

# pflegenetz

Das Magazin für die Pflege

A portrait of Martin Nagl-Cupal, a middle-aged man with short brown hair, smiling slightly. He is wearing a dark brown leather jacket over a blue collared shirt. The background is a blurred, colorful abstract pattern with shades of blue, orange, and white.

**Pflege ist (nicht)  
kinderleicht...?**

**Martin Nagl-Cupal  
im Interview**

[www.pflegenetz.at](http://www.pflegenetz.at)



# Aggressives Verhalten von Patientinnen und Patienten und Besucherinnen und Besucher in Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen – Analyse und Strategien

VON GÜNTER DORFMEISTER, HARALD STEFAN. FOTO VON RICHARD VARADAPPA.

**Aggression und Gewalt zeigen sich in vielen Lebensbereichen, in unterschiedlichsten Formen und werden in den Gesundheitseinrichtungen vermehrt als Problem wahrgenommen. In internationale Forschungsarbeiten wird klar beschrieben, dass Pflegende – nicht nur bezogen auf das Gesundheitswesen, sondern mit Blick auf alle Berufe – eines der höchsten Risiken tragen, mit Aggression und Gewalt konfrontiert zu werden (ICN, 2007, Campbell et al., 2011; Hahn et al., 2012). Für den österreichischen Bereich wurde von den Autoren in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) eine wissenschaftlichen Untersuchung durchgeführt – zur Feststellung des Problemfeldes und um geeignete Maßnahmen zu erarbeiten.**

Sind Mitarbeitende in Gesundheitsberufen häufig mit Aggression und Gewalt im Arbeitskontext konfrontiert und wird dieses Phänomen im Team nicht adäquat reflektiert bzw. fehlen Strategien im Umgang damit, kann dies bspw. zu Gesundheitsproblemen oder auch zu einem Ausstieg aus dem Beruf führen (Deery et al., 2011). Work Place Violence – Aggression am Arbeitsplatz ist in den Fokus der Menschen in Europa gerückt und widerspiegelt sich ebenso in einer Agenda der EU (Europäischen Sozialpartnervereinbarung gegen Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz, 2007).

Berufserfahrung, Funktion, Ausbildungsniveau und die Biographie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können ausschlaggebend sein, ob Pflegende Opfer von Angriffen und verbalen Beschimpfungen werden (Anderson, 2002). Hartmann (2003) beschreibt in einer Schweizer Untersuchung in Pflegeeinrichtungen, dass sich die meisten Aggressionshandlungen (50%) während der Hilfestellung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ereignen. Äußerungsformen der Patientenaggression und -gewalt, die häufig genannt werden (Jansen, Dassen, Groot, & Jebbink, 2005), sind verbale Beschimpfungen und Bedrohungen, körperliche Angriffe wie Beißen, Fußtritte, Schlägen, Kratzen, Packen, Kneifen, Spucken oder an den Haaren ziehen. Die Folgen für betroffene Mitarbeitende sind psychischer, physischer aber auch sozialer Natur. Im Rahmen der European NEXT Study (Nurses Early Exit Study; Estryn-Behar, 2008) wurden auch Fragen zum Phänomen Aggression und Gewalt gestellt. 22% der Pflegenden berichten über Gewaltereignisse durch Patientinnen, Patienten und Angehörige, wobei die höchsten Inzidenzraten in der Psychiatrie, Geriatrie und in Notfalleinheiten beschrieben werden.

Die der Untersuchung zugrunde liegende Definition von

Aggression und Gewalt sind von Morrison (1990, S.73) und dem International Council of Nurses - ICN (2001, S.13). Morrison definiert aggressives Verhalten wie folgt:

*„Jegliche Form von verbalem, nonverbalem oder körperlichem Verhalten, welches für die Patientin/den Patienten selbst, andere Personen oder deren Eigentum bedrohlich ist, oder körperliches Verhalten, wodurch der Patient selbst, andere Personen oder deren Eigentum zu Schaden gekommen sind.“*

ICN definiert Aggression und Gewalt wie folgt:

*„Aggression ist ein demütigendes, herabsetzendes oder anderes Verhalten, das einen Mangel an Respekt vor der Würde und dem Wert einer Person zeigt. Sexuelle Belästigung ist jedes unerwünschte, nicht erwiderte und nicht begrüßte Verhalten sexueller Art, das dazu führt, dass sich die belästigte Person bedroht, erniedrigt oder beschämt fühlt. Gewalt ist ein destruktives Verhalten gegenüber anderen Personen.“*

## Untersuchungsmethode und Stichprobe

Das Studiendesign entspricht einer Längsschnitterhebung zur Ermittlung der Aggressionsarten, Folgen und Verteilung auf unterschiedliche Betriebsbereiche, der Aggressionsinzidenz (SOAS-R) in einem Zeitraum von drei Monaten. Das Untersuchungsfeld umfasst 8 Krankenhäuser (KH), davon 3 mit psychiatrischen Abteilungen (Psych), sowie 7 Geriatriezentren (GZ; Pflegeeinrichtungen), insgesamt nahmen 138 Stationen (Betriebsstellen-BS) teil. In 381.218 beobachteten Behandlungstagen wurden 1.250 Aggressionsereignisse



dokumentiert. Als Datenerhebungsinstrument wurde der in internationalen Studien verwendete SOAS-R - Staff Observation of Aggression Scale-Revised ausgewählt (Nijman & Palmstierna, 2002). Wird eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter Zeugin/Zeuge aggressiven Verhaltens oder ist selbst in einen Vorfall involviert, so wird ein SOAS-R Erhebungsbogen ausgefüllt, womit nur die tatsächlichen stattgefundenen Aggressionsereignisse (AE), deren Art und Auswirkung dokumentiert werden. Der SOAS-R erfasst organisationsbezogen demografische und patientenbezogene Daten und ist in fünf Themenbereiche mit Unterpunkten gegliedert, woraus sich auch der Schweregrad des Aggressionsereignisses errechnet (0 Punkte: leichte Form – 22 Punkte: schwerste Form).

| Ergebnisüberblick<br>von 138 Betriebs-<br>stellen<br>GZ, KH, Psychiatrie<br>und andere                           | Pflege-,<br>Behandlung-<br>stage | Aggressions-<br>ereignisse | Inzidenz |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|----------|
| <b>7 Geriatriezentren<br/>(GZ)</b><br>Pflegeheime (PH) (26<br>Betriebsstellen - BS)                              | 64.578                           | 294                        | 0,46     |
| <b>8 Krankenhäuser<br/>(KH)</b><br>Auswertung <b>ohne</b><br><b>Psychiatrische</b> Abtei-<br>lungen (99 BS)      | 298.065                          | 501                        | 0,17     |
| davon 3 KH mit<br>Psychiatrie<br>Auswertung <b>nur</b><br><b>Psychiatrische Sta-<br/>tionen (13)</b>             | 18.575                           | 455                        | 2,45     |
| davon 5 KH mit<