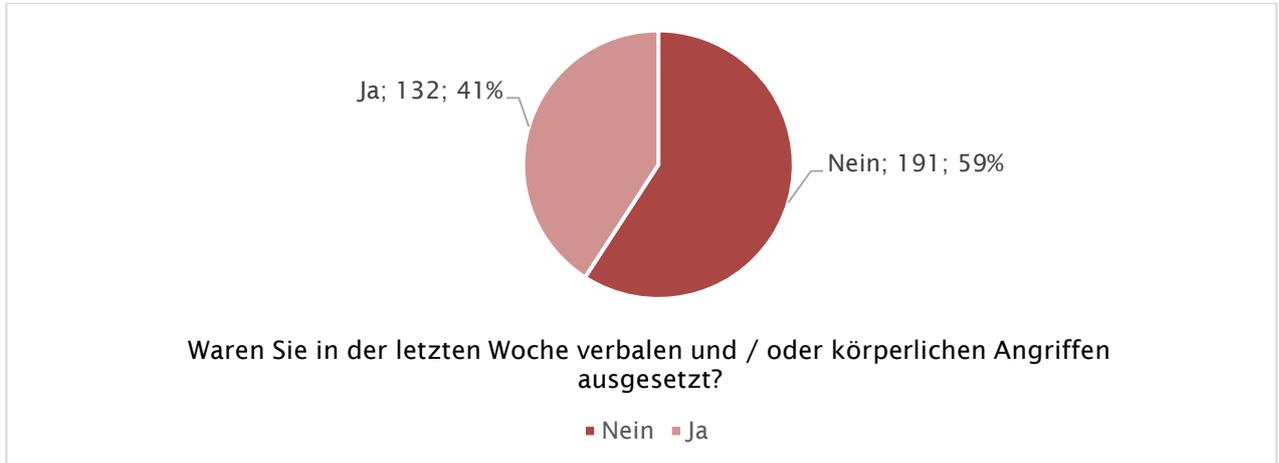


Abbildung 32: Verbaler und/oder körperlicher Angriff die letzte Woche

6.6.2 Verbale Aggression von Patient(inn)en in der letzten Woche

59 der Teilnehmenden wurden dabei 2 bis 5 Mal in der letzten Woche von PatientInnen verbal angegriffen, bei 27 Personen war dies zudem mehr als 5 Mal.

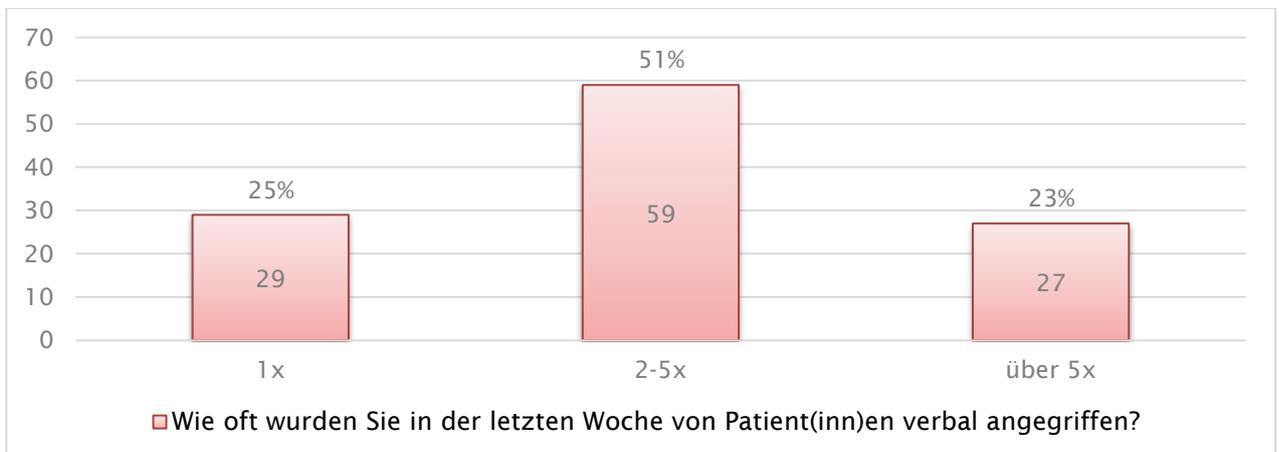


Abbildung 33: Verbale Aggression von Seiten Patient die letzte Woche

6.6.3 Verbale Aggression von Angehörigen in der letzten Woche

44 Teilnehmende wurden von Angehörigen 2 bis 5 Mal verbal angegriffen in der letzten Woche und 24 Personen zudem mehr als 5 Mal.

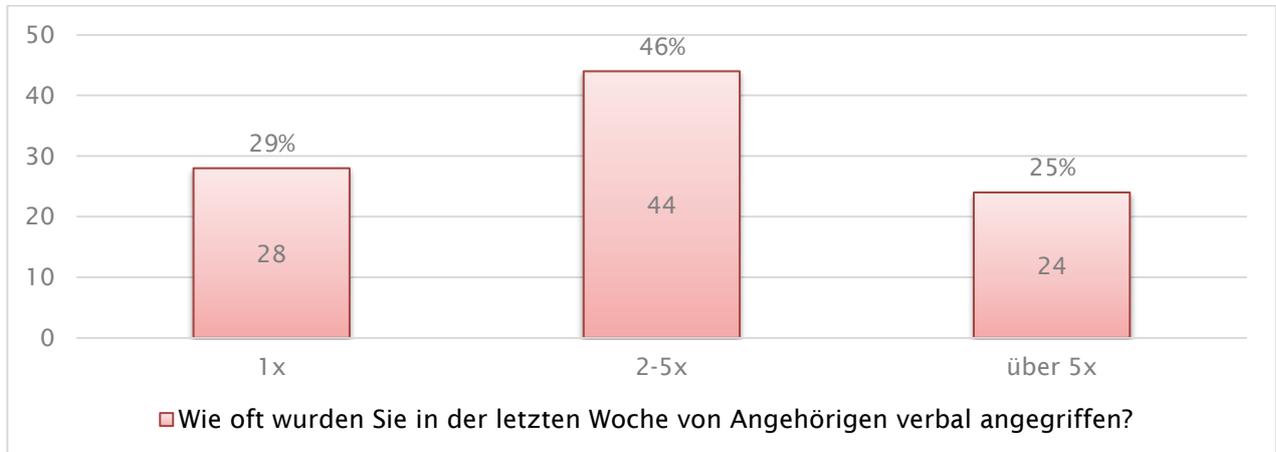


Abbildung 34: Verbale Aggression von Seiten Angehörige die letzte Woche

6.6.4 Körperliche Aggression von Patient(inn)en in der letzten Woche

44% der in der letzten Woche angegriffenen Gesundheitsfachpersonen wurden 2-5-mal von Patient(inn)en körperlich angegriffen, 8% zudem mehr als 5-mal.

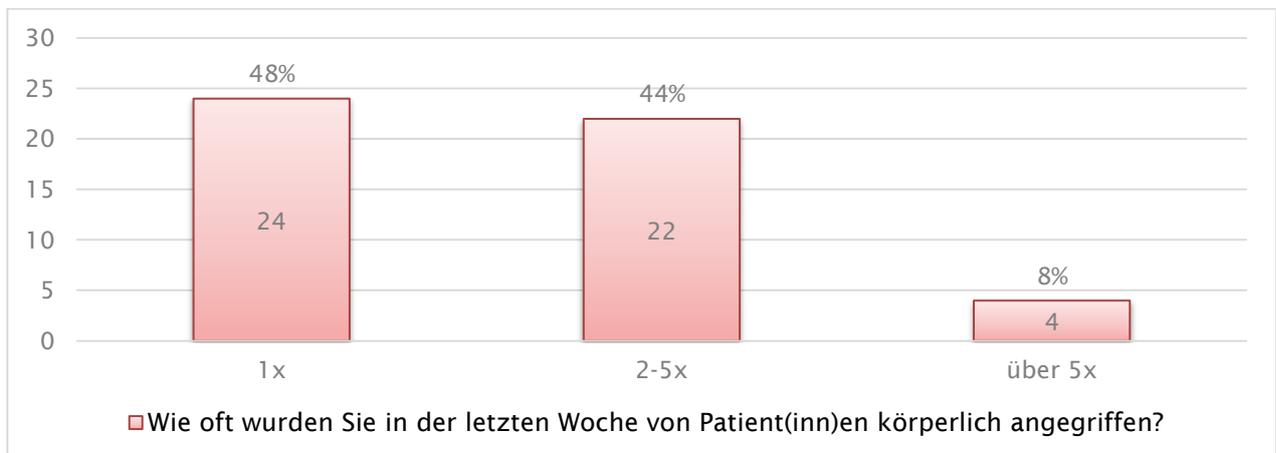


Abbildung 35: Körperliche Aggression von Seiten Patient die letzte Woche

6.6.5 Körperliche Aggression von Angehörigen in der letzten Woche

15 der in der letzten Woche angegriffenen Gesundheitsfachpersonen wurden einmal von Angehörigen körperlich angegriffen.

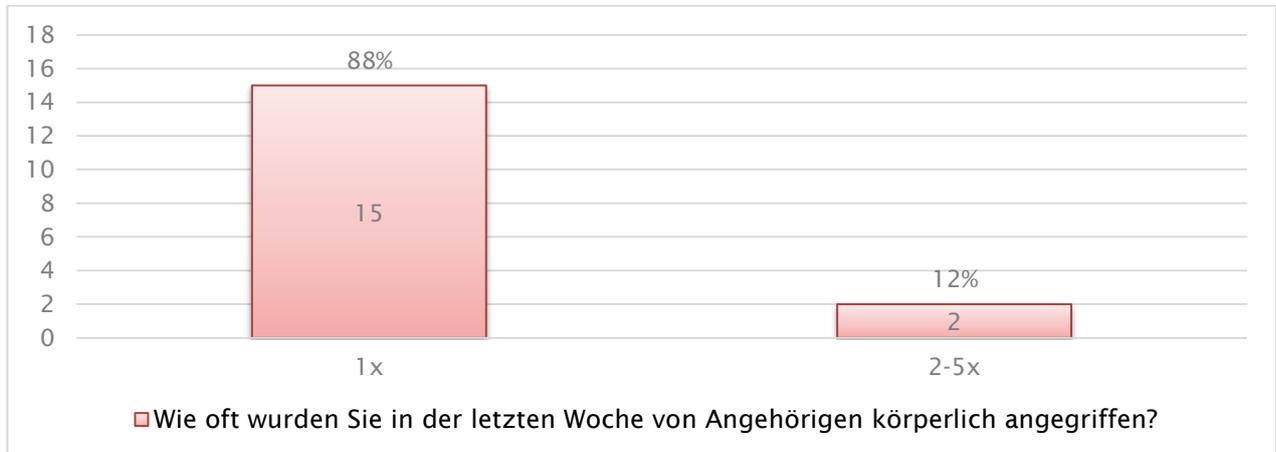


Abbildung 36: Körperliche Aggression von Seiten Angehörige die letzten Wochen

6.6.6 Medizinische Hauptdiagnose

Wie sich hier zeigt, litten aggressive Patient(inn)en in den häufigsten Fällen (25%) an einer psychischen Erkrankung und/oder eine Verhaltensstörung.

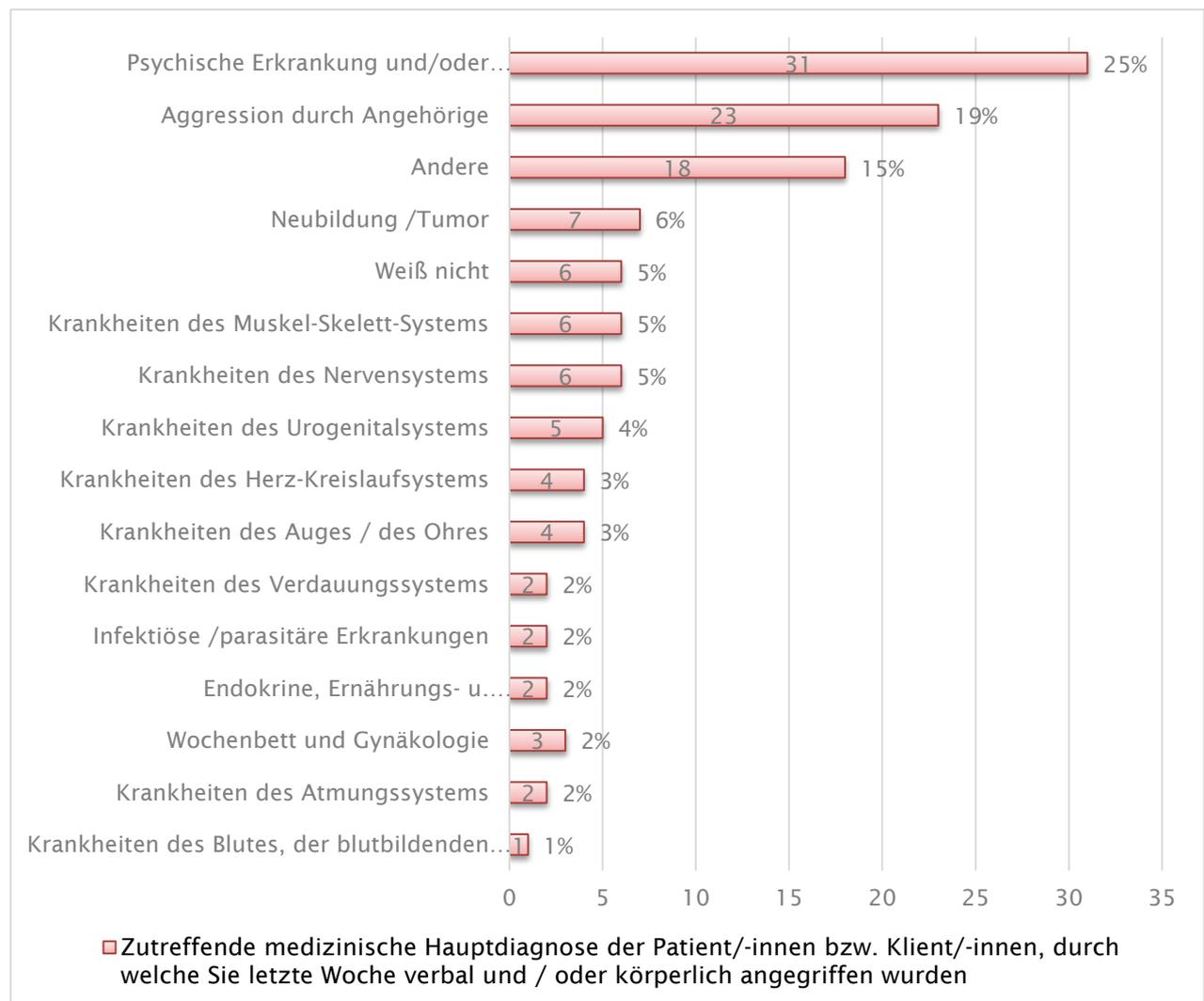


Abbildung 37: Medizinische Hauptdiagnose

6.6.7 Weitere psychische Erkrankung

48% (16) der an einem Übergriff beteiligten Patient(inn)en hatten neben der Hauptdiagnose eine Demenz diagnostiziert und 24% (8) ein Delirium.

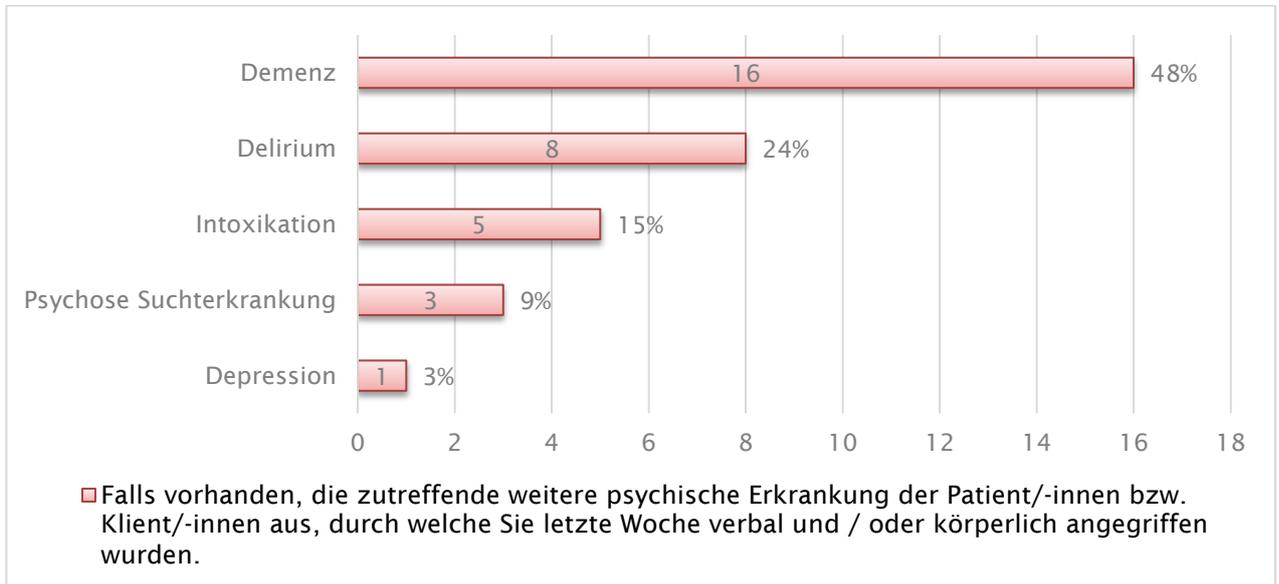


Abbildung 38: Weitere psychische Erkrankung

6.6.8 Tätigkeit während Aggressionsereignissen mit Patient(inn)en

Die meisten Angriffe von Patient(inn)en in der letzten Woche geschahen während medizinischer Maßnahmen mit Patientenkontakt (49; 21%).

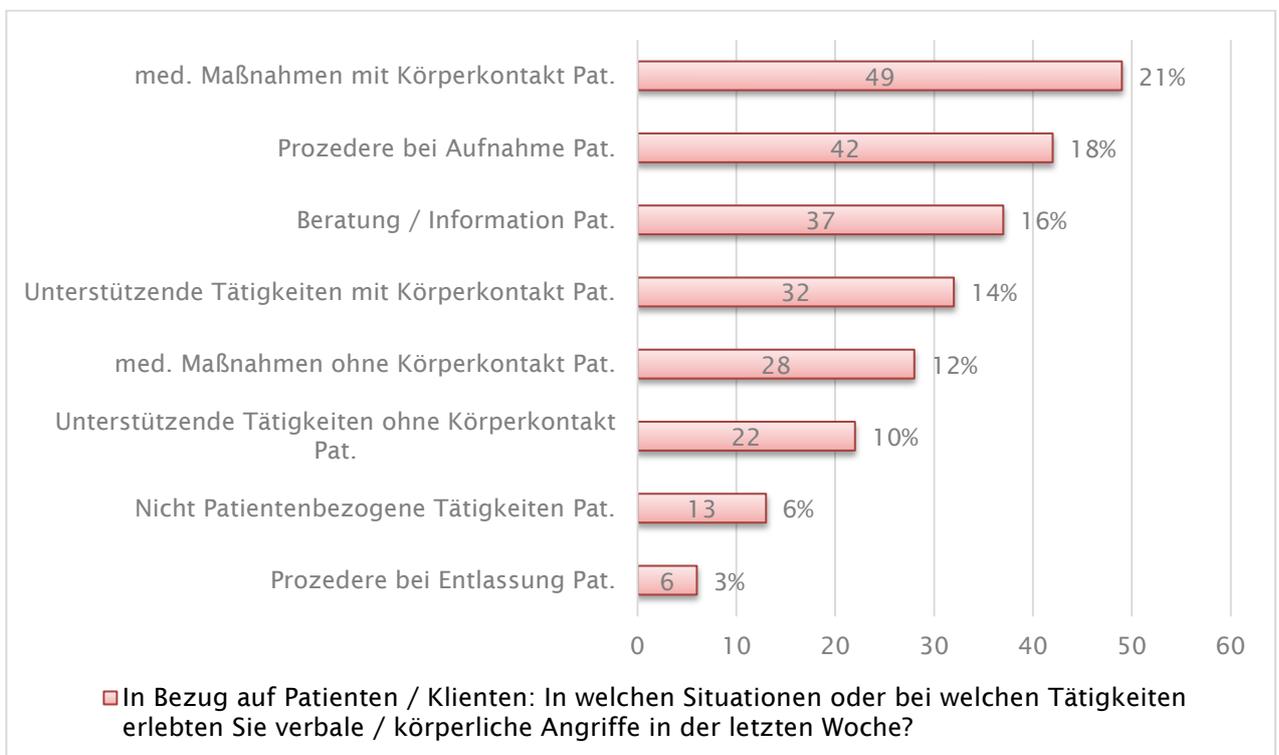


Abbildung 39: Tätigkeit während der Angriffe Patient

6.6.9 Tätigkeit während Aggressionsereignissen mit Angehörigen

Die meisten Angriffe von Angehörigen in der letzten Woche geschahen während der Beratung und Informationsgabe (n=40; 26.5%) und bei der Aufnahme (n=53; 28%).

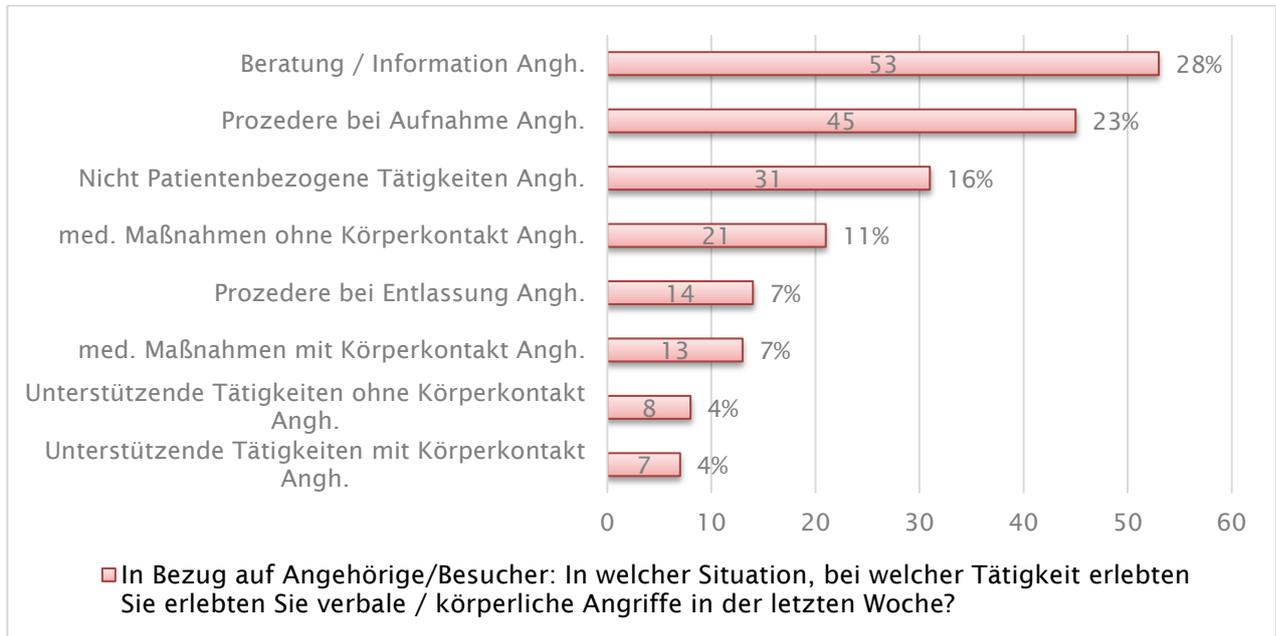


Abbildung 40: Tätigkeit während der Angriffe Angehörige

6.6.10 Auslöser der Aggressionsereignissen

16% (87) der Befragten sind der Meinung, dass das aggressive Verhalten auf das Unverständnis der Situation zurückzuführen sei und 13% (71) auf die Überforderung in der Situation.

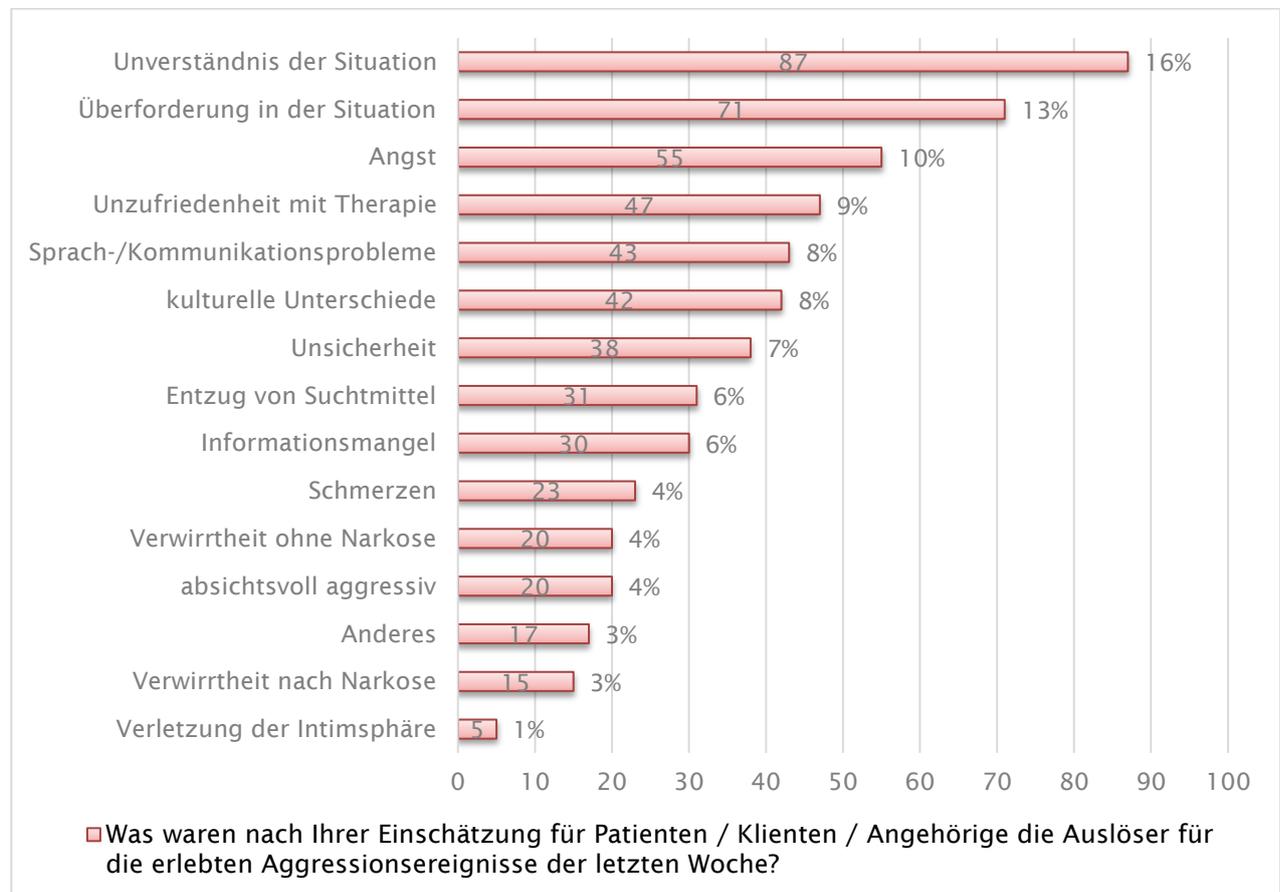


Abbildung 41: Auslöser der Aggressionsereignisse

6.6.11 Weitere Auslöser

Weiterer Auslöser der Aggressionen könnte nach Angaben 33% (77) der Gesundheitsfachpersonen die Wartezeit sein. Auch die fehlende Zeit für Personen wird von 29% (67) als möglichen Auslöser genannt.

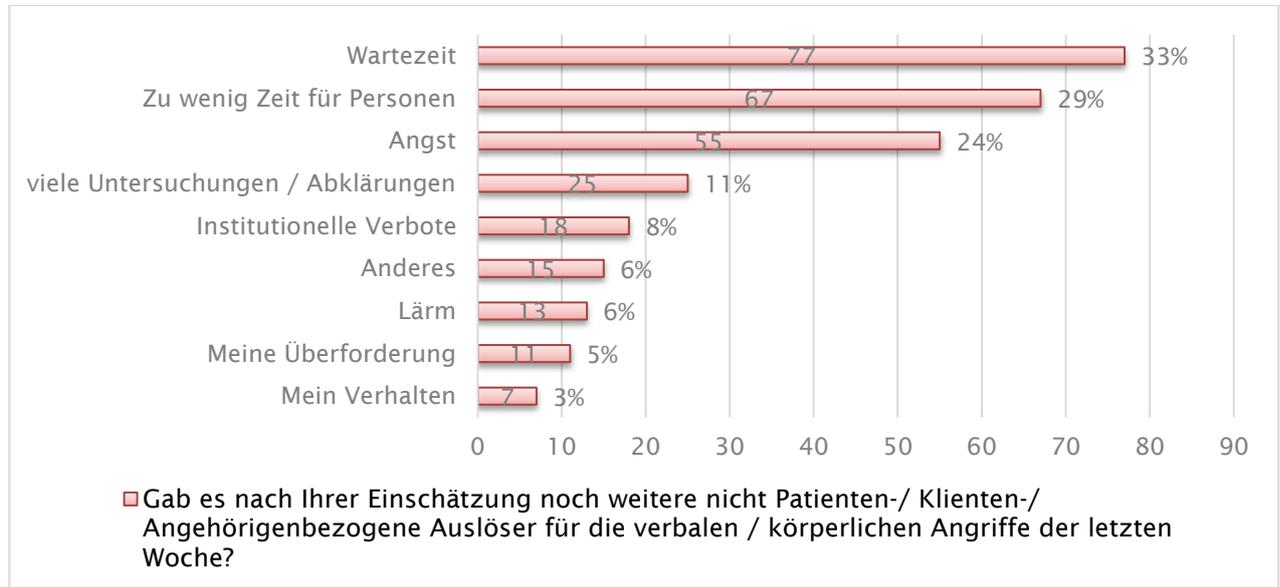


Abbildung 42: weitere Auslöser

6.6.12 Reaktion auf Aggressionsergebnisse

23% (75) der involvierten Gesundheitsfachpersonen reagierten mit einem beruhigenden Gespräch auf die Aggression. Knapp gefolgt von einem informierendem Gespräch (65; 20%).

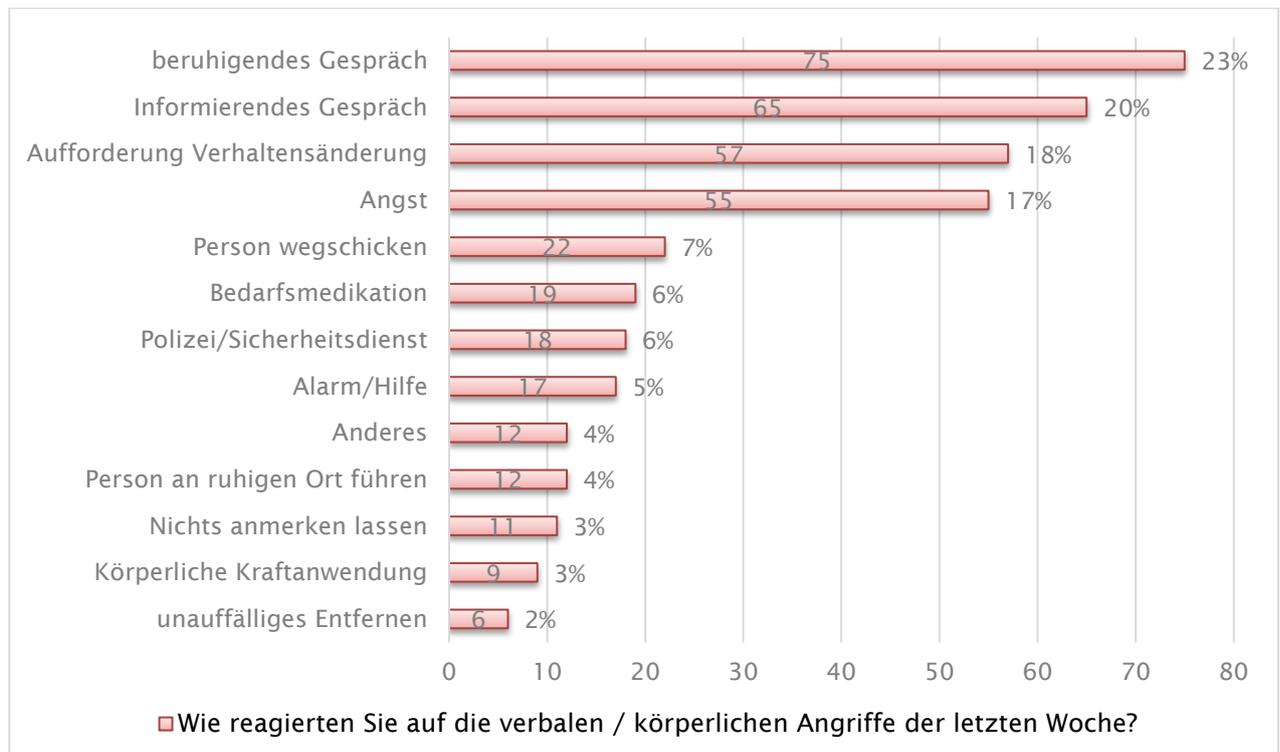


Abbildung 43: Reaktion auf Aggressionsergebnisse

6.6.13 Längerfristige Interventionen

47% (73) der Gesundheitsfachpersonen gaben an, keine längerfristigen Interventionen aufgrund der Aggressionen veranlasst zu haben. Sedierende Medikation (20; 12%) und Mechanische Fixierung (16; 10%) waren die beiden am häufigsten genannten Interventionen.

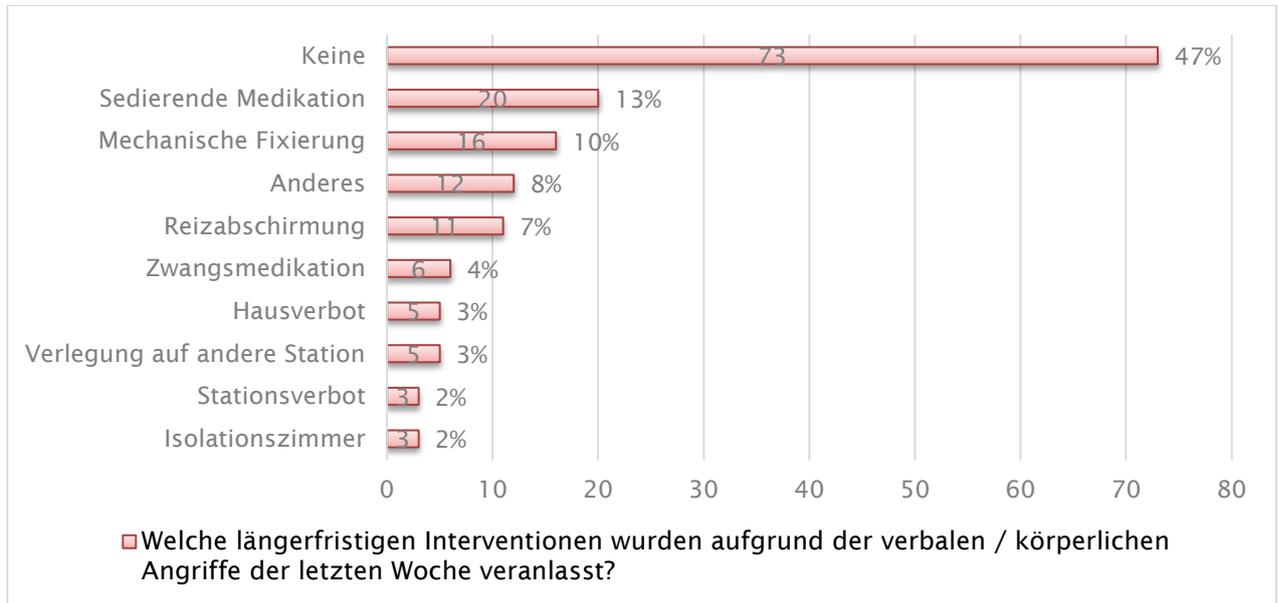


Abbildung 44: Längerfristige Interventionen

6.6.14 Krankmeldung aufgrund der Angriffe

Bei 18 (6%) Gesundheitsfachpersonen führten die Angriffe zu Krankmeldungen.



Abbildung 45: Krankmeldung

6.6.15 Anzahl Abwesenheitstage im letzten Jahr

7 (47%) der Personen, die sich aufgrund der Aggression krankgemeldet hatten im letzten Jahr, fehlten 2 bis 3 Arbeitstage.

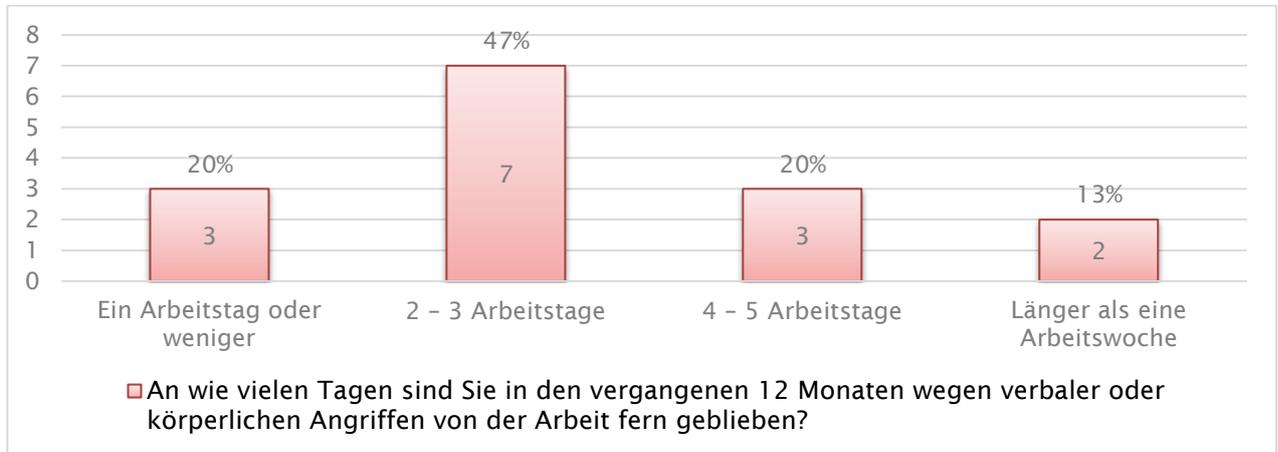


Abbildung 46: Anzahl Tage abwesend im letzten Jahr

6.6.16 Emotionale Auswirkungen nach verbaler Aggression

Knapp die Hälfte (n=141; 45%) des Personals, welches verbale Aggression erlebt hat, beurteilt die Aggressionen als mäßig belastend. Weitere 23% schätzen die Belastung sogar als stark und 3% als sehr stark ein.

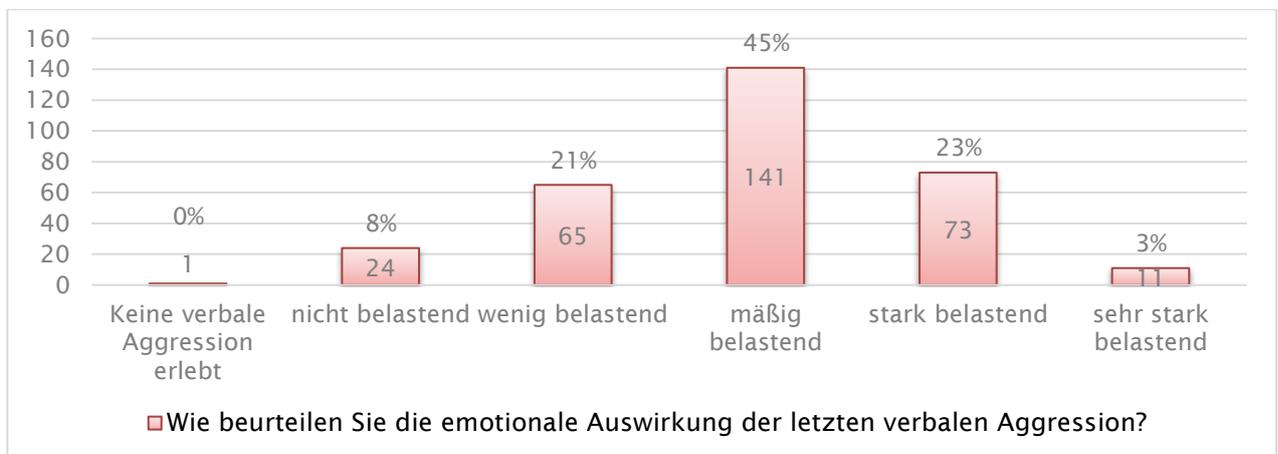


Abbildung 47: emotionale Auswirkung verbal

6.6.17 Körperliche Verletzungen nach körperlichem Angriff

Die Mehrheit (n=91; 28%) der Gesundheitsfachpersonen, welche körperliche Aggression erlebt hatten geben an, keine körperlichen Verletzungen erfahren zu haben. 14% (44) geben an, kleinere körperliche Verletzungen erfahren zu haben.

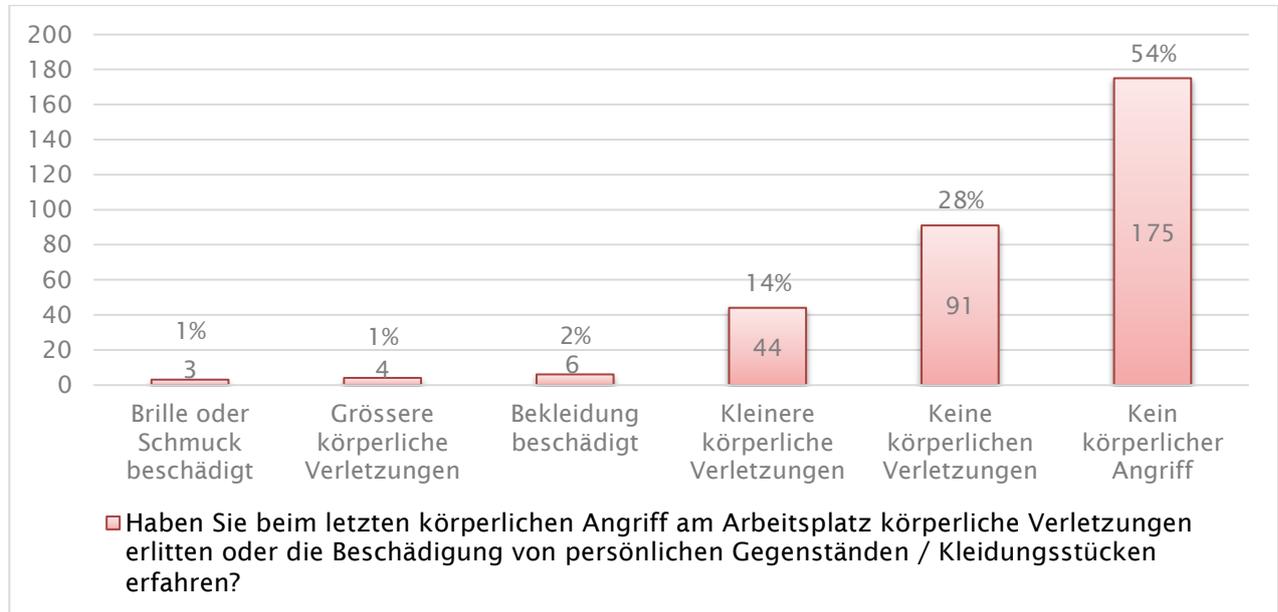


Abbildung 48: Verletzungen

6.6.18 Emotionale Auswirkungen der körperlichen Aggression

Während 37% der befragten Gesundheitsfachpersonen die emotionale Belastung nach einem Aggressionsereignis als mäßig belastend bewerteten, empfanden dies 19 % der Teilnehmenden als stark und 5% als sehr stark belastend.

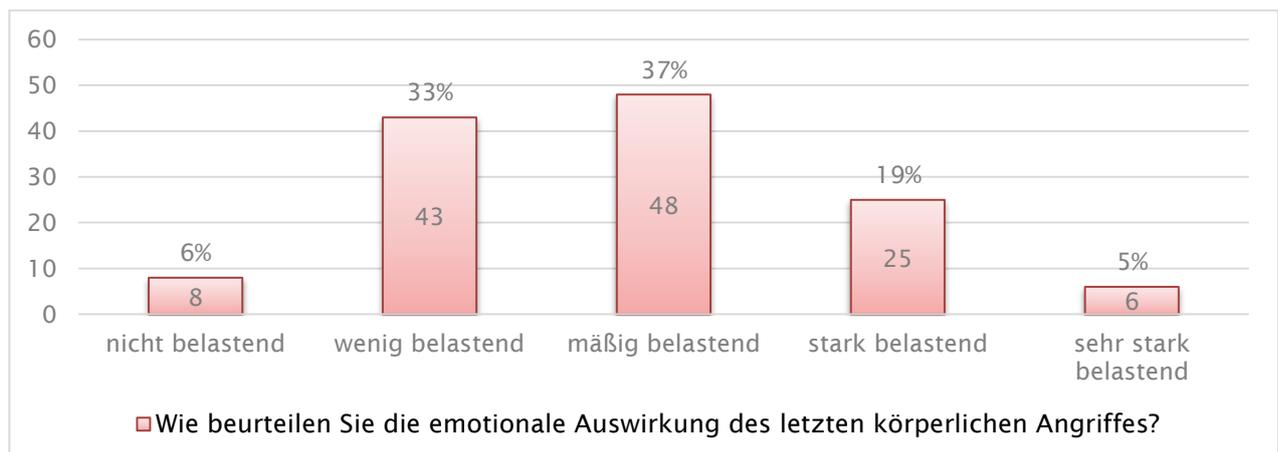


Abbildung 49: emotionale Auswirkung körperlich

6.7 Meldesystem / Richtlinien / Institutionelle Interventionen gegen Aggression

6.7.1 Unterstützende Maßnahmen

Am häufigsten wurde als unterstützende Maßnahme ein Gespräch mit Teamkolleg(inn)en genannt (n=193; 37%).

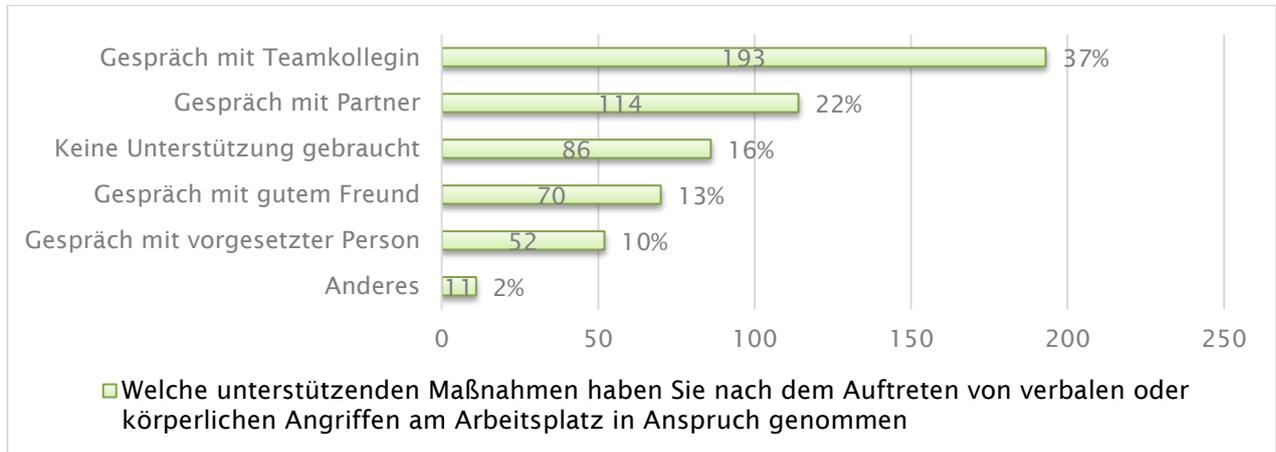


Abbildung 50: Unterstützende Maßnahmen

6.7.2 Dokumentation

Die Aggressionsereignisse wurden zu 50% (263) im Verlaufs-/Pflegebericht dokumentiert. 35% (188) der Ereignisse wurden nicht dokumentiert.

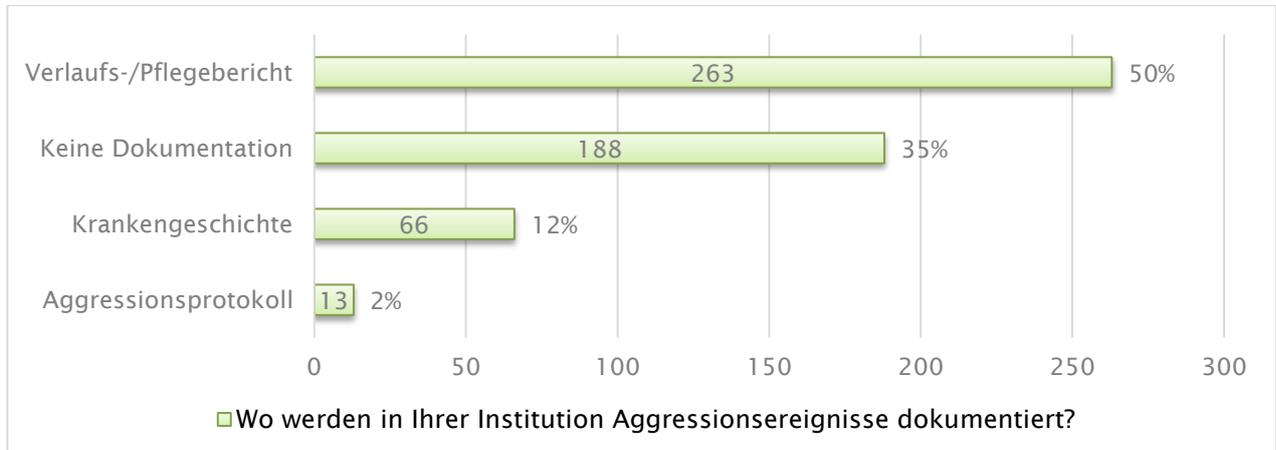


Abbildung 51: Dokumentation

6.7.3 Offizielles Meldesystem

50% des Personals weiß nicht ob es ein offizielles Meldesystem für Aggressionsereignisse gibt und 41% verneint es.

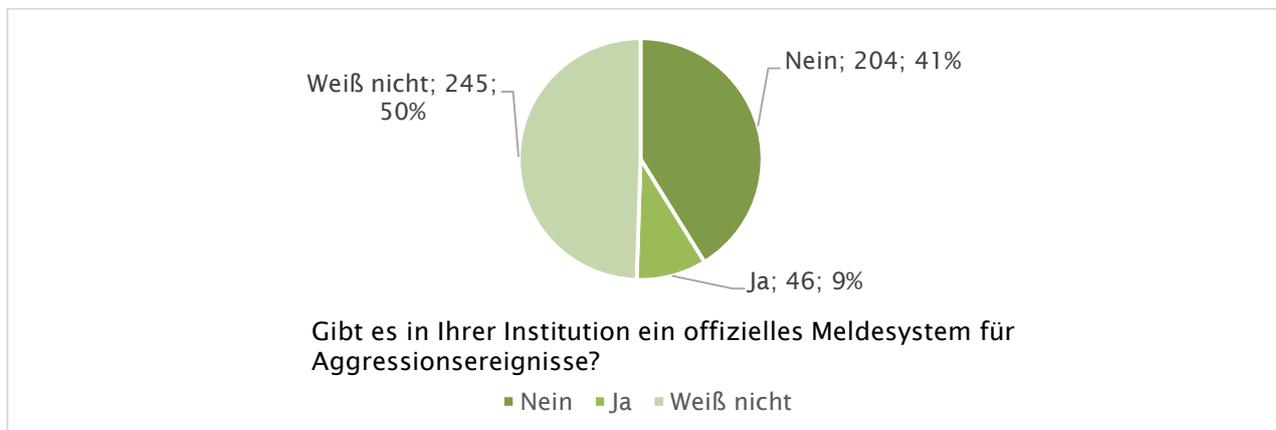


Abbildung 52: Offizielles Meldesystem

6.7.4 Anzahl offizielle Meldungen

Die Mehrheit des Personals, welches angibt es gäbe ein offizielles Meldesystem, hat bisher keine Ereignisse gemeldet (n=31; 60%). 23% (12) des Personals hat wenige Ereignisse gemeldet.

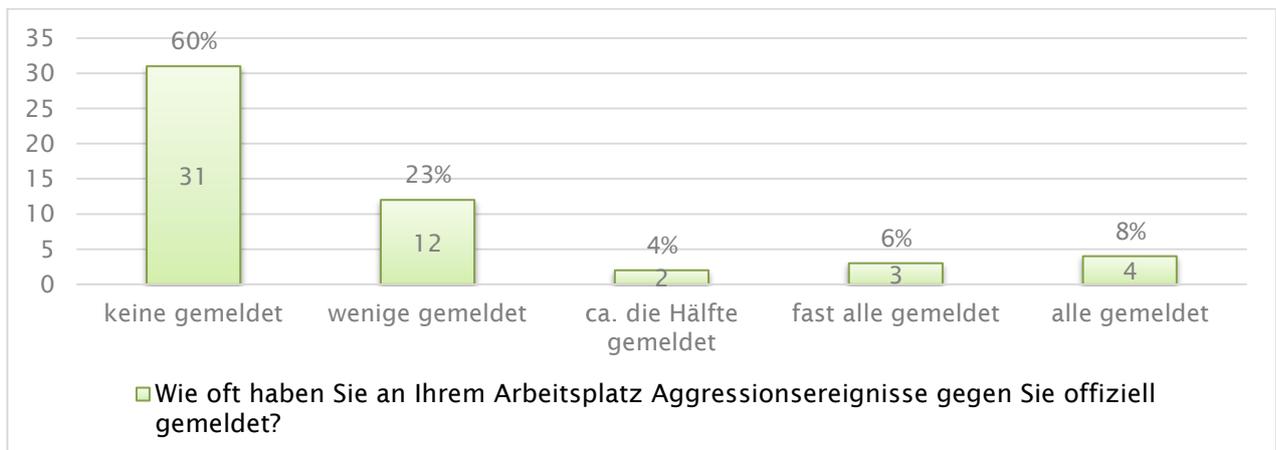


Abbildung 53: Anzahl offizielle Meldungen

6.7.5 Standards / Richtlinien

48% (232) des Personals weiß nicht, ob es in der Institution Standards / Richtlinien zum Umgang mit Patienten- / Besucheraggression gibt. Weitere 37% (183) geben an, dass es keine Standards oder Richtlinien gibt.

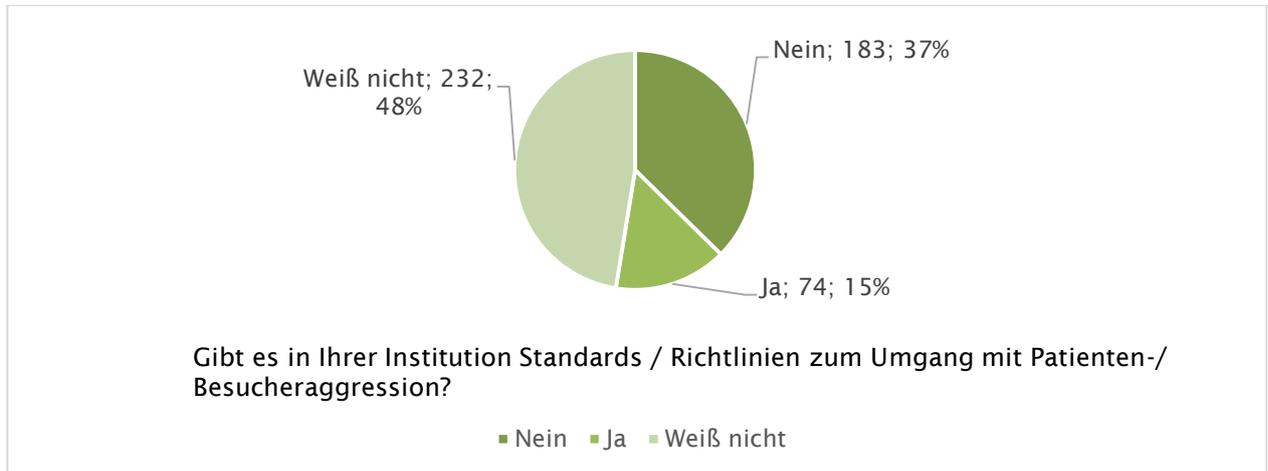


Abbildung 54: Standards / Richtlinien

6.7.6 Ansprechpersonen für Mitarbeitende

47% (231) des Personals weiß nicht, ob es eine Ansprechperson für Mitarbeitende gibt, die Aggression erlebt haben. Weitere 32% (156) geben an, dass es eine solche Stelle nicht gibt.

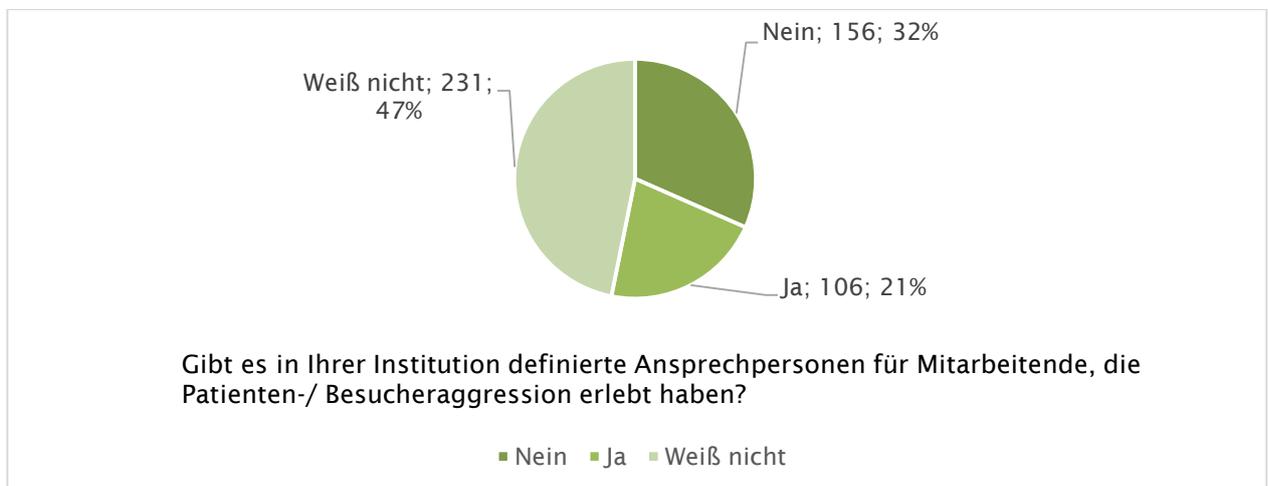


Abbildung 55: Ansprechpersonen für Mitarbeitende

6.7.7 Arbeitsgruppe zum Thema Aggressionsmanagement

58% (286) des Personals weiß nicht, ob es eine Arbeitsgruppe zum Thema Aggressionsmanagement in der Institution gibt. Weitere 34% (167) geben an, dass es eine solche Arbeitsgruppe nicht gibt.

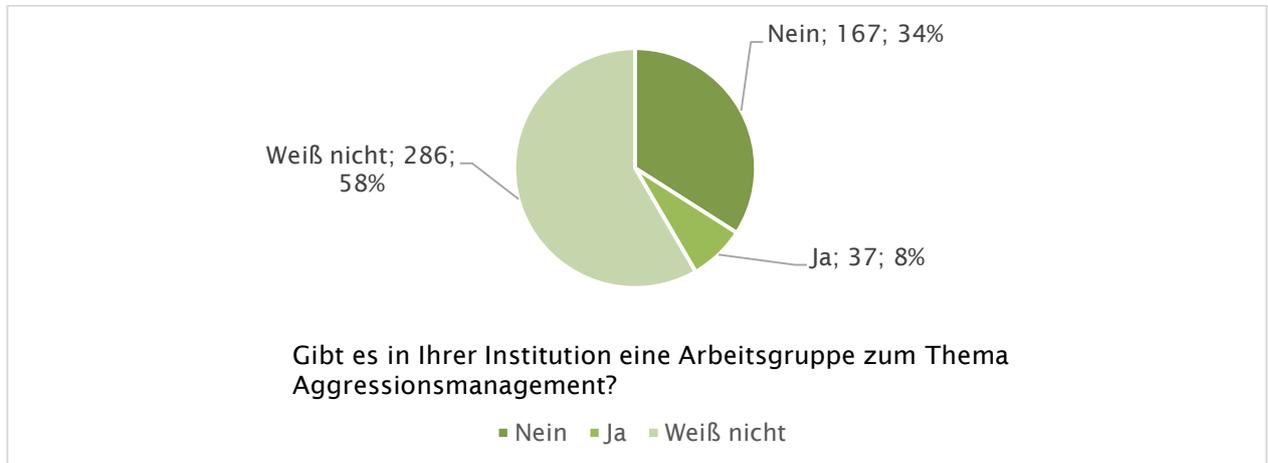


Abbildung 56: Arbeitsgruppe zum Thema Aggressionsmanagement

6.7.8 Arbeitsgruppe multidisziplinär

56% (23) des Personals, welches angibt es gäbe eine Arbeitsgruppe, weiß nicht, ob sie multidisziplinär besetzt ist.

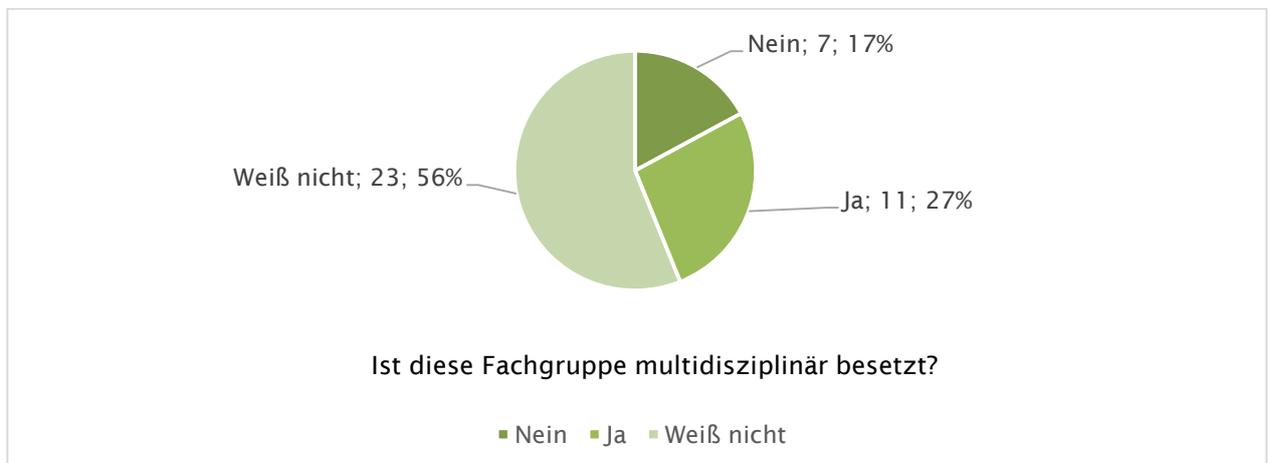


Abbildung 57: Arbeitsgruppe multidisziplinär

6.7.9 Weiterbildung / Training

68% (338) des Personals gibt an, dass es Weiterbildungs- oder Trainingsangebote zum Thema Aggression am Arbeitsplatz gibt.

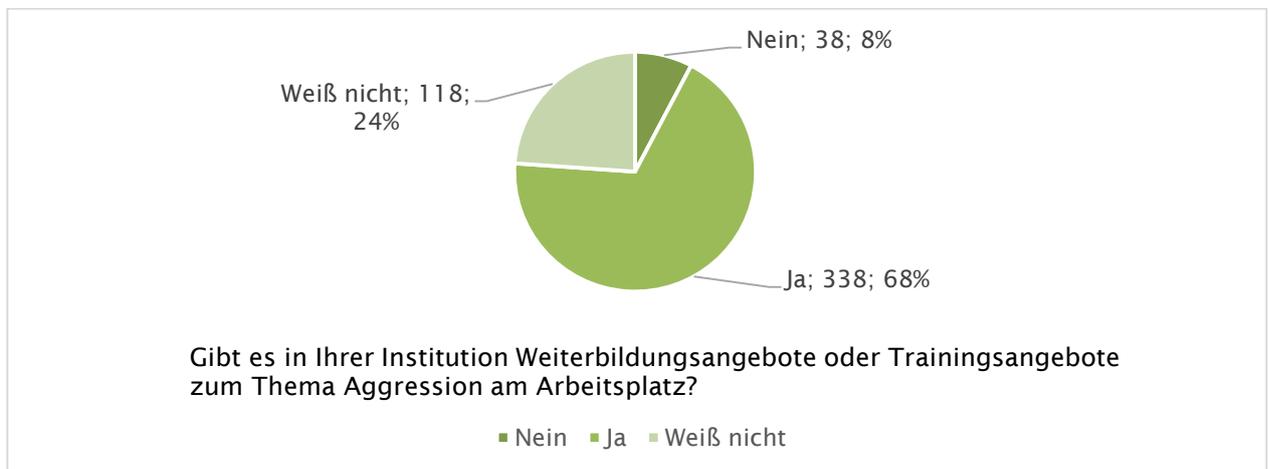


Abbildung 58: Weiterbildung / Training

6.7.10 Institutionsinterner Trainer

43% (213) des Personals weiß nicht, ob es eine/n institutionsinternen Trainer/in für Weiterbildung/Training zum Thema Aggression gibt. Weitere 20% (98) geben an, dass es keine/n institutionsinterne Trainer/in gibt.

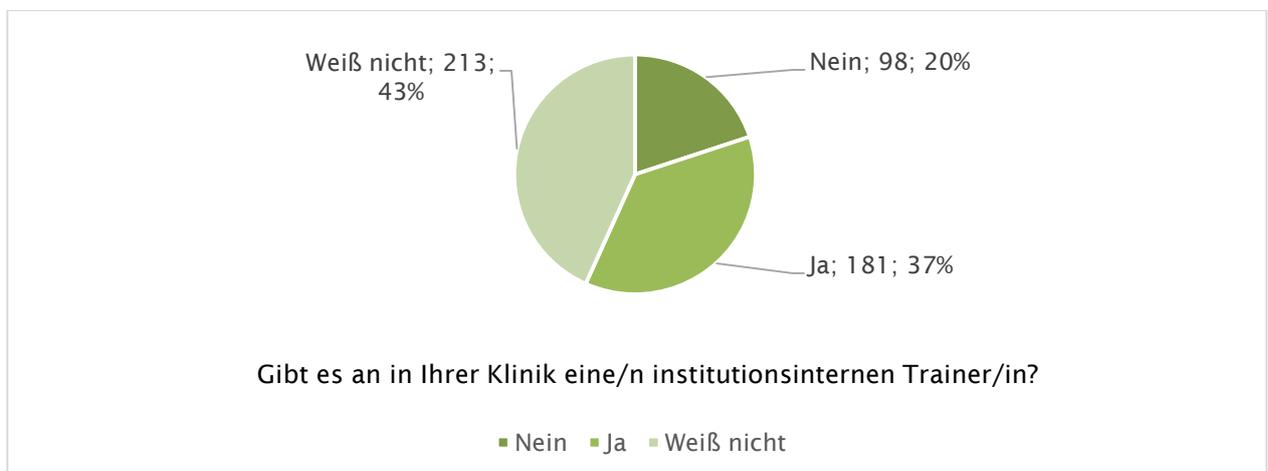


Abbildung 59: Trainer institutionsintern

6.8 Haltung gegenüber Aggression

6.8.1 Offizielle Haltung der Klinik

69% (317) des Personals weiß nicht, ob es eine offizielle Haltung mit einem offiziellen Vorgehen der Klinik zu Aggression und dem Umgang gibt. Weitere 24% (113) geben an, dass es diese offizielle Haltung in der Klinik nicht gibt.

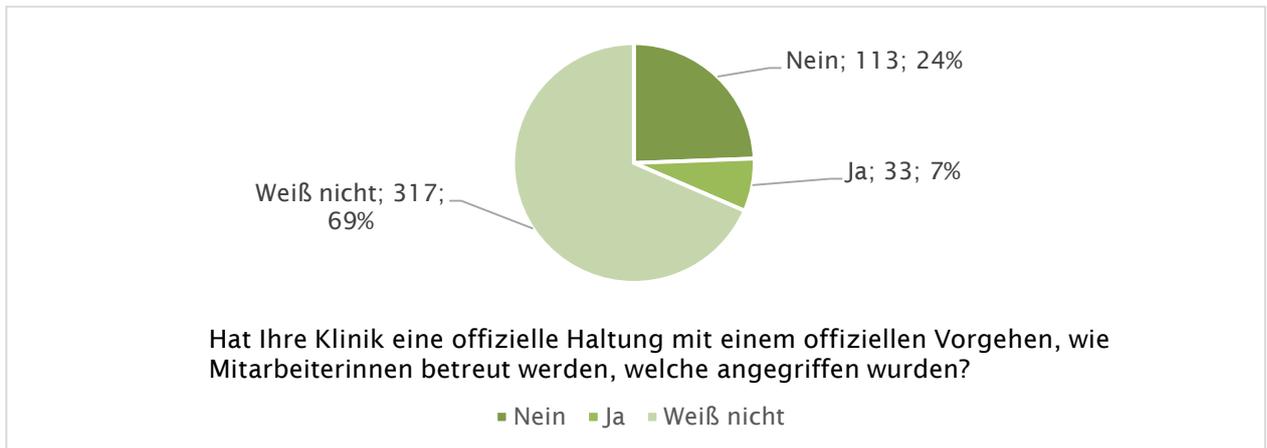


Abbildung 60: Offizielle Haltung Klinik

6.8.2 Unterstützung nach Aggression am Arbeitsplatz

45% des Personals stimmt eher zu, dass Unterstützung am Arbeitsplatz vorhanden sei. Weitere 17% stimmen dem eher nicht zu und 8% stimmen dieser Aussage überhaupt nicht zu.

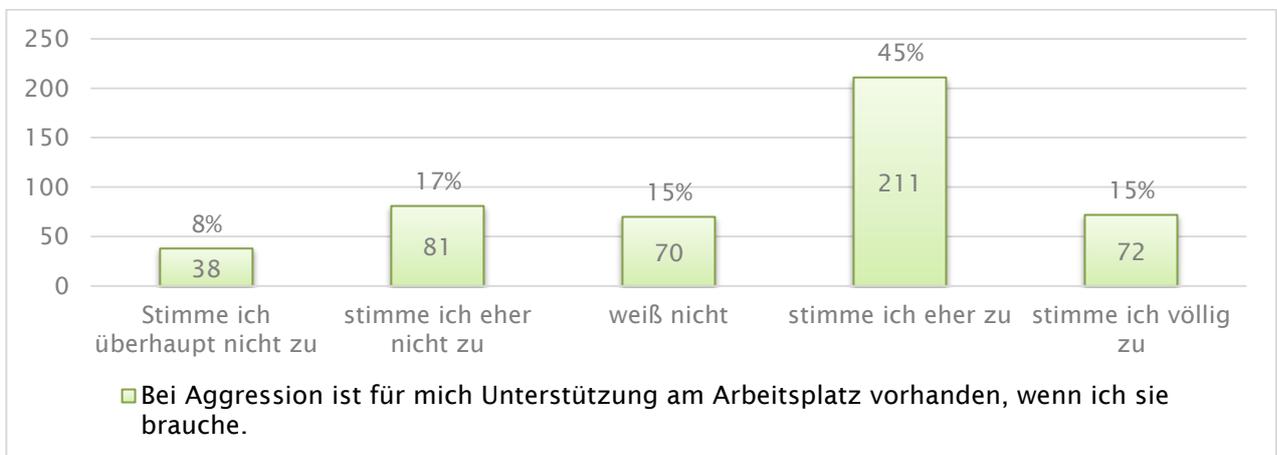


Abbildung 61: Unterstützung nach Aggression am Arbeitsplatz

6.8.3 Unterstützung für Mitarbeitende

73% des Personals stimmt der Aussage zu, dass Mitarbeitende nach einem Aggressionserlebnis Unterstützung benötigen.

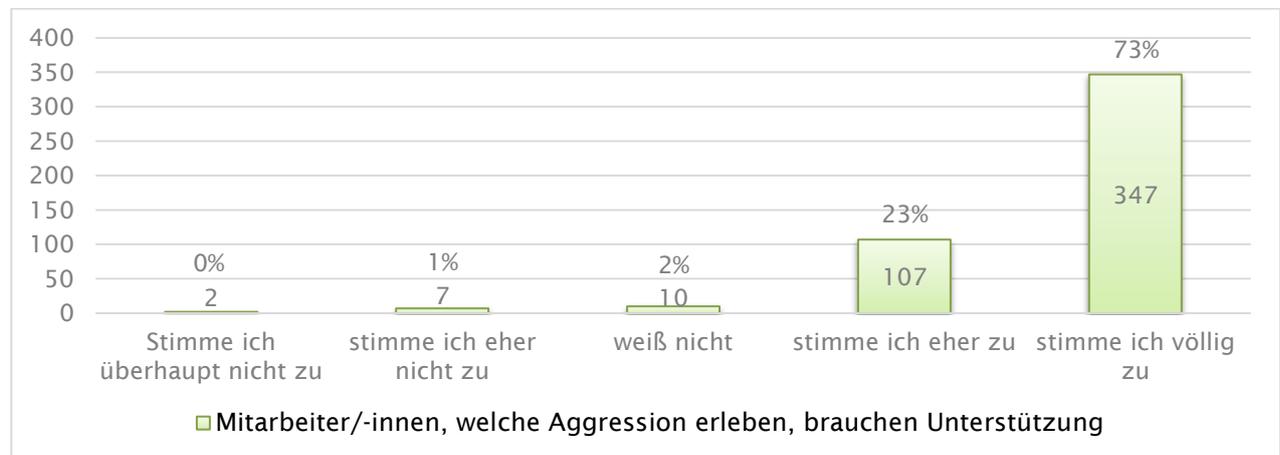


Abbildung 62: Unterstützung für Mitarbeitende

6.8.4 Unterstützung durch direkte Vorgesetzte

Rund 16% der Gesundheitsfachpersonen bewerten die Unterstützung der Vorgesetzten nach einem Aggressionereignis als eher nicht ausreichend, während 6% diese als nicht ausreichend sehen.

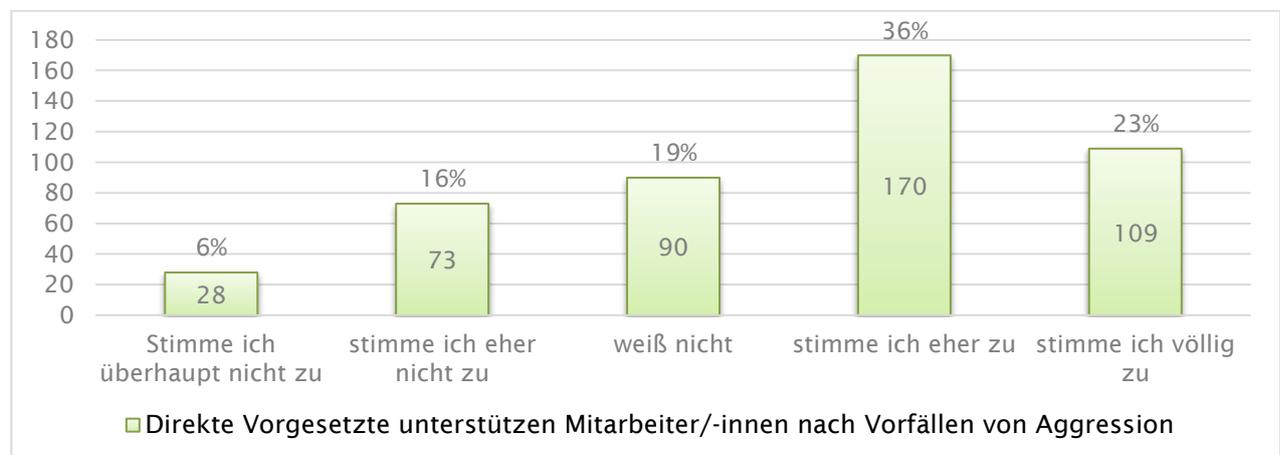


Abbildung 63: Unterstützung durch direkte Vorgesetzte

6.8.5 Gespräch mit Familienangehörigen

36% des Personals weiß nicht, ob Mitarbeitende zurückhaltend sind, erlebte Aggressionsereignisse mit ihren Familien zu diskutieren. Weitere 31% stimmen der Aussage eher nicht zu.

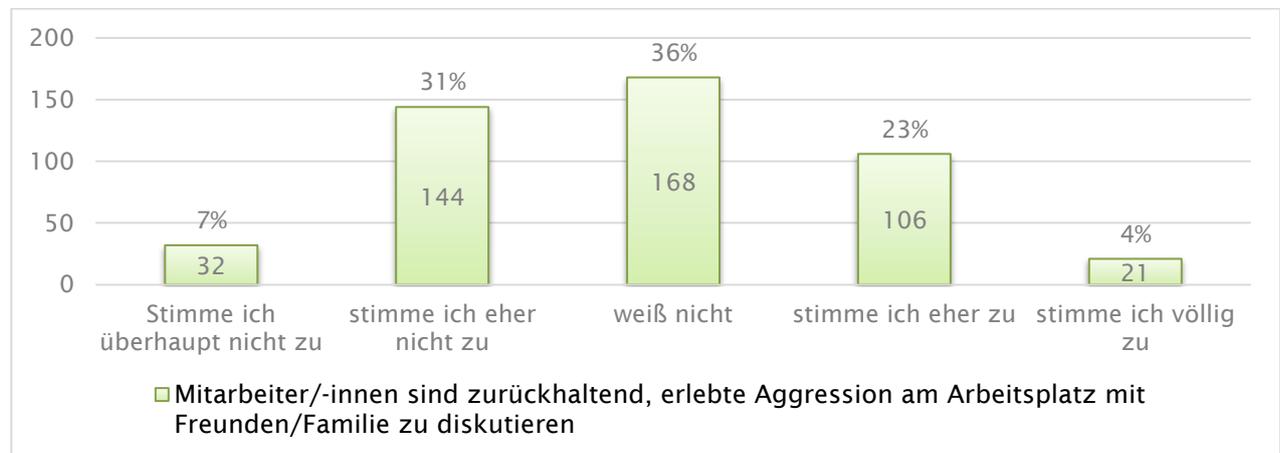


Abbildung 64: Gespräch mit Familienangehörigen

6.8.6 Unterstützung durch Teamkolleg(inn)en

52% des Personals stimmt eher zu, dass Teamkolleg(inn)en im Allgemeinen unterstützend sind nach Vorfällen von Aggression. Weitere 35% stimmen dieser Aussage völlig zu.

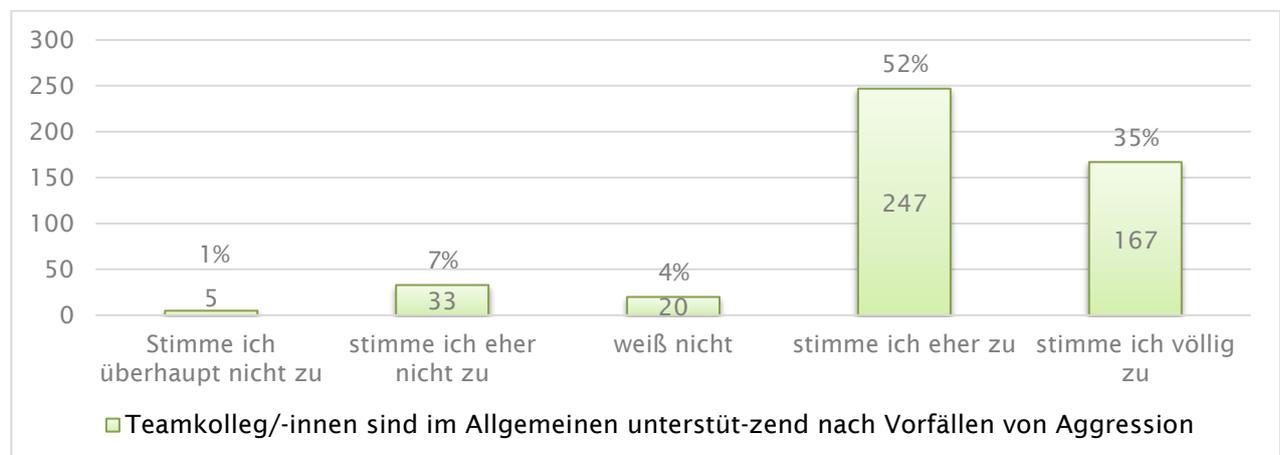


Abbildung 65: Unterstützung durch Teamkolleg(inn)en

6.8.7 Kombination an Unterstützung

46% des Personals stimmt der Aussage völlig zu, dass nach einem Aggressionsvorfall unterschiedliche Unterstützung von Nöten ist. Weitere 45% stimmen eher zu.

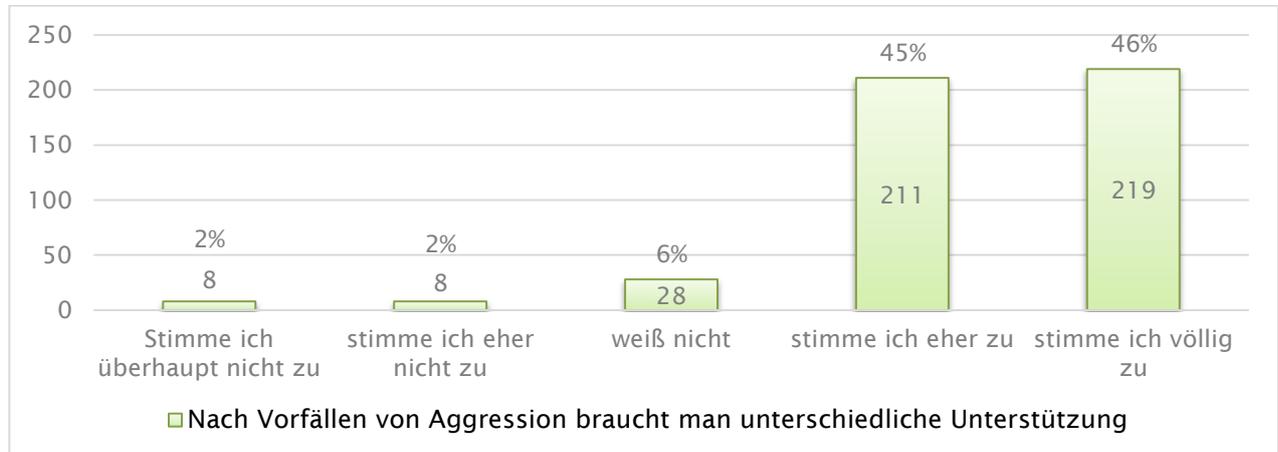


Abbildung 66: Unterschiedliche Unterstützung

6.8.8 Selbstverständlichkeit der Unterstützung

27% des Personals stimmt eher nicht zu, dass die nötige Unterstützung nach einem Aggressionsvorfall schwierig zu erhalten ist. Weitere 26% wissen nicht, ob es schwierig ist und nochmals weitere 25% stimmen der Aussage eher zu.

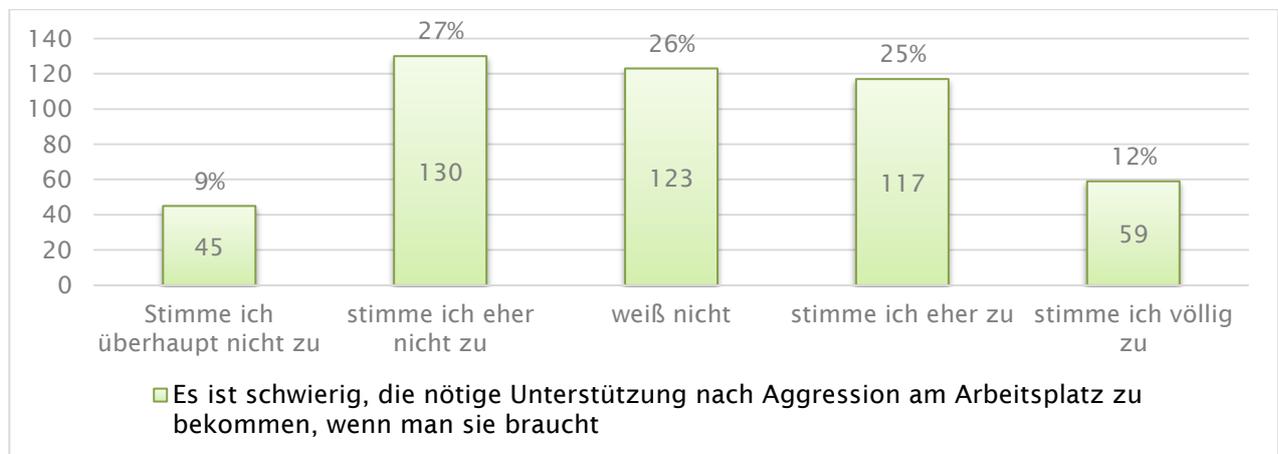


Abbildung 67: Selbstverständlichkeit der Unterstützung

6.8.9 Familie und Freunde als wichtige Ressource

49% des Personals stimmt der Aussage völlig zu, dass Familie und Freunde wichtige Ressourcen nach einem Aggressionsereignis sind. Weitere 37% stimmen dem eher zu.

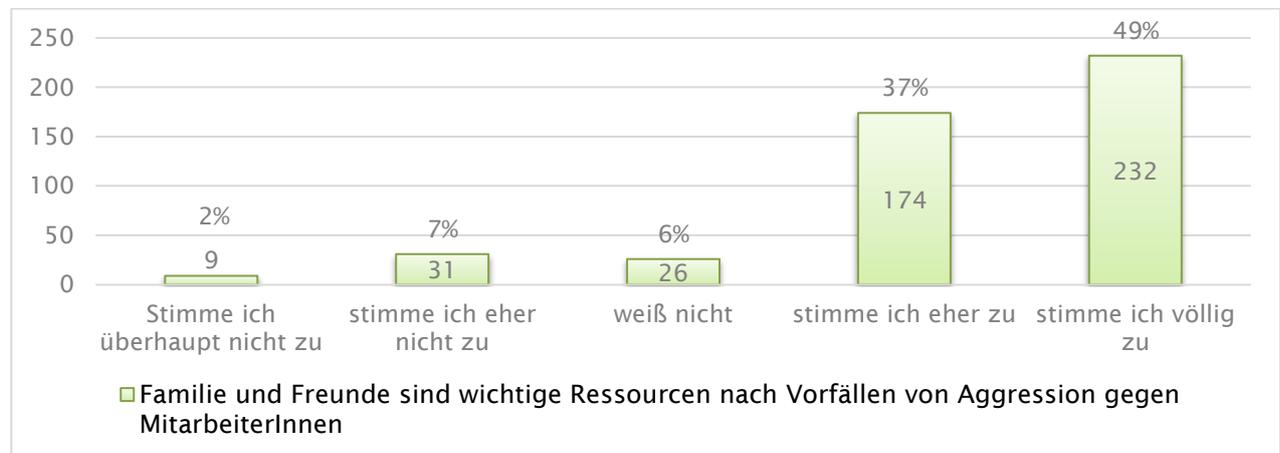


Abbildung 68: Familie und Freunde als wichtige Ressource

6.8.10 Persönliche Fähigkeiten und Fertigkeiten

Als wichtige Fähigkeiten/Fertigkeiten im Umgang mit aggressiven Patient(inn)en bewerteten die befragten Mitarbeitenden vor allem das „Erkennen und Beurteilen von potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen“, das „Erkennen von Angst, Stress, Verwirrung und Desorientierung“, die „Wahrnehmung der eigenen aggressiven Reaktionen (physisch oder psychisch)“, das „Setzen von Grenzen bei potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen“ sowie den „Verbalen Umgang/Kommunikation/Deeskalation mit potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen“.

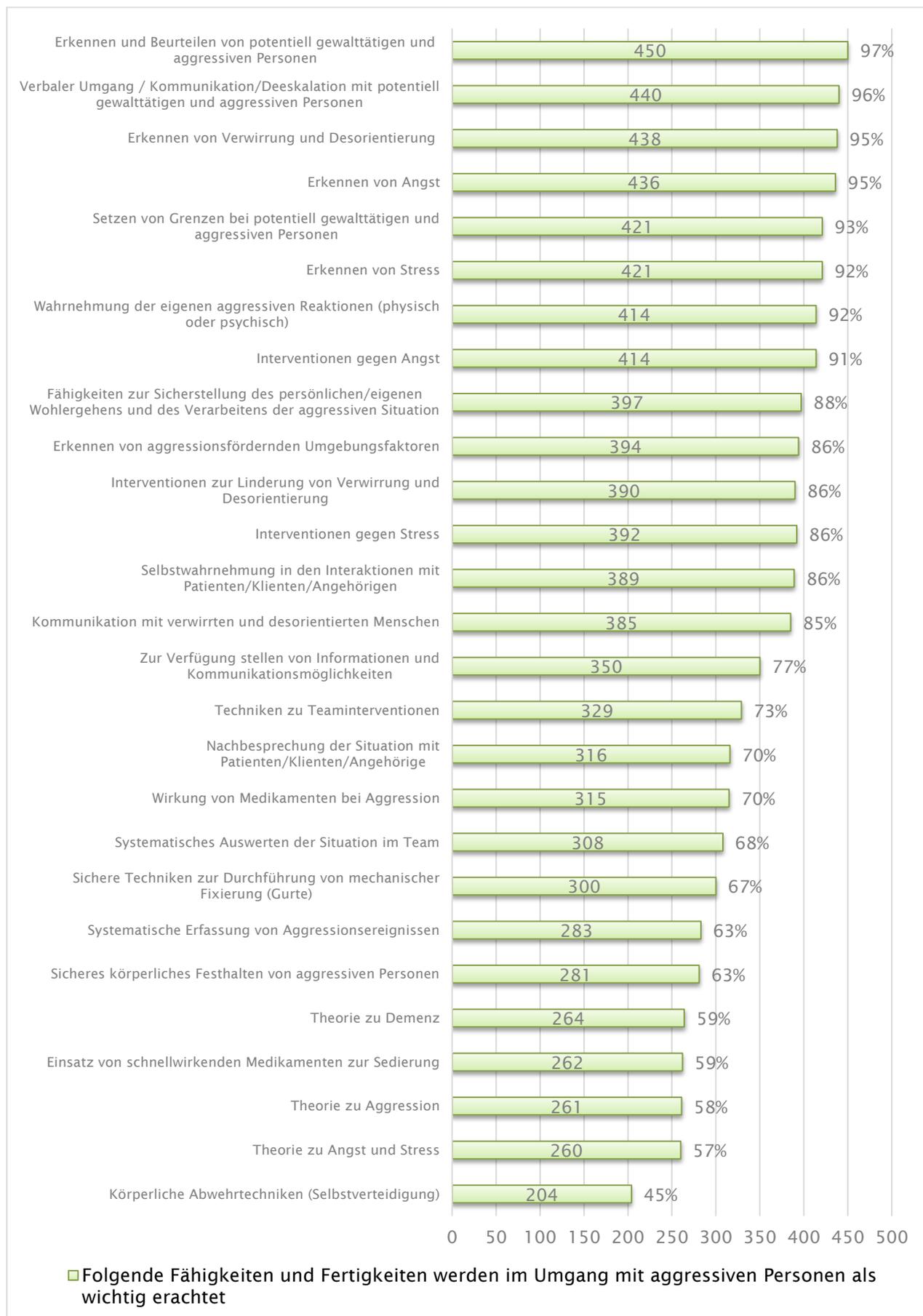


Abbildung 69: Persönliche wichtige Fähigkeiten und Fertigkeiten

6.9 Aggressions-Schulung

6.9.1 Teilnahme an Schulung / Training

76% (355) des Personals gibt an, noch nie an einer Schulung / Training im Umgang mit potentiell gewalttätigen Personen teilgenommen zu haben.

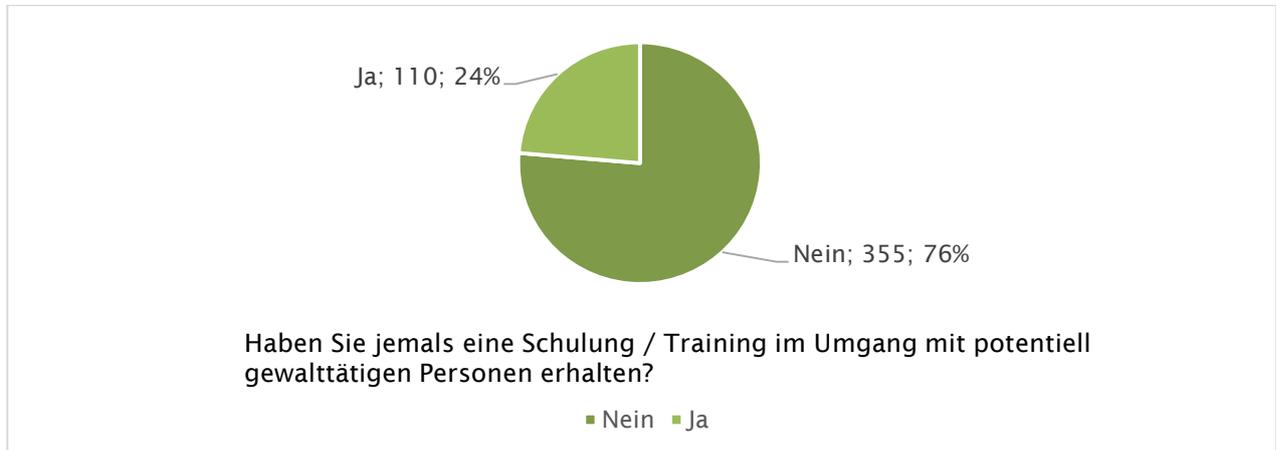


Abbildung 70: Teilnahme an Schulung / Training

6.9.2 Schulung war Teil der Ausbildung / Weiterbildung

Die Schulung war bei 86% (97) des Personals Bestandteil einer Weiterbildung und bei 14% (16) einer Ausbildung.

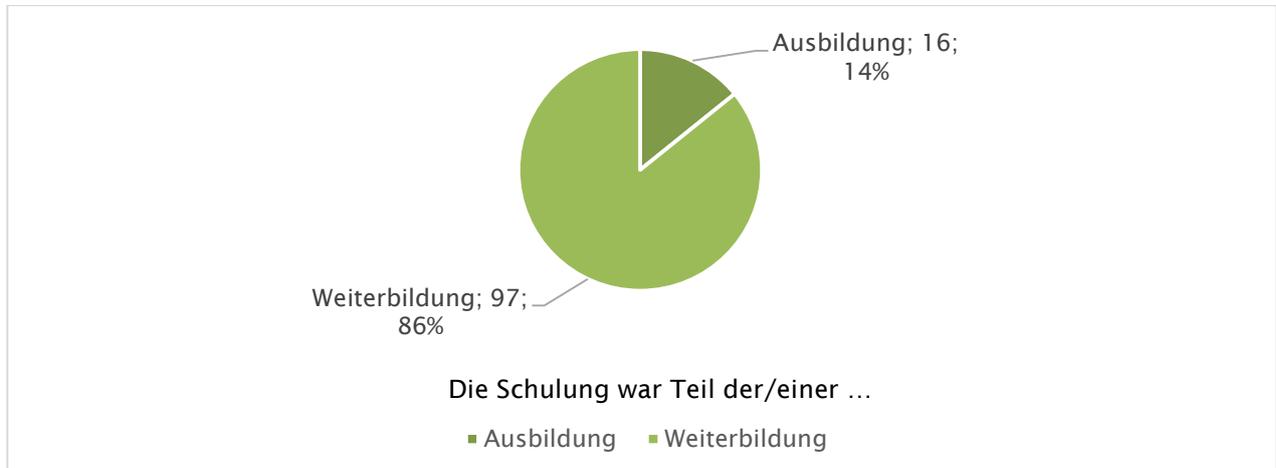


Abbildung 71: Schulung war Teil der Ausbildung / Weiterbildung

6.9.3 Schulungsinhalt

Die Inhalte der Schulung waren bei 12% (99) Kommunikationstechniken, gefolgt von Erkennen von Angst und Stress und Erkennen und Beurteilen von potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen mit 9%.

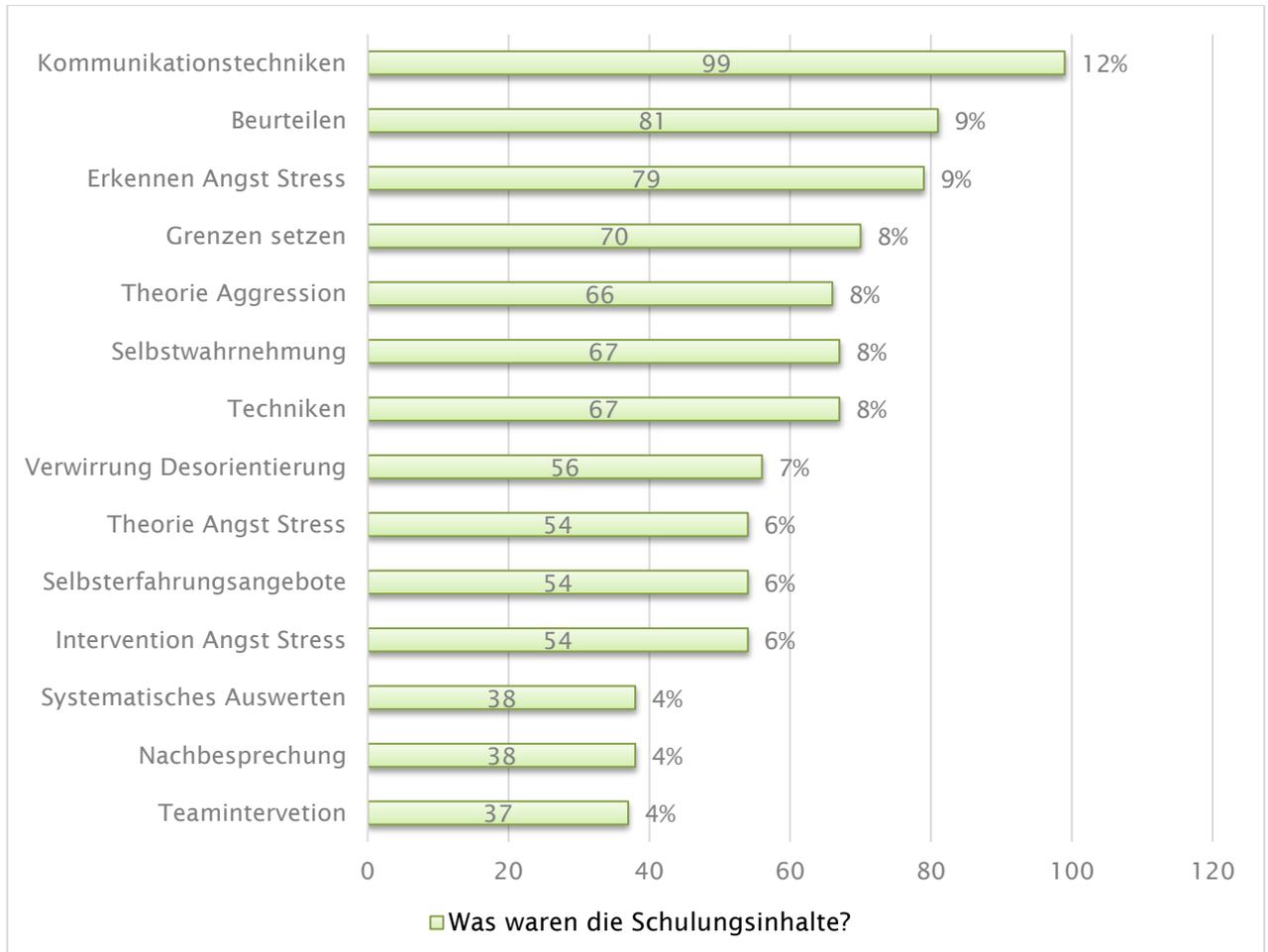


Abbildung 72: Schulungsinhalt

6.9.4 Anzahl besuchte Schulungen

Die Mehrheit des Personals, welches Schulung hatte, war in einer Schulung (n=59; 57%).

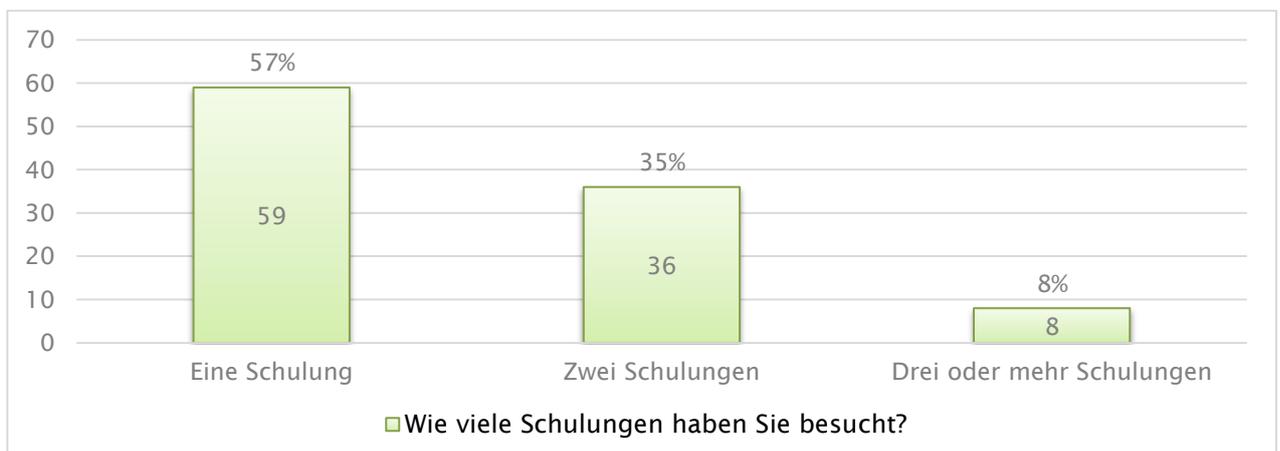


Abbildung 73: Anzahl besuchte Schulungen

6.9.5 Anzahl Schulungstage insgesamt

53% (55) des Personals mit Schulung gab an, zwischen 1 bis 3 Schulungstage gehabt zu haben.

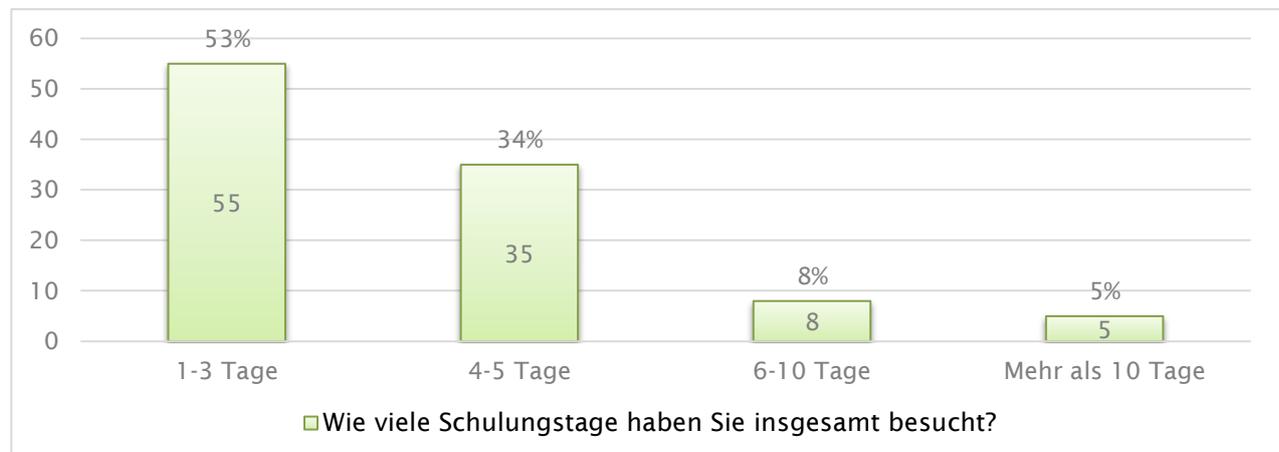


Abbildung 74: Anzahl insgesamt Schulungstage

6.9.6 Datum der letzten Schulung

41% (43) des Personals mit Schulung, hat die letzte Schulung in den Jahren 2010 bis 2013 abgeschlossen, weitere 38% (40) in den Jahren 2014 und 2015.



Abbildung 75: Datum letzte Schulung

6.9.7 Sicherheit im Umgang mit verbaler Aggression

45% (204) des Personals fühlt sich im Umgang mit verbalen Interventionen in potenziell gewalttätigen Situationen am Arbeitsplatz mäßig sicher und weitere 33% (149) fühlen sich sicher.

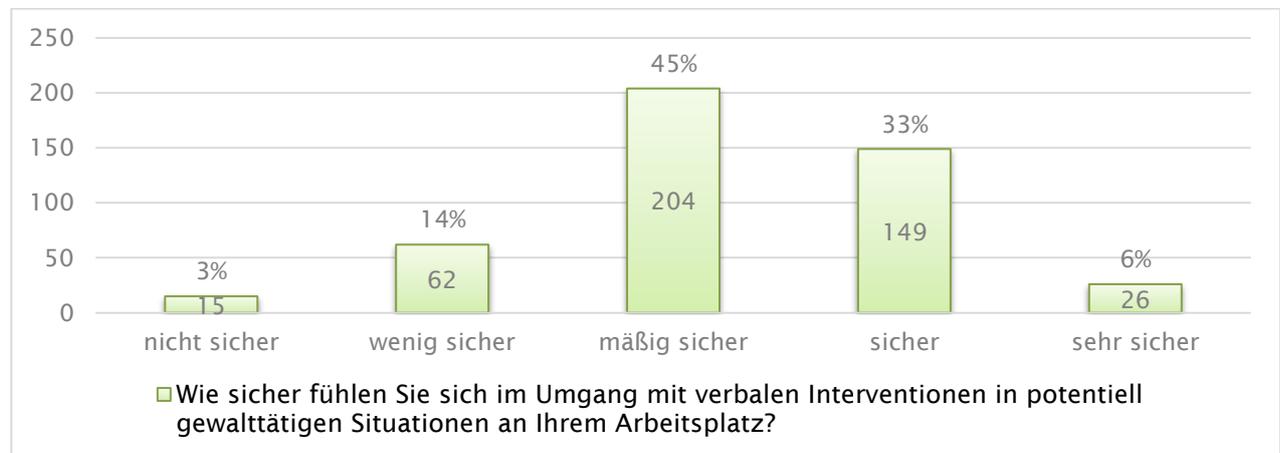


Abbildung 76: Umgang mit verbaler Aggression

6.9.8 Sicherheit im Umgang mit körperlicher Aggression

27% (123) des Personals fühlt sich im Umgang mit körperlichen Interventionen in potenziell gewalttätigen Situationen am Arbeitsplatz nicht sicher, weitere 27% (122) wenig sicher und 30% (135) mäßig sicher.

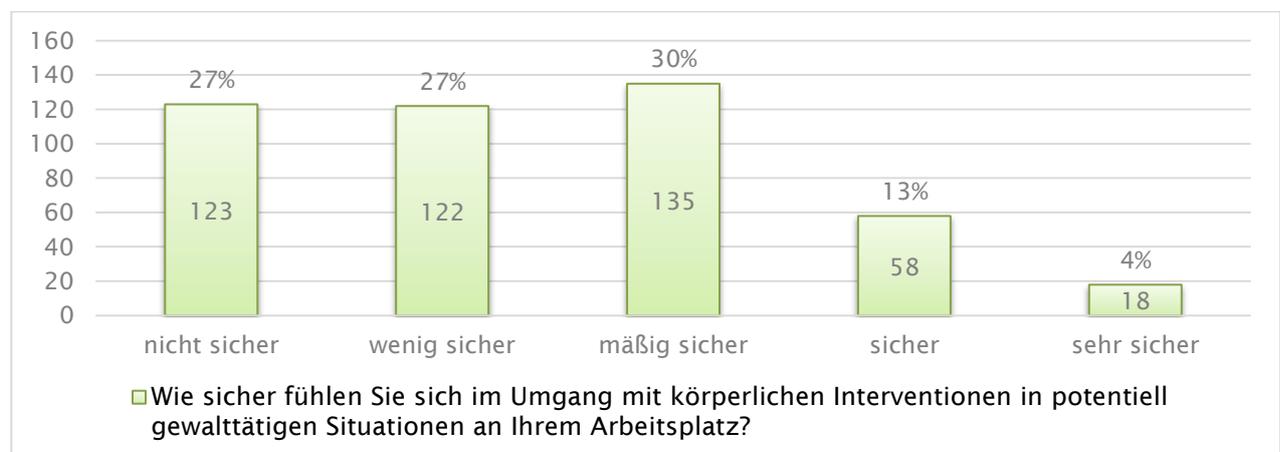


Abbildung 77 Umgang mit körperlicher Aggression

6.9.9 Wichtigkeit der Schulung

Für 40% (181) ist Schulung zum Thema Aggression in der aktuellen beruflichen Tätigkeit wichtig weitere 29% (131) schätzen Schulung sogar als sehr wichtig ein.

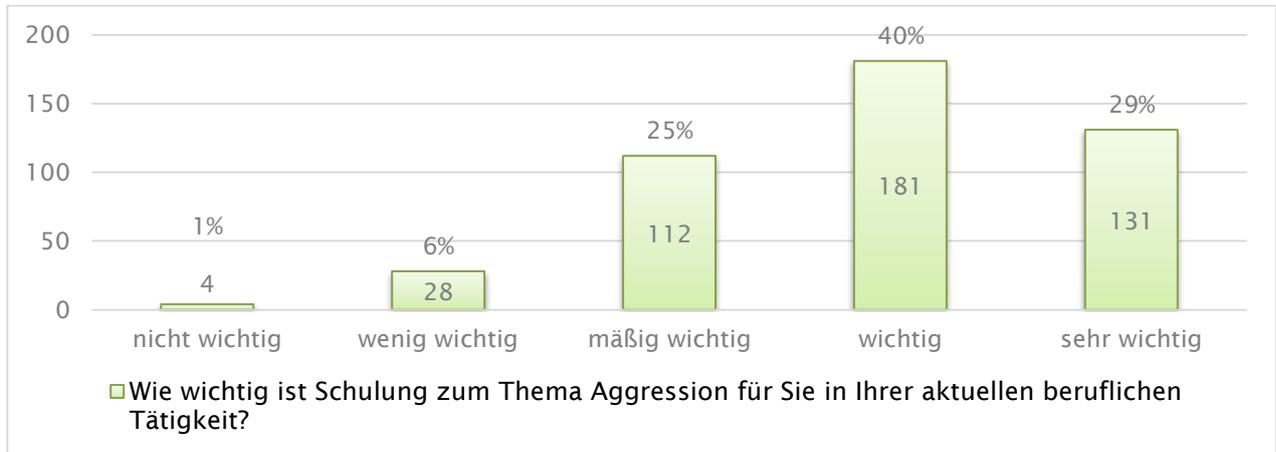


Abbildung 78: Wichtigkeit der Schulung

7 Ergebnisse qualitativ

Die Ergebnisse der Interviews wurden bei der Analyse in sieben Hauptkategorien eingeteilt. Dazu zählen „Aggressionssituationen im Alltag“, „Belastung durch Aggression“, „Verarbeitung der Aggression“, „Interventionen bei Aggression“, „Unterstützungsmöglichkeiten der Organisation“, „Organisatorische Hindernisse“ sowie „Verbesserungspotenzial des Arbeitgebers“.

7.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen 14 Frauen und 4 Männer an den Fokusgruppeninterviews teil. Zwei Fokusgruppeninterviews fanden mit Fachpersonen aus dem pflegerischen Setting und eine Fokusgruppe mit Personen aus dem ärztlichen Dienst statt. Die Teilnehmenden arbeiteten in den verschiedensten medizinischen Bereichen einer der teilnehmenden Kliniken.

7.2 Aggressionssituationen im Alltag

Die befragten Pflegefachpersonen, aber auch Arzt(innen)en äußerten, in ihrem Alltag von physischen Aggressionen betroffen zu sein. Ein Pflegefachmann gibt Beispiele dafür: „Da haben wir aber auch schon alle Härtegrade, die es so gibt [...]. Es geht los beim kleinen Knuff in den Bauch oder gegen den Arm und dann [...], dass sie halt wild um sich schlagen. Wir haben es aber auch schon gehabt, das ist zum Glück seltener passiert, dass Kolleginnen direkt mit der Faust auf die Nase geschlagen wurden [...]. Der schlimmste Fall, der bisher passiert ist, dass eine Kollegin mit einem Metallgitter [...] geschlagen wurde“ (FK2, TN2). Auch äußerten die Teilnehmenden, aufdringlich angestarrt worden zu sein sowie verbale Aggression seitens Patient(inn)en zu erleben, wie bspw. beschimpft zu werden. Eine Pflegefachfrau sagt: „Man hat noch nichts gemacht, kommt ins Zimmer und wird schon gleich erstmal beschimpft“ (FK2, TN1). Aggressionssituationen im Arbeitsalltag der befragten Gesundheitsfachpersonen zeigen sich ebenfalls mit Angehörigen. Dies wird vor allem darin beschrieben, dass Angehörige oftmals verbal aggressiv, ungeduldig, distanzlos oder gestresst reagieren, Bedrohungen gegen das Personal aussprechen oder sich beschweren, wie dies eine Pflegefachfrau beschreibt: „Und es sind nicht nur die Eltern, also zum Beispiel bei einem Verkehrsunfall [...]. Dann rufen die ja sofort an und es kommen sofort zehn hinterher. Und die Zehn, die hinterherkommen machen dann auch noch Stress“ (FK1, TN3).

7.2.1 Häufigkeit der Aggression

Weiter äußerten die befragten Gesundheitsfachpersonen, dass die erlebte Aggression von Patient(inn)en oder deren Angehörigen am häufigsten verbal auftritt. Ein Pflegefachmann beschrieb: „Wir hatten vor Kurzem auch den Fall, dass eine Angehörige körperliche Gewalt angewandt hat [...]. Aber meistens ist das eher verbale Aggressivität“ (FK2, TN2). Aus Sicht der Gesundheitsfachpersonen nimmt Aggression stetig zu. „Es wird immer mehr, es war früher noch vor zwei, drei Jahren nicht ganz so häufig. Es wird jetzt immer mehr“ (FK2, TN1). Aggression wird von einigen Teilnehmenden täglich erlebt. „Das [verbale Aggression] gehört schon zum Alltag [...]. Man kann täglich damit [verbale Aggression] konfrontiert werden (FK3, TN6). Eine weitere Pflegefachfrau sagt: „Also täglich denke ich [...]. Wir haben zwanzig Patienten und irgendeiner davon, und wenn es nur einer auf der Station ist, [ist verbal aggressiv]“ (FK2, TN1). Einige Pflegefachpersonen äußerten zudem, dass sie die Patienten- und Besucheraggression oftmals im Spätdienst erleben. „[...] im Spätdienst [ist Aggression] viel häufiger als irgendwie im Frühdienst oder im Nachtdienst“ (FK2, TN6).

7.2.2 Auslöser / Gründe der Aggression

Als Grund oder Auslöser der Aggressionssituation nannten die Teilnehmenden die Überforderung / Angst der Patient(inn)en oder deren Angehörigen, wie eine Ärztin beschreibt: „Wenn sie [die Angehörigen] sich überfordert fühlen mit der Situation, weil die Patienten auf der Intensivstation – sind ja meistens schwer verletzt – da sind oft Ängste von Angehörigen, die sich dann in Aggression umwandeln“ (FK3, TN1). Auch organisatorische Aspekte wie bspw. lange Wartezeiten, fehlende zeitliche wie auch personelle Ressourcen, unruhige Zimmernachbar(inn)en sowie eine Zunahme der Komplexität der Patient(inn)en werden als potenzielle Auslöser genannt. „Das [der Auslöser] ist nichts medizinisches [...]. Also, dass zum Beispiel das Essen nicht sofort gebracht wird oder das Fenster

nicht ausgewechselt wird. Halt etwas sehr eigentlich Banales aber, in dem Moment diese Angehörigen so stört, dass sie daraufhin aggressiv reagieren“ (FK3, TN5). In der Notaufnahme wird die Wartezeit als Hauptgrund gesehen: „Also bei uns geht das auch im Grunde genommen nur um die Wartezeit“ (FK2, TN3). Die Situation in den Zimmern wird wie folgt beschrieben: „Zimmernachbar ist auch sehr häufig ein Problem [...]. Wenn der sehr unruhig ist und schreit und nebenan liegt, werden die Angehörigen auch zum Teil sehr fordernd [...]“ (FK3, TN5). Als weiteren Grund / Auslöser wurden religiöse oder genderspezifische Aspekte genannt wie bspw. wenn die Patient(inn)en eine Behandlung von einer weiblichen / männlichen Fachperson verweigern. „Im Rettungsdienst nimmt durchaus Aggressivität zu [...]. Ein religiöses Problem, dass man immer wieder erleben muss. Es gibt wie eine Art Zweiklassensystem und Aggression bewusst gegen Frauen vorgetragen wird. [Dies] nicht nur verbal, sondern auch handgreiflich“ (FK3, TN2).

Einige Fachpersonen äußerten zudem als Auslöser für die erlebte Aggression einen Alkohol- oder Drogenabusus der Patient(inn)en. „Drogen halt. Also, dass die von sehr freundlich zugewandt, sehr plötzlich zu sehr aggressiv umschlagen können. Dann haben wir die Situation, dass am Wochenende irgendwie auch zwei bis fünf da liegen, die sich gerne mal gegenseitig beschimpfen [...]. Der Betrunkene mit seinen drei Promille, der Andere mit dreikommazwei Promille [...]“ (FK2, TN6). Auch die allgemeine Haltung der Patient(inn)en / Angehörigen gegenüber Fachpersonen, kann sich bspw. in fehlendem Respekt ihnen gegenüber zeigen. „Ich gehe mit Menschen respektvoll um und dann erwarte ich auch, dass die mit mir respektvoll umgehen. Es gibt Dienste, da reißt man sich wortwörtlich den Hintern auf für die Patienten und dann erwarte ich dann auch, dass man einen höflichen gepflegten Umgang miteinander hat“ (FK2, TN2). Als ebenfalls wichtige Ursache für Aggressionsereignisse nannten die Teilnehmenden kommunikative Aspekte, wie eine Ärztin beschreibt: „Und da kommt die Kommunikation hinzu. Das Einzige, was Angehörige haben, ist ja die Sprache [...]. Sprache ist ein sehr schwieriges Kommunikationsmittel. Informationen werden nicht weitergegeben [oder] zeitliche Vorgaben, obwohl diese fast gar nicht [eingehalten] werden können. Dadurch fühlen sich die Patienten nicht gut betreut. Das ist glaube ich, ist ein Hauptproblem“ (FK3, TN3).

7.3 Belastung durch Aggression

7.3.1 Belastung durch Aggression im Arbeitsalltag

Als besonders belastend nannten die befragten Fachpersonen vor allem persönliche Angriffe, Drohungen sowie die Aggression durch Angehörige: „Halt die Angehörigen [...], die schon emotional durch sehr viele Höhen und Tiefen gegangen sind und Unzufriedenheit oder Probleme auftreten und das Ganze auf so eine persönliche Ebene getragen wird. [...] Das finde ich auch relativ schwierig“ (FK3, TN6). Eine weitere Aussage war: „Ja das Verbale [...], ich bin ja nun mal diejenige, die vorne an der Anmeldung sitzt. Ich kann da nicht weg. Ich sitze da vorne und die Leute sehen mich die ganze Zeit und da wird es dann auch schon Mal teilweise richtig persönlich. [...] Hatten wir vor kurzem erst wieder, dass er dann angedroht hat, auf mich zu warten. [...] das [Persönliche] finde ich ganz schlimm, obwohl man überhaupt nichts demjenigen getan hat“ (FK2, TN7).

Einige Fachpersonen äußerten zudem, dass sich die hohe Arbeitsbelastung negativ auf ihre subjektive Belastungsfähigkeit und Stresstoleranz auswirke, was ihnen den Umgang sowie die Verarbeitung von Aggressionssituationen im Arbeitsalltag erschwere. „Ja, wenn so Patienten [...] einen so richtig beleidigen, muss man sich sehr beherrschen dass man da nicht irgendwann mal zurückschreit“ (FK3, TN5). Ein Pflegefachmann erzählt von den körperlichen Folgen: „[...] außer, dass meine Halsschlagadern irgendwann platzen und ich Magengeschwüre kriege und dann gehe ich weg“ (FK2, TN6).

Da sich die Fachpersonen in ihrem Arbeitsalltag immer wieder mit Aggressionssituationen seitens Patient(inn)en oder deren Angehörigen konfrontiert sehen, äußern sie, eine stetige Belastung zu verspüren, welche sich im Privaten niederschlagen könne. „Man versucht das auch hier zu lassen aber oftmals geht das ja auch nicht. Man nimmt das mit nach Hause und versucht abzuschalten, aber oftmals geht das auch nicht[...]. Man leidet da noch ein bisschen. [Es gibt] schlechte Stimmung zu Hause“ (FK3, TN3). Über die Arbeitstage habe das Personal dadurch „zunehmend weniger Verständnis“

(FK3, TN6), sagte eine Pflegefachfrau. Auch interdisziplinäre Abläufe wurden in Aggressionssituationen als belastend wahrgenommen.

Einige ärztliche Teilnehmende äußerten eine Belastung, da sie sich häufig in der Rolle als Vermittler zwischen den Pflegefachpersonen und den Patient(inn)en sahen und zur Deeskalation von den Pflegenden beigezogen werden. „[...] wenn er [der Patient] da drauf nicht gut zu sprechen ist, dann eventuell einen Arzt hineinschicken. Dann entscheiden immer noch die Ärzte, wie wir das hantieren“ (FK2, TN3). Von ärztlicher Seite ist der Auslöser jedoch pflegerisch: „[...] der [der Patient] liegt lange in einem dreckigen Bett oder er schellt und es kommt lange keiner. Das sind Sachen, die uns auch stören würden und das führt dann häufig zu Aggression“ (FK3, TN5). In diesem Zusammenhang fühlten sich einige Pflegefachpersonen aufgrund einer wahrgenommenen fehlenden Unterstützung des ärztlichen Dienstes in Aggressionssituationen als zusätzlich belastet.

Eine Pflegefachfrau erzählt im Zusammenhang mit einem Übergriff: „Naja, Unterstützung [vom anwesenden Arzt] hatte sie ja in dem Augenblick gar nicht gehabt“ (FK2, TN3). Hinzu kommt die wahrgenommene unvorteilhafte Arbeitsplanung des ärztlichen Personals. „[...] das ist halt manchmal das Problem, dass die Dienstpläne völlig schwachsinnig geschrieben werden. Ich hatte letztens einen Nachtdienst am Wochenende, da waren zwei völlig unerfahrene Ärztinnen zusammen in der Notaufnahme geplant [...]. Die wussten die Abläufe nicht [...]. Das hätte man leicht lösen können. Am Vortag waren nämlich zwei sehr erfahrene Assistenten gleichzeitig im Dienst“ (FK1, TN6).

7.3.2 Unbewusste – Bewusste Aggression

Viele der befragten Fachpersonen äußerten, dass es für sie einen Unterschied mache, ob die Aggression von kognitiv adäquaten oder kognitiv beeinträchtigten Patient(inn)en ausgehe. Demnach bewerteten viele Fachpersonen die Aggression als weniger belastend, wenn der Auslöser der Aggression aufgrund einer Krankheit stattfand und für sie somit erklärbar war. Die Aggression von kognitiv gesunden Patient(inn)en, welche meist persönlich auf die eigene Person abzielte, beschrieben die Teilnehmer(inn)en als vergleichsweise belastender. „Ich versuche das immer so ein bisschen zu differenzieren [...]. Bei einem Patienten mit Blutungen oder aus der Neurochirurgie ist das auf die Krankheit zurückzuführen. Aber was ich persönlich schlimmer finde sind Patienten, die kopfmäßig nichts haben und dann Aggressionen an den Tag legen oder sprich auch gerade Angehörige. Also das geht mir persönlich ein bisschen näher“ (FK2, TN1). So ist auch Aggression von alkoholisierten Patient(inn)en als belastender einzustufen. „Ja genauso, wenn jetzt ein Patient durch Drogen oder Alkohol aggressives Verhalten zeigt, dann ärgert mich das natürlich mehr als jemand der durch seine neurologischen Erkrankungen gar nicht so was dafür kann“ (FK2, TN4).

7.3.3 Ausgelöste Gefühle

Die befragten Fachpersonen äußerten Gefühle wie Wut, Resignation, Abgestumpftheit oder sich ungerecht behandelt zu fühlen. So erzählt eine Pflegefachfrau: „Ja aber irgendwann resigniert man dann auch [...]. Ein Patient, wo jetzt der Angehörige immer alles besser weiß und meint er würde jetzt meinen Job machen wollen, erkläre ich natürlich das erste Mal, das zweite Mal, das dritte Mal und dann irgendwann resigniere ich und will einfach immer nur noch raus“ (FK2, TN1). Ein Pflegefachmann gibt zur Antwort, wie er mit Aggression umgehe: „Wir sind ganz abgestumpft, glaube ich einfach“ (FK1, TN6). Häufig wurden von den Teilnehmenden durch die erlebte Aggression von Patient(inn)en oder deren Angehörigen auch eigene negative oder aggressive Gefühle als Reaktion wahrgenommen. Einige Pflegefachpersonen äußerten zudem, sich aufgrund der Aggressionsereignisse im Berufsalltag in der Ausübung ihrer Tätigkeit beeinträchtigt zu fühlen. So äußert sich eine Pflegefachfrau: „[...] es ist mein Job. Ich krieg mein Geld dafür, ich mache meinen Job. Nur die [die Angehörigen] sollen mich einfach auch meinen Job machen lassen“ (FK2, TN1). Sie erachten es als schwierig, aggressiven Patient(inn)en oder Angehörigen mit dem erforderlichen Maß an Empathie begegnen zu können. „Und das ist auch anstrengend. Diesen Angehörigen mit offener freundlicher Empathie entgegenzutreten“ (FK3, TN3).

7.4 Verarbeitung der Aggression

Als unterstützend nannten viele der befragten Fachpersonen die Gespräche sowie den Austausch mit Teamkolleg(inn)en oder den Lebenspartnern. „Ja also für mich ist nur mit Kollegen drüber reden das, wo ich sag, dass mir das was hilft“ (FK1, TN7). Eine weitere Pflegefachfrau „kann bei den Kollegen einfach mal Druck ablassen“ (FK2, TN1). Während die Pflegefachpersonen besonders den Austausch im Pflorgeteam als Verarbeitungsstrategie nutzten, äußerten die ärztlichen Teilnehmer(inn)en sich eher selten mit Teamkolleg(inn)en über erlebte Aggressionsergebnisse auszutauschen. Manche Ärzte unterhalten sich darüber „Gar nicht“ (FK3, TN5) oder „eher informell [...] aber nicht offiziell, dass man diesbezüglich Teamsitzung einberufen hätte“ (FK3, TN3).

Ebenfalls als wichtig wurden Pausen zum Abschalten genannt. Eine Pflegefachfrau berichtet: „Vielleicht erst mal einen Moment aus dem Zimmer rausgehen. Um wieder einen Gang herunterzufahren und dann nochmal neu hineingehen“ (FK2, TN4). Von einzelnen der befragten Fachpersonen wurde jedoch geäußert, dass aus ihrer Sicht die Aggression von Patient(inn)en und deren Angehörigen zum Berufsalltag dazugehöre und man sich damit arrangieren sollte. „Das [Professioneller Umgang] ist nur das Wissen, dass es [die Aggression] auf uns zukommt. [...] das heißt nicht, dass wir's akzeptieren“ (FK3, TN3). Viele Fachpersonen äußerten zudem, dass ihnen die Aggressionssituationen ermöglichen, vermehrt Erfahrungen zu sammeln und den interdisziplinären Zusammenhalt stärken könne. „Ich denke, das ist so, dass es das Ganze einfacher macht, weil man es [Aggression] ständig hat. Also die Wiederholung ist ja immer wieder da [...]. Man lernt mit der Situation umzugehen und ich find es jetzt nicht so, es ist halt im Tagesgeschäft“ (FK1, TN1). Eine weitere Pflegefachfrau erzählt: „Man geht ja auch ganz anders damit um jetzt nach Jahren. Das ist ja jetzt auch gang und gäbe das ist für uns nichts Neues. Es kommt tagtäglich bei uns vor und deswegen, je länger man in dem Beruf ist, je länger man das sieht geht man ganz anders damit um – ganz gelassen“ (FK2, TN3).

7.5 Interventionen bei Aggression

Als mögliche Interventionen, welche die befragten Pflegefachpersonen und Ärzt(innen)en bei Aggressionssituationen anwenden, wurde die Fixation oder Sedation von aggressiven Patient(inn)en genannt. Ein Pflegefachmann meint: „Also bei den Betrunknen ist es deutlich einfacher [...]. Wer aggressiv wird, wird fixiert und fertig ist“ (FK1, TN6). Ein Arzt äußert sich zu Beruhigungsmitteln: „Auch wenn es jetzt zu Handgreiflichkeiten käme, wir haben Medikamente. Wir müssen nur einen Zugang haben [...] und in 30 Sekunden haben wir Ruhe“ (FK3, TN4). Als weitere Maßnahme wurde die kommunikative Deeskalation bspw. mittels Informationsvermittlung genannt. „Man versucht immer wieder darauf einzugehen auf die Angehörigen und die Patient(inn)en. Das immer wieder irgendwie zu erklären und deutlich zu machen warum jetzt etwas so ist“ (FK2, TN4). Sowie das Wahrnehmen der eigenen Grenzen, wie bspw. sich zurückziehen, den Kontakt zu reduzieren oder Drohungen nicht ernst zu nehmen. „Der [betrunkene] Patient hat gesagt: ´Warte, wenn ich dich nüchtern sehe, dann kriegst du auf die Fresse´. Der hat mich gar nicht erkannt. Habe den zweimal nüchtern gesehen. Der ging vorbei und bemerkte mich überhaupt nicht. Also da muss ich mir auch keinen Kopf machen“ (FK1, TN6). Auch die Situationen nicht „an sich heranzulassen“ ist eine Maßnahme im Umgang mit Aggression. „[...] der Patient muss ja schon dann auch mal merken, stopp jetzt ist mal eine Grenze erreicht“ (FK2, TN1).

7.6 Unterstützungsmöglichkeiten der Organisation

Als aktuelle Supportmöglichkeiten der Organisation wurde von den Teilnehmenden der Sicherheitsdienst genannt, die institutionsinterne Notfallnummer, das Notfallsystem der Psychiatrie, Kameras (Attrappen) im Keller, Unterstützung der Polizei, räumliche Rückzugsmöglichkeiten (bspw. Sichtschutz), Schulungsangebote zum Umgang mit Aggressionssituationen im Berufsalltag sowie das Erteilen von Hausverboten bei Bedarf. Ein Pflegefachmann äußert sich zum Sicherheitsdienst: „Der eine Wachdienst wurde durch einen jüngeren ersetzt. Wir hatten Rentner, die waren eher so ein Wach- und Schliessdienst [...]. Die sind nicht in der Lage gewesen, in einer Eskalation irgendwie einzugreifen [...]. Der ist nachts abrufbar für uns. Ab acht Uhr“ (FK1, TN6).

7.7 Organisatorische Hindernisse

Als organisatorische Hindernisse zur Reduktion von Aggression am Arbeitsplatz wurde von den Fachpersonen genannt, dass die Schulungen aus ihrer Sicht zu wenig oft stattfinden oder inhaltlich unpassend seien. „[...] ich finde diese Deeskalationssache gut, aber alle fünf, sechs, sieben, acht Jahre einmal. Also ich habe das jetzt in den zwanzig Jahren zweimal mitgemacht. Find ich deutlich zu wenig“ (FK1, TN3). Eine andere Pflegefachfrau äußerte sich dazu folgendermaßen: „Ja, war ganz nett [...]. Das wurde von der Polizei gemacht, aber das hat mir persönlich nichts gebracht. Das ist wirklich etwas, wenn man jetzt als Privatmensch draußen unterwegs ist, wie schütze ich mich selber, wenn jetzt irgendwo jemand auf mich zukommt und will mich angreifen [...] aber das geht natürlich nicht auf Station [...] da kann ich ja nicht einfach weggehen [...] das kann ich ja nicht verantworten“ (FK2, TN1).

Weiter erhalten die Mitarbeitenden keine Supervision oder sonstige institutionelle Begleitung nach einem erlebten Aggressionseignis. „Supervision wird für uns auch gar nicht angeboten“ (FK2, TN1). Zudem äußerten viele Fachpersonen, eine fehlende Unterstützung durch die Organisation wahrzunehmen. „Ja, dass die Klinik auch mehr Interesse hat, da mal zu horchen, wie geht es meinem Mitarbeiter?“ (FK2, TN1) „[...] Was ich mir dann auch manchmal wünschen würde, dass von höherer Ebene einfach mal zu dem Patienten gesagt wird, so bitte nicht. Dass nicht nur gesagt wird, ach ja Kundenzufriedenheit [...]“ (FK2, TN2). Dies zeigt sich bspw. in der Erstversorgung nach einem Aggressionseignis. „[...] Das eigene Personal, das wirklich aufs übelste verdroschen wurde auf Station und blutend in die Notaufnahme kommt, da wird sowas [Röntgen, CT] nicht gemacht“ (FK2, TN2). Oder durch, ein Fehlen an Sicherheits- sowie an Fachpersonen. „Viele Konflikte entstehen aufgrund Personalmangel [...]. Bei Angehörigen führt es zu Unmut, wenn der Patient zwei Stunden in der vollgemachten Windel liegt oder das Essen kalt serviert wird [...]. Solche Sachen passieren, weil es zu wenig Personal gibt“ (FK3, TN5). Weiter bemängelt das Personal die ungenügenden Schutzmaßnahmen sowie die Annahme, dass sich die Aggression gegen das Personal von der Organisation toleriert wird. „[Es] ist egal, was man macht. Der Patient hat den obersten Rang. Punkt. Die gehen vor. [Es] ist egal, wie er sich verhält, die beschwerten sich, du musst zu jedem ja und amen sagen und zuhören. Die [Patienten] sind der König“ (FK2, TN3).

7.8 Verbesserungspotenzial des Arbeitgebers

Bei der Frage, was sich die Fachpersonen von ihrer Organisation wünschen würden, wurden eine Aufstockung des Sicherheitspersonals sowie die Erweiterung von Überwachungs- und Alarmsystemen genannt. „Ja oder mehr Alarmsysteme, mehr Sicherheitspersonal [...]“ (FK2, TN1). Ein Arzt meint dazu: „Einfach Manpower [...]. Da stehen vier Männer auf der riesigen Abteilung und sie [die Ärztin] ist allein [...]. Noch drei, vier Männer dazu von unserer Seite ist die einzige Lösung“ (FK3, TN4). Auch ein institutionelles Unterstützungsangebot bspw. mittels Supervision oder Nachsorgedienst nach einem Aggressionseignis wird gewünscht. „Ich finde, eine Supervision wäre halt eine wirklich gute Geschichte, dass man darüber auch einfach mal reden kann mit jemandem, der vielleicht nichts mit der Station, vielleicht sogar nichts mit dem Krankenhaus zu tun hat [...]“ (FK2, TN2). „Wobei so eine psychologische Betreuung und ein Gesprächspartner vielleicht ganz gut wäre und auch etwas, was der Arbeitgeber anbieten könnte [...]“ (FK3, TN4). Weiter äußerten einige Fachpersonen sich eine mitarbeiterorientierte Positionierung bzw. Haltung ihrer Institution nach einem Aggressionseignis seitens Patient(inn)en oder deren Angehörigen zu wünschen, die personellen sowie organisatorischen Ressourcen zu optimieren, wie bspw. den Personalschlüssel zu erhöhen. „Also was mir so als erster Punkt in den Kopf kommt [ist] der Personalschlüssel [...]. Das Pflegepersonal geht viel gelassener ins Zimmer, hat weniger Stress im Hintergrund und der Patient ist auch viel gelassener, weil er merkt, ich werde hier viel besser umsorgt“ (FK2, TN2). Auch das Schulungsangebot zum Umgang mit Aggression im Berufsalltag für die Mitarbeitenden zu erweitern wird gewünscht. „[...] Schulungen für uns, weil wir sind direkt an nächster Front. In Form Deeskalation aber speziell auf Krankenhaus und Patient bezogen“ (FK2, TN1).

8 Diskussion und Schlussfolgerungen

8.1 Zusammenfassung der wichtigsten quantitativen und qualitativen Resultate

- **Häufigkeit:** Die Mehrheit der befragten Gesundheitsfachpersonen (62%) war in ihrem letzten Arbeitsjahr und 41% in der letzten Woche von Aggression seitens Patient(inn)en oder deren Besuchern am Arbeitsplatz betroffen. Am häufigsten erlebten die Teilnehmenden dabei verbale Aggression (94%).
- **Auslöser / Gründe:** Das Fachpersonal ortet die Ursachen aufgrund von Unverständnis (16%) oder Überforderung (13%) von Patient(inn)en. Ein Großteil der verbalen sowie physischen Aggression geht von Patient(inn)en mit einer Verhaltensstörung oder psychischen Erkrankung (25%) als Hauptdiagnose aus. In 48% der anderen Fälle liegt zudem eine Demenz und in 24% ein Delirium als Nebendiagnose vor. Weitere Auslöser für Aggression sind mit 33% die Wartezeit. Durch die Interviews konnte in Erfahrung gebracht werden, dass neben der Wartezeit im Wartezimmer des Notfalls auch die Wartezeit auf das Personal im stationären Bereich Auslöser von Aggressionen sind.
- **Zeitpunkt:** Die Meisten Angriffe von Seiten Patient erfolgten während einer Maßnahme mit Körperkontakt (21%). Doch auch das Prozedere bei der Aufnahme wird mit 18% als angriffsreich genannt. Von Seiten der Angehörigen ist neben der Beratung bzw. Informationsgabe mit 28%, auch das Prozedere bei der Aufnahme (23%) die am häufigsten genannte Situation, in welcher es zu Aggression gegenüber dem Personal kommt.
- **Belastung:** Viele der befragten Fachpersonen äußerten in den Fokusgruppeninterviews einen Unterschied, ob die Aggression von kognitiv adäquaten oder kognitiv beeinträchtigten Patient(inn)en ausgeht und die Ursache der Aggression Grund einer Krankheit und für sie somit erklärbar ist. Drohungen und Beschimpfungen von kognitiv gesunden Patient(inn)en bzw. Angehörigen bewerteten die Fachpersonen als deutlich belastender. Die Aggression von kognitiv gesunden Patient(inn)en, welche meist persönlich auf die eigene Person abzielte, beschrieben die Teilnehmer(inn)en als vergleichsweise belastender. Doch auch die Angst vor weiteren Angriffen ist mit 17% stark vertreten.
- **Bewältigungsstrategien:** Als unterstützend empfinden 37% das Gespräch mit Teamkolleg(inn)en. Trotz der Unterstützungsmöglichkeiten im Team wird die Belastung teilweise mit nach Hause getragen und hat sogar einen negativen Einfluss auf das Privatleben. Hier fällt eine gewisse Diskrepanz zwischen Pflegefachpersonen und dem ärztlichem Dienst auf. Manche Ärzte unterhalten sich darüber „Gar nicht“ (FK3, TN5) oder „eher informell [...] aber nicht offiziell, dass man diesbezüglich Teamsitzung einberufen hätte (FK3, TN3). So stellt sich die Frage nach organisatorischer Unterstützung.
- **Unterstützung durch den Arbeitgeber:** Eine Aufstockung des Sicherheitspersonals sowie die Erweiterung von Überwachungs- und Alarmsystemen wurden von den Fachpersonen als Maßnahmen zur Optimierung genannt. Zudem äußerten 29% der Fachpersonen, dass zu wenig Zeit für Patient(inn)en als auch Angehörige vorhanden sei. Dies unterstreicht ebenfalls den Wunsch nach mehr Personal zur Bewältigung der Aufgaben als auch für mehr Sicherheit. Weiter wissen 69% der befragten Gesundheitsfachpersonen nicht, ob es eine offizielle Haltung der Klinik gegenüber Aggression gibt. Dies zeigt sich in der Wahrnehmung, keine Unterstützung von Seiten der Klinik zu erhalten. Zudem geben 34% der Führungspersonen an, dass die Mitarbeitenden eher keine Unterstützung nach einem Vorfall erhalten und 25% sagen sogar gar keine Unterstützung. Zudem wünschen sich viele der befragten Fachpersonen ein institutionelles Supportangebot nach einem erlebten Aggressionseignis. Als ebenfalls wünschenswert wird eine mitarbeiterorientierte Positionierung der Institution im Umgang mit Aggression am Arbeitsplatz geäußert.
- **Offizielle Regelungen/institutionelle Haltung:** Sowohl aus der Umfrage wie auch aus den Fokusgruppeninterviews wurde deutlich, dass für viele Mitarbeitende nicht klar war, wie die Klinik zu der Thematik der Aggressionen durch Patient(inn)en oder Angehörige stand. Es entstand mitunter der Eindruck, dass die Kundenzufriedenheit höher angesehen war als die Mitarbeitergesundheit.

- **Schulungsangebote:** Obwohl 40% der befragten Fachpersonen eine Schulung bzw. Deeskalationstraining als wichtig erachten, haben 76% der Teilnehmenden bisher an keiner Schulung teilgenommen und die Mehrheit scheint sich zudem unsicher im Umgang mit verbaler und sehr unsicher im Umgang mit körperlicher Aggression zu fühlen. Das Personal wünscht sich Schulung bzw. Deeskalationstraining, welches inhaltlich nützlich und gezielt für den Arbeitsalltag im Krankenhaus zugeschnitten ist.
- **Meldesystem:** 68% der Führungspersonen geben an, eher nicht bzw. über kein ausreichendes Meldesystem zu verfügen und Meldungen nicht bis zur richtigen Hierarchiestufe gelangen (28%). Dies zeigt sich in den Aussagen, dass 24% der Führungspersonen eher nicht bzw. nicht über die Häufigkeit von Aggressionsereignissen informiert sind sowie 41% der Meinung sind, dass betroffene Fachpersonen Ereignisse eher nicht bzw. nicht ausreichend melden.

8.2 Diskussion im Kontext

Im Vergleich waren die Gesundheitsfachpersonen mit 62% im letzten Arbeitsjahr etwas häufiger von Aggressionsereignissen betroffen, als die befragten Gesundheitsfachpersonen aus einem Schweizer Krankenhaus mit 50.5% (Hahn et al., 2012). Allerdings ist hier die relativ geringe Rücklaufquote zu berücksichtigen. Es könnte sein, dass nur diejenigen Mitarbeitenden an der Umfrage teilgenommen haben, die sich durch Aggression besonders betroffen fühlen

Die Resultate der vorliegenden Studie spiegeln sich jedoch in der aktuellen Literatur zu Aggressionsereignissen am Arbeitsplatz wieder. Wie sich in anderen Studien zeigte, sind Gesundheitsfachpersonen dabei häufig von verbalen Aggressionsereignissen am Arbeitsplatz betroffen und äußern sich durch Aggressionserlebnisse mit kognitiv adäquaten Patient(inn)en mehr belastet, welche auf die eignen Person abzielt und somit als persönlicher wahrgenommen wird (Lundström, Saveman, Eisemann, & Åström, 2007; B. G. McKenna, Poole, Smith, Coverdale, & Gale, 2003; K. McKenna, 2004; Peter & Hahn, 2015; Richter, 2012).

Wie in der Studie von Peter und Hahn (2015), äußerten diese Gesundheitsfachpersonen ebenfalls, zu wenig Zeit für Patient(inn)en und Angehörige aufbringen zu können und aufgrund suboptimaler Organisationsstrukturen, Zeitdruck sowie geringen personellen Ressourcen vermehrt von Aggressionsereignissen im Arbeitsalltag betroffen zu sein. Aus den Studien von Shields und Wilkinson (2009) sowie Camerino et al. (2008) geht ebenfalls hervor, dass durch eine inadäquate personelle Besetzung die Aggression gegen die Mitarbeitenden begünstigt wird, was die Mitarbeiterzufriedenheit in relevantem Masse senken kann (Estryn-Behar et al., 2008; Winstanley, 2005). Wichtig scheinen daher ebenfalls die Haltung sowie der Umgang mit Aggression am Arbeitsplatz der betroffenen Institutionen zu sein. Die Resultate von Hahn (2012) zeigen auf, dass Gesundheitsfachpersonen ein geringeres Risiko aufweisen, Aggressionsereignissen am Arbeitsplatz zu erleben, wenn ihre Institution eine offizielle Haltung betreffend Aggression am Arbeitsplatz hat. Zentral sind ebenfalls die damit in Verbindung stehende Betriebskultur und das Betriebsklima (Registered Nurses' Association of Ontario, 2009). Eine defizitäre Aggressionspolitik der Institution, bei welcher die Aggression am Arbeitsplatz toleriert wird, eine nicht ausreichende Personalbesetzung, eine mangelhafte Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Zeitdruck sowie Stress herrscht und die Mitarbeitenden nicht ausreichende Schulungen sowie Support im Umgang mit Aggression erhalten, kann das Auftreten von Aggression weiter verstärken (Estryn-Behar et al., 2008; Hegney, Tuckett, Parker, & Eley, 2010; Shields & Wilkins, 2009; Thomet & Peter, 2015).

Im Großen und Ganzen entsprechen die in den hier beteiligten Kliniken erhobenen Daten dem Wissen über Aggressionsereignisse in somatischen Kliniken andernorts. Es konnten keine speziellen ‚Auffälligkeiten‘ festgestellt werden, welche die Kliniken von gleichartigen Einrichtungen unterscheidet. Dies bedeutet jedoch, dass generell in den somatischen Kliniken ein Nachholbedarf im Umgang mit Aggressionen besteht. Aus der Erfahrung im psychiatrischen Bereich, wo diese Thematik seit ca. 20 Jahren bearbeitet wird, kann zudem festgestellt werden, dass viele organisatorische Faktoren ähnlich denen sind, wie sie vor zwei Jahrzehnten dort angetroffen wurden. Durch die Einführung eines systematischen Aggressionsmanagements hat sich die Situation dort deutlich verbessert.

8.3 Schlussfolgerungen für die Praxis

Wie schon angedeutet wurde, braucht es nach unserer Einschätzung auch in den somatischen Kliniken in Deutschland ein systematisches Aggressionsmanagement, das sich sowohl auf die Prävention von Aggression als auch auf die Prävention von psychischen Folgen für die Mitarbeitenden erstreckt. Im Einzelnen schlagen wir folgende Aspekte vor:

- **Risikofaktoren ermitteln und minimieren:** Wichtig ist eine bereichsspezifische Risikoanalyse, um institutionsbedingte Risikofaktoren (lange Wartezeiten, Patienteninformationen, Stationstyp, eine laute Behandlungsatmosphäre, ein tiefer Personalschlüssel, etc.) identifizieren zu können und spezifische präventive Maßnahmen für den Arbeitsbereich abzuleiten. Zu möglichen Risikofaktoren im Akutspital kann das Modell von Hahn (2012) weitere Anhaltspunkte liefern (siehe Anhang A).
- **Schulungsangebote erweitern:** Aggressionsschulungen sind nötig, um die Fachpersonen auf potenzielle Risikofaktoren aufmerksam zu machen, geeignete Interventionsmaßnahmen sowie Kommunikationsstrategien zu trainieren und sie über Supportmöglichkeiten und deren Nutzen hinzuweisen. Wie aus den Resultaten ersichtlich wird ist vor allem eine krankenhausspezifische Aggressions- und Deeskalationsschulung erwünscht.
- **Sicherheitsmaßnahmen und Positionierung der Institution:** Gesundheitsfachpersonen können sich selbst nur begrenzt von Aggressionssituationen am Arbeitsplatz schützen und sind somit auf den Schutz ihrer Institution angewiesen (Stokowski, 2011). Zentral ist eine klinikinterne positive Sicherheitspolitik einzuführen und eine eindeutige, klare und offizielle Haltung / Richtlinie der Klinik zu Aggression gegen ihre Mitarbeitenden seitens Patient(inn)en oder deren Angehörigen zu kommunizieren. Zudem empfehlenswert ist es, die Sicherheitsmaßnahmen (Sicherheitspersonal, Sicherheitssysteme) auf ein adäquates Maß zu erhöhen und auf eine ausreichende Personalbesetzung zu achten, um Aggressionsereignisse am Arbeitsplatz zu minimieren.
- **Institutionelle Nachbetreuung nach einem Aggressionsereignis:** Eine effektive Nachsorge kann nicht alleine durch den Austausch und Support im Team oder im privaten Bereich gewährleistet werden. Wichtig ist eine institutionelle Weiterbegleitung nach einem Aggressionsereignis, wie bspw. durch die Etablierung von Nachsorgeteams, wie man sie häufig in psychiatrischen Einrichtungen findet.

9 Literaturangaben

- Camerino, D., Estryn-Behar, M., Conway, P. M., van Der Heijden, B. I., & Hasselhorn, H. M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *International journal of nursing studies*, 45(1), 35-50. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.01.013
- Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H.-M. (2008). Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study. *Occupational medicine*, 58(2), 107-114. doi: 10.1093/occmed/kqm142
- Gerberich, S. G., Church, T. R., McGovern, P. M., Hansen, H., Nachreiner, N. M., Geisser, M. S., . . . Watt, G. D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occupational and environmental medicine*, 61(6), 495-503.
- Hahn, S. (2012). Patient and Visitor Violence in General Hospitals (Doctoral dissertation).
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 68(12), 2685-2699. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x
- Hahn, S., Müller, M., Hantikainen, V., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2013). Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: Results of a multiple regression analysis. *International journal of nursing studies*, 50(3), 374-385. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.018
- Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. (2011). Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS. *Journal of clinical nursing*, 20(17-18), 2519-2530. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03768.x
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. J. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 431-441. doi: 10.1016/j.avb.2008.07.001
- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., & Eley, R. M. (2010). Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. *International journal of nursing practice*, 16(2), 188-202. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01829.x
- Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—a factor in recruitment and retention. *Journal of nursing management*, 10(1), 13-20.
- Lundström, M., Saveman, B. I., Eisemann, M., & Åström, S. (2007). Prevalence of violence and its relation to caregivers' demographics and emotional reactions—an explorative study of caregivers working in group homes for persons with learning disabilities. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(1), 84-90. doi: DOI 10.1111/j.1471-6712.2007.00429.x
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (12 ed.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- McKenna, B. G., Poole, S. J., Smith, N. A., Coverdale, J. H., & Gale, C. K. (2003). A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 56-63. doi: 10.1046/j.1440-0979.2003.00269.x

- McKenna, K. (2004). Study of work-related violence. *Committee on Workplace Violence, North Eastern Health Board, Ireland*, 1-121.
- Peter, K. A., & Hahn, S. (2015). Young nurses and experiences of aggression: a qualitative content analysis. In P. Callaghan, N. Oud, J. H. Bjorngaard, H. H. Nijman, T. Palmstierna, & J. Duxbury (Eds.), *Violence in clinical psychiatry* (Vol. 9, pp. 118-121). Copenhagen.
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2009). Preventing and Managing Violence in the Workplace. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.
- Richter, D. (2012). Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen. *Psychiatrische Pflege Heute*, 18(1), 13.
- Richter, D., & Berger, K. (2001). Patientenübergriffe auf Mitarbeiter Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Der Nervenarzt*, 72(9), 693-699.
- Richter, D., & Berger, K. (2009). Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. *Der Nervenarzt*, 80(1), 68-73.
- Rippon, T. J. (2000). Aggression and violence in health care professions. *Journal of advanced nursing*, 31(2), 452-460.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2009). *Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients*: Statistics Canada.
- Stokowski, L. A. (2011). Violence: Not in my job description.
- Thomet, C., & Peter, K. A. (2015). Förderung eines guten Betriebsklimas ist zentral. *Krankenpflege*, 4, 22-23.
- Winstanley, S. (2005). Cognitive model of patient aggression towards health care staff: The patient's perspective. *Work & Stress*, 19(4), 340-350. doi: 10.1080/02678370500409747

10 Anhang

10.1 SAVEinH Model

SAVEinH, a Model of Strategies Addressing Violence in Health Care in Hahn, S. (2012). Patient and Visitor Violence in General Hospitals. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, Seite 164.

Gemeinde/Umgebung

Professionelle Organisationen der Gesundheitsberufe

- betrachten Aggression und Gewalt als prioritäres Thema.
- bieten angepasste Fortbildung zum Thema.
- liefern Informationen (Daten) für Politik, Gemeinde und Fachpersonen

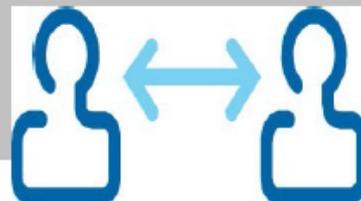
Politik

- beachtet Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen als wichtiges Thema.
- fordert Daten (Prävalenz, Form, Verletzungen etc.).
- beachtet dass Gesetzgebung und Versicherungen das Risiko von Gewalt und Aggression am Arbeitsplatz ernst nehmen.

Allgemeinspitäler

Spitäler benötigen ein umfassendes Sicherheitsmanagement mit folgendem Inhalt:

- Klare Haltung der Organisation gegenüber Aggression und Gewalt, inklusive klarer Definitionen.
- Massnahme der Qualitätsentwicklung zielen klar auf Aggressions- und Gewaltreduktion (Stationsatmosphäre, Optimierung von Prozessen und Abläufen, Personalstruktur und Besetzung).
- Richtlinien und Standards inklusive Reporting und Beratung.
- Interdisziplinäres Training in Aggressions- und Gewaltmanagement und Deeskalation, inklusive Themen wie Angst und Stress (Einschätzung und Intervention), Kommunikation, kognitive Beeinträchtigung, ältere Patienten und Angehörige, Teamarbeit und Zweierapproach.
- Informationsstrategie (intern und extern) zum Thema



Situation

Interaktion benötigen mehr Aufmerksamkeit bezüglich Risiko für Aggression und Gewalt

- in hoch technologisierter Umgebung
- in Ambulatorien
- mit nahem Körperkontakt
- in welche junge und/oder unerfahrene Berufspersonen involviert sind.
- in welche weibliche Mitarbeitende involviert sind.
- mit folgenden Patientencharakteristiken und/oder involvierten Angehörigen/Besucher:
 - Pflege und Betreuung von älteren Menschen über 65 Jahre.
 - Patienten leiden unter Stress, Angst, Schmerzen.
 - Patienten leiden unter kognitiven Einschränkungen welche sich beeinträchtigend auswirken auf die Orientierungsfähigkeit und die Fähigkeit die Situation in der sie sich befinden zu verstehen.
 - Der emotionale Zustand der Patienten und/oder führt zu Frustration, Unzufriedenheit, Angst, Stress.
- wenn die Akzeptanz der Behandlung mit Patienten und/oder Angehörigen/Besucher verhandelt werden muss.
- bei Beratung in schwierigen Situationen.

Mitarbeitende benötigen Kenntnisse und Strategien:

- zum Informationsbedarf und die Informationsverarbeitung von Patienten und Angehörigen/Besuchern.
- zur Einschätzung von Wut, Frustration, Angst, Stress, Desorientierung und adäquate Interventionen.
- der Kommunikation, um als Agent der persönlichen Sicherheit und des Verständnisses zu handeln.
- um sich durch Aggression und Gewalt nicht persönlich verletzen zu lassen.

10.2 Fragebogen

Umfrage zum Gewalt- und Aggressionserleben von Fachpersonen im Gesundheitswesen²

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Studie!

Für eine aussagekräftige Auswertung sind wir auf eine möglichst hohe Beteiligung angewiesen. Der Fragebogen ist sehr einfach auszufüllen. Sprünge (Abkürzungen) sind möglich, wenn ein Thema Sie nicht betrifft.

Aggression ist in dieser Umfrage folgendermaßen definiert:

<i>verbale Aggression</i>	<i>z. B. beschimpfende oder beleidigende Sprache, persönliche verbale Angriffe, fluchen, obszöne oder sexuell belästigende Kommentare, bedrohliche Aussagen oder drohen mit einer Waffe</i>
<i>körperliche Aggression</i>	<i>z.B. schlagen, kneifen, stoßen, schubsen, spucken, treten, gebrauchen einer Waffe oder eines Gegenstandes als Waffe</i>

² Basierend auf Survey of Violence Experienced by Staff German Version Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., & Halfens, R. J. G. (2011). Measuring patient and visitor violence in general hospitals: feasibility of the SOVES-G-R, internal consistency and construct validity of the POAS-S and the POIS. *Journal of Clinical Nursing.*, 20(17-18), 2519-2530.

Abschnitt A: Persönliche Daten / Daten zum Arbeitsplatz

1. Welchem Geschlecht gehören Sie an?

weiblich

männlich

2. Wie alt sind Sie?

bis 17 Jahre

18-29 Jahre

30-45 Jahre

46 Jahre und älter

3. In welcher Funktion arbeiten Sie?

<input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in ³	<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin	<input type="checkbox"/> Physiotherapeut/-in
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut/-in / Logopäd/-in	<input type="checkbox"/> Diätassistent/-in	<input type="checkbox"/> Hebamme
<input type="checkbox"/> Med. Fachangestellte/r	<input type="checkbox"/> Med.-tech. Assistent/-in	<input type="checkbox"/> Sekretär/-in/Sachbearbeiter/-in
<input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfer/-in	<input type="checkbox"/> Heilerziehungspfleger/-in	<input type="checkbox"/> Altenpflegehelfer/-in
<input type="checkbox"/> Altenpfleger/-in	<input type="checkbox"/> Pflegewissenschaftler/-in	<input type="checkbox"/> Rettungsassistent/-in
<input type="checkbox"/> Operationstechnische/r Assistent/-in	<input type="checkbox"/> Sozialdienst	<input type="checkbox"/> Anderes: _____

4. Befinden Sie sich noch in der beruflichen Ausbildung oder in einem Studium?

Ja

Nein

5. Wie ist Ihr aktueller Beschäftigungsgrad?

Vollzeit

Teilzeit 19 bis 30 Stunden/Woche

Teilzeit unter 19 Stunden/Woche

6. In welcher Klinik arbeiten Sie zurzeit? (Kliniken sind alphabetisch geordnet)

Anästhesie

Augenklinik

Chirurgische Klinik

Diabeteszentrum

Endokrinologie, Diabetologie, Rheumatologie

³ Beim Erstellen dieses Fragebogens wurde darauf geachtet, dass entweder geschlechtsneutrale Bezeichnungen verwendet werden oder beide Geschlechterbezeichnungen aufgeführt sind. Wo dies nicht der Fall ist, erstreckt sich die verwendete Geschlechterbezeichnung auch auf das andere Geschlecht.

<input type="checkbox"/> Frauenklinik
<input type="checkbox"/> Gefässchirurgie, Gefäßmedizin /Angiologie
<input type="checkbox"/> Geriatrie
<input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, plastische Operationen
<input type="checkbox"/> Hautklinik
<input type="checkbox"/> Herzchirurgie
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin
<input type="checkbox"/> Kinderchirurgie und Kinderurologie
<input type="checkbox"/> Medizinische Klinik Mitte - Gastroenterologie, Hämatologie und internistische Onkologie und Endokrinologie
<input type="checkbox"/> Medizinische Klinik Mitte - Kardiologie, Internistische Intensivmedizin <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medizinische Klinik Mitte – Nephrologie, Dialyse, Notfallmedizin
<input type="checkbox"/> Medizinische Klinik Nord – Pneumologie, Infektiologie und internistische Intensivmedizin
<input type="checkbox"/> Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
<input type="checkbox"/> Neurochirurgie
<input type="checkbox"/> Neurologie
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/> Orthopädie
<input type="checkbox"/> Radiologie und Neuroradiologie
<input type="checkbox"/> Schmerzmedizin
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie und Radiologie Onkologie
<input type="checkbox"/> Unfallklinik
<input type="checkbox"/> Urologie
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulenchirurgie
<input type="checkbox"/> Zentrale Notaufnahme
<input type="checkbox"/> Anderes: _____

7. Mit welchen Patientengruppen arbeiten Sie am häufigsten? (mehrere Antworten sind möglich)

- Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre
- Erwachsene Menschen 18 bis 65 Jahre (inklusive Wochenbett)
- Ältere Menschen über 65 Jahre

8. Mit welchen Angehörigen arbeiten Sie sehr häufig? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Ehe-/Partner/-innen Eltern
 Geschwister sonstige Verwandte und Bekannte
 Kinder

9. Wie viel Arbeitszeit verbringen Sie in direktem Patienten-/ Klienten kontakt?

- über 60% 30 bis 60% weniger als 30%

10. Wie lange arbeiten Sie bereits im Gesundheits-/ Sozialwesen (inklusive Ausbildung und Praktika)?

- 0 bis 4 Jahre 5-9 Jahre 10-15 Jahre über 15 Jahre

11. Wie lange arbeiten Sie bereits auf ihrer aktuellen Station?

- unter 1 Jahr 1-4 Jahre 5-10 Jahre mehr als 10 Jahre

12. Üben Sie eine spezifische Funktion aus?

- Management / Führung Pädagogik / Lehre / Forschung Andere Keine

13. Sind Sie aktuell im **Pflegedienst** in einer **Leitungsfunktion** tätig?

- Ja Nein → Wenn Nein weiter mit Frage 18

14. Welcher Führungsebene gehören Sie an?

- Untere Ebene (bspw. Stationsleitung, Abteilungsleitung) Mittlere Ebene (Klinik Manager, Pflegedienstleitung) Obere Ebene (Vorstand oder Direktion)

15. Wie lange arbeiten Sie bereits in ihrer aktuellen Leitungsposition?

- unter 1 Jahr 1-4 Jahre 5-10 Jahre mehr als 10 Jahre

16. Werden in ihrem Arbeitsbereich finanzielle Mittel in Präventions-/ Interventionsmassnahmen gegen Patienten- und Besucheraggression investiert?

- Ja Nein Weiß nicht

17. In der folgenden Tabelle finden Sie rechts neben der jeweiligen Frage eine Antwortskala. Bitte markieren Sie darin, wie sehr Sie der jeweiligen Frage zustimmen.

		Nein	eher Nein	teilweise	eher Ja	Ja
a	Ist Patienten-/ Besucheraggression ein Thema in Ihrer Institution?	<input type="radio"/>				
b	Ist Patienten-/ Besucheraggression ein Thema in Ihrem Arbeitsbereich (Sektor/ Station)?	<input type="radio"/>				
c	Sind Sie darüber in Kenntnis, wie häufig Aggressionsereignisse vorkommen?	<input type="radio"/>				
d	Werden Sie über Aggressionsereignisse ausreichend informiert?	<input type="radio"/>				
e	Sind Sie der Meinung, dass Aggressionsereignisse von den betroffenen Fachpersonen ausreichend gemeldet werden?	<input type="radio"/>				
f	Sind Sie der Meinung, dass sie über ein ausreichendes Meldesystem verfügen, um Aggression gegen Ihre Mitarbeiter zu erfassen?	<input type="radio"/>				
g	Gelangen die Meldungen von Aggressionsereignissen bis auf die erforderliche Hierarchiestufe in Ihrer Institution?	<input type="radio"/>				
h	Erhalten Ihre Mitarbeiter nach einem erlebten Aggressionsereignis ausreichend Unterstützung?	<input type="radio"/>				

Abschnitt B: Erfahrungen mit Patienten- und Angehörigenaggression in den letzten 12 Monaten

18. Waren Sie in den **letzten 12 Monaten** verbalen und / oder körperlichen Angriffen von Patienten/Besuchern ausgesetzt?

- Ja Nein → Wenn Nein weiter mit Frage 39

19. Wurden Sie an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz in den **letzten 12 Monaten** von Patienten und / oder Angehörigen **verbal** angegriffen?

- Ja Nein → Wenn Nein weiter mit Frage 21

20. Markieren Sie die Quelle(n) und die Häufigkeit dieser Beschimpfungen:

	Quelle der verbalen Aggression	Häufigkeit während der letzten 12 Monate			
a	Patient/-in / Klient/-in	<input type="radio"/> 1 x	<input type="radio"/> 2 - 10x	<input type="radio"/> 11-20x	<input type="radio"/> über 20x
b	Angehöriger / Besucher	<input type="radio"/> 1 x	<input type="radio"/> 2 - 10x	<input type="radio"/> 11-20x	<input type="radio"/> über 20x

21. Wurden Sie an Ihrem aktuellen Arbeitsplatz in den **letzten 12 Monaten** von Patient/-innen und / oder Angehörigen **körperlich** angegriffen?

- Ja Nein → Wenn Nein weiter mit Frage 23

22. Markieren Sie die Quelle(n) und die Häufigkeit dieser körperlichen Angriffe:

	Quelle der körperlichen Aggression	Häufigkeit während der letzten 12 Monate			
a	Patient/-in/Klient/-in	<input type="radio"/> 1 x	<input type="radio"/> 2 - 10x	<input type="radio"/> 11-20x	<input type="radio"/> über 20x
b	Angehöriger/Besucher	<input type="radio"/> 1 x	<input type="radio"/> 2 - 10x	<input type="radio"/> 11-20x	<input type="radio"/> über 20x

Abschnitt C: Erfahrungen mit Patienten und Angehörigenaggression in der letzten Woche

23. Waren Sie in der **letzten Woche** verbalen und / oder körperlichen Angriffen ausgesetzt?

- Ja Nein → **Wenn Nein weiter mit Frage 33**

24. Markieren Sie die Quellen, die Art und Häufigkeit dieser Angriffe:

	Quelle der Gewalt	Häufigkeit während der letzten Woche		
		<input type="checkbox"/> 1 x	<input type="checkbox"/> 2-5 x	<input type="checkbox"/> über 5x
a	Patient/-in/Klient/-in hat mich beschimpft (verbale Aggression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Angehöriger/Besucher hat mich beschimpft (verbale Aggression)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Patient/-in/Klient/-in hat mich körperlich angegriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Angehöriger/Besucher hat mich körperlich angegriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Bitte wählen Sie die zutreffende medizinische Hauptdiagnose der Patient/-innen bzw. Klient/-innen aus, durch welche Sie **letzte Woche** verbal und / oder körperlich angegriffen wurden.

<input type="checkbox"/> Aggression durch Angehörige, nicht durch Patient/in → Weiter mit Frage 28	<input type="checkbox"/> Neubildung /Tumor
<input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe oder des Immunsystems	<input type="checkbox"/> Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems
<input type="checkbox"/> Endokrine, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten	<input type="checkbox"/> Krankheiten des Verdauungssystems
<input type="checkbox"/> Infektiöse /parasitäre Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
<input type="checkbox"/> Psychische und / oder Verhaltensstörung → Weiter mit Frage 27	<input type="checkbox"/> Krankheiten des Urogenitalsystems
<input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Wochenbett und Gynäkologie
<input type="checkbox"/> Krankheiten des Atmungssystems	<input type="checkbox"/> Andere
<input type="checkbox"/> Krankheiten des Auges / des Ohres	<input type="checkbox"/> Weiß nicht

26. Falls vorhanden, wählen Sie die zutreffende weitere psychische Erkrankung der Patient/-innen bzw. Klient/-innen aus, durch welche Sie **letzte Woche** verbal und / oder körperlich angegriffen wurden.

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Delirium | <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Intoxikation | <input type="checkbox"/> Psychose | <input type="checkbox"/> Suchterkrankung |

27. In Bezug auf Patienten / Klienten: In welchen Situationen oder bei welchen Tätigkeiten erlebten Sie verbale / körperliche Angriffe in der **letzten Woche**? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Ausführen von medizinischen/diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen **ohne** Körperkontakt
- Ausführen von medizinischen/diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen **mit** Körperkontakt
- Unterstützende Tätigkeiten/Hilfestellung **ohne** Körperkontakt
- Unterstützende Tätigkeiten/Hilfestellung **mit** Körperkontakt
- Prozedere bei Aufnahme
- Prozedere bei Entlassung
- Beratung/Information
- Nicht Patientenbezogene Tätigkeiten

28. In Bezug auf **Angehörige/Besucher**: In welcher Situation, bei welcher Tätigkeit erlebten Sie verbale / körperliche Angriffe in der **letzten Woche**? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Ausführen von medizinischen/diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen **ohne** Körperkontakt
- Ausführen von medizinischen/diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen **mit** Körperkontakt
- Unterstützende Tätigkeiten/Hilfestellung **ohne** Körperkontakt
- Unterstützende Tätigkeiten/Hilfestellung **mit** Körperkontakt
- Prozedere bei Aufnahme
- Prozedere bei Entlassung
- Beratung/Information
- Nicht patientenbezogene Tätigkeiten

29. Was waren nach Ihrer Einschätzung für Patienten / Klienten / Angehörige die Auslöser für die erlebten Aggressionsereignisse der **letzten Woche**? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Angst	<input type="checkbox"/> absichtsvoll aggressiv	<input type="checkbox"/> Unverständnis der Situation
<input type="checkbox"/> Schmerzen	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit nach Narkose	<input type="checkbox"/> Überforderung in der Situation

<ul style="list-style-type: none"> Verwirrtheit ohne Narkose 	<ul style="list-style-type: none"> kulturelle Unterschiede 	<ul style="list-style-type: none"> Verletzung der Intimsphäre
<ul style="list-style-type: none"> Entzug von Suchtmitteln 	<ul style="list-style-type: none"> Informationsmangel 	<ul style="list-style-type: none"> Sprach-/ Kommunikationsprobleme
<ul style="list-style-type: none"> Unsicherheit 	<ul style="list-style-type: none"> Unzufriedenheit mit Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> Andere

30. Gab es nach Ihrer Einschätzung noch weitere nicht Patienten-/ Klienten-/ Angehörigenbezogene Auslöser für die verbalen / körperlichen Angriffe der **letzten Woche**? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Mein Verhalten	<input type="checkbox"/> Wartezeit	<input type="checkbox"/> Institutionelle Verbote
<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Meine Überforderung	<input type="checkbox"/> viele Untersuchungen / Abklärungen
<input type="checkbox"/> Zu wenig Zeit für Personen	<input type="checkbox"/> Andere	

31. Wie reagierten Sie bei den betreffenden Patienten-/ Klienten-/ Angehörigen auf die verbalen / körperlichen Angriffe der **letzten Woche**? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Löste Alarm aus/holte Hilfe	<input type="checkbox"/> Entfernte mich unauffällig	<input type="checkbox"/> Verabreichte Bedarfsmedikation
<input type="checkbox"/> Alarmierte Polizei / Sicherheitsdienst	<input type="checkbox"/> Schickte Person weg	<input type="checkbox"/> Körperliche Kraftanwendung
<input type="checkbox"/> Führte informierendes Gespräch	<input type="checkbox"/> Führte Person an ruhigen Ort	<input type="checkbox"/> Forderte zu Verhaltensänderung auf
<input type="checkbox"/> Führte beruhigendes Gespräch	<input type="checkbox"/> Ließ mir nichts anmerken	<input type="checkbox"/> Andere

32. Welche längerfristigen Interventionen wurden bei den betreffenden Patienten-/ Klienten-/ Angehörigen aufgrund der verbalen / körperlichen Angriffe der letzten Woche veranlasst? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Verlegung auf andere Station	<input type="checkbox"/> Stationsverbot
<input type="checkbox"/> Zwangsmedikation	<input type="checkbox"/> Reizabschirmung	<input type="checkbox"/> Isolationszimmer
<input type="checkbox"/> Sedierende Medikation	<input type="checkbox"/> Mechanische Fixierung	<input type="checkbox"/> Hausverbot
<input type="checkbox"/> Andere		

Abschnitt D: Folgen / Auswirkungen der Aggression

33. Haben verbale oder körperliche Angriffe am derzeitigen Arbeitsplatz jemals dazu geführt, dass Sie sich krank gemeldet haben oder frei nehmen mussten?

Ja Nein → Wenn Nein weiter mit Frage 35

34. Geben Sie bitte an, wie viele Tage Sie in den vergangenen **12 Monaten** wegen verbaler oder körperlichen Angriffen von der Arbeit fern blieben:

Ein Arbeitstag oder weniger 2 - 3 Arbeitstage 4 - 5 Arbeitstage länger als eine Arbeitswoche

35. Markieren Sie bitte, wie Sie die **emotionale Auswirkung** der letzten **verbalen Aggression** beurteilen (den Effekt, welche diese verbale Aggression auf Sie persönlich hatte).

Keine verbale Aggression erlebt

nicht belastend

wenig belastend

mäßig belastend

stark belastend

sehr stark belastend

36. Haben Sie beim letzten **körperlichen Angriff** am Arbeitsplatz körperliche Verletzungen erlitten oder die Beschädigung von persönlichen Gegenständen / Kleidungsstücken erfahren? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

Keinen körperlichen Angriff erlebt [→ Weiter zur Frage 38](#)

Keine körperlichen Verletzungen

Brille oder Schmuck beschädigt / zerstört

Bekleidung beschädigt / zerstört

Kleinere körperliche Verletzungen, welche keine Behandlung oder erste Hilfe benötigten.

Größere körperliche Verletzungen, welche eine medizinische Abklärung und / oder Behandlung benötigten.

37. Markieren Sie bitte, wie Sie die **emotionale Auswirkung** des letzten **körperlichen Angriffes** beurteilen (den Effekt, welche dieser Angriff auf Sie persönlich hatte).

nicht belastend

wenig belastend

mäßig belastend

stark belastend

sehr stark belastend

Abschnitt E: Meldesystem / Richtlinien / Institutionelle Interventionen gegen Aggression

38. Welche unterstützenden Maßnahmen haben Sie nach dem Auftreten von verbalen oder körperlichen Angriffen am Arbeitsplatz in Anspruch genommen? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Keine Unterstützung gebraucht
- Diskussion/Gespräch mit vorgesetzter Person, Personalabteilung, Supervisor, Nachsorge
- Diskussion/Gespräch des Vorfalls mit einer Teamkollegin/einem Teamkollegen
- Diskussion/Gespräch des Vorfalls mit einem guten Freund/einer guten Freundin
- Diskussion/Gespräch des Vorfalls mit Partner/Partnerin/Familienmitglied
- Andere

39. Wo werden in Ihrer Institution Aggressionsereignisse dokumentiert? (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen)

- Keine Dokumentation
- Verlaufs- /Pflegebericht
- Krankengeschichte
- Aggressionsprotokoll

40. Gibt es in Ihrer Institution ein offizielles Meldesystem für Aggressionsereignisse? (Offizielle Meldung im Sinne eines mündlichen oder schriftlichen Berichts an den Vorgesetzten / Personaldienst, ein offizielles Protokoll usw.)

- Ja
- Nein → Weiter mit Frage 42
- Weiß nicht → Weiter mit Frage 42

41. Geben Sie bitte an, wie oft Sie an Ihrem Arbeitsplatz Aggressionsereignisse gegen Sie offiziell gemeldet haben (Offizielle Meldung im Sinne von: ein mündlicher oder schriftlicher Bericht an den Vorgesetzten / Personalabteilung, Unfallanzeige usw.)

- keine gemeldet
- wenige gemeldet
- ca. die Hälfte gemeldet
- fast alle gemeldet
- alle gemeldet

42. Gibt es in Ihrer Institution Standards / Richtlinien zum Umgang mit Patienten-/Besucheraggression?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

43. Gibt es in Ihrer Institution definierte Ansprechpersonen für Mitarbeitende, die Patienten-/Besucheraggression erlebt haben?

- Ja
- Nein
- Weiß nicht

44. Gibt es in Ihrer Institution eine Arbeitsgruppe zum Thema Aggressionsmanagement?

- Ja
- Nein → Weiter mit Frage
- Weiß nicht → Weiter mit

45. Ist diese Fachgruppe multidisziplinär besetzt?

Ja

Nein

Weiß nicht

46. Gibt es in Ihrer Institution Weiterbildungsangebote oder Trainingsangebote zum Thema Aggression am Arbeitsplatz?

Ja

Nein

Weiß nicht

47. Gibt es an in Ihrer Klinik eine/n institutionsinternen Trainer/in (z.B. für Deeskalation)?

Ja

Nein

Weiß nicht

Abschnitt F: Haltung gegenüber Aggression

48. Hat Ihre Klinik eine offizielle Haltung mit einem offiziellen Vorgehen (Offizielles Vorgehen im Sinne von: ein mündlicher oder schriftlicher Bericht an den Vorgesetzten / Personalabteilung und / oder festgelegte Vorgehensschritte), wie Mitarbeiterinnen betreut werden, welche angegriffen wurden?

Ja

Nein

Weiß nicht

49. In der folgenden Tabelle mit Aussagen finden Sie rechts neben der jeweiligen Aussage eine Antwortskala. Bitte markieren Sie darin, wie sehr Sie der jeweiligen Aussage zustimmen.

		stimme ich überhaupt nicht zu	stimme ich eher nicht zu	weiß nicht	stimme ich eher zu	stimme ich völlig zu
a	Bei Aggression ist für mich Unterstützung am Arbeitsplatz vorhanden, wenn ich sie brauche.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Mitarbeiter/-innen, welche Aggression erleben, brauchen Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Direkte Vorgesetzte unterstützen Mitarbeiter/-innen nach Vorfällen von Aggression.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Mitarbeiter/-innen sind zurückhaltend, erlebte Aggression am Arbeitsplatz mit Freunden/Familie zu diskutieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Teamkolleg/-innen sind im Allgemeinen unterstützend nach Vorfällen von Aggression.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	Nach Vorfällen von Aggression braucht man unterschiedliche Unterstützung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	Es ist schwierig, die nötige Unterstützung nach Aggression am Arbeitsplatz zu bekommen, wenn man sie braucht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	Familie und Freunde sind wichtige Ressourcen nach Vorfällen von Aggression gegen MitarbeiterInnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. Wie wichtig erachten Sie persönlich folgende Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit aggressiven Personen? (Bitte zutreffendes ankreuzen)

		wichtig	mäßig wichtig	nicht wichtig
a	Erkennen und Beurteilen von potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	Erkennen von Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	Erkennen von Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	Erkennen von Verwirrung und Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	Erkennen von aggressionsfördernden Umgebungsfaktoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	Verbaler Umgang / Kommunikation/Deeskalation mit potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	Interventionen gegen Angst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	Interventionen gegen Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	Interventionen zur Linderung von Verwirrung und Desorientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	Setzen von Grenzen bei potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	Zur Verfügung stellen von Informationen und Kommunikationsmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	Kommunikation mit verwirrten und desorientierten Menschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	Techniken zu Teaminterventionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	Körperliche Abwehrtechniken (Selbstverteidigung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	Sicheres körperliches Festhalten von aggressiven Personen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	Sichere Techniken zur Durchführung von mechanischer Fixierung (Gurte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	Selbstwahrnehmung in den Interaktionen mit Patienten/Klienten/Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r	Theorie zu Aggression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s	Theorie zu Angst und Stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t	Theorie zu Demenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u	Wirkung von Medikamenten bei Aggression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

v	Einsatz von schnellwirkenden Medikamenten zur Sedierung			
w	Systematisches Auswerten der Situation im Team			
x	Nachbesprechung der Situation mit Patienten/Klienten/Angehörige			
y	Systematische Erfassung von Aggressionseignissen			
z	Fähigkeiten zur Sicherstellung des persönlichen/eigenen Wohlergehens und des Verarbeitens der aggressiven Situation			
zz	Wahrnehmung der eigenen aggressiven Reaktionen (physisch oder psychisch)			

Abschnitt G: Aggressions-Schulung

51. Haben Sie jemals eine Schulung / Training im Umgang mit potentiell gewalttätigen Personen erhalten?

- Ja Nein → Wenn Nein weiter mit Frage 57

52. Die Schulung war (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen):

- Teil der Grundausbildung, des Studiums Teil einer Weiterbildung / Fortbildung

53. Die Schulung beinhaltete (Bitte alle zutreffenden Felder ankreuzen):

- Erkennen und Beurteilen von potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen
- Erkennen von Angst und Stress
- Erkennen von Verwirrung und Desorientierung sowie Interventionen
- Verbaler Umgang und Kommunikations-Deeskalationstechniken, Informationsstrategien
- Interventionen gegen Angst und Stress
- Erlernen von Halte-, Schutz-, Befreiungs- und Fluchttechniken
- Setzen von Grenzen bei potentiell gewalttätigen und aggressiven Personen
- Teaminterventionen
- Übungs- und Selbsterfahrungsangebote anhand der Arbeit mit Simulationspatienten
- Selbstwahrnehmung in der Interaktion mit Patienten/Klienten/Angehörigen
- Theorie zu Aggression
- Theorie zu Angst und Stress
- Systematisches Auswerten der Situation im Team
- Nachbesprechen der Situation mit Patienten/Klienten/Angehörige

54. Wie viele Schulungen haben Sie besucht?

- Eine Schulung Zwei Schulungen (inkl. Auffrischkurse) Drei oder mehr Schulungen

55. Wie viele Schulungstage (inkl. Auffrischungs- oder Refresherkurse) haben Sie insgesamt besucht?

- 1-3 Tage 4-5 Tage 6-10 Tage mehr als 10 Tage

56. Wann wurde die letzte Schulung abgeschlossen (inkl. Auffrischkurse)?

2015-2014 2013-2010 2010 oder weiter zurück liegend

57. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit **verbalen Interventionen** (damit sind verschiedene Kommunikationsmöglichkeiten gemeint) in potentiell gewalttätigen Situationen an Ihrem Arbeitsplatz?

nicht sicher wenig sicher mäßig sicher sicher sehr sicher

58. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit **körperlichen Interventionen** (damit sind verschiedene körperliche Abwehr- oder Festhaltetechniken gemeint) in potentiell gewalttätigen Situationen an Ihrem Arbeitsplatz?

nicht sicher wenig sicher mäßig sicher sicher sehr sicher

59. Wie wichtig ist Schulung zum Thema Aggression für Sie in Ihrer aktuellen beruflichen Tätigkeit?

nicht wichtig wenig wichtig mäßig wichtig wichtig sehr wichtig

*Vielen Dank für Ihre wertvolle Teilnahme an dieser
Befragung.*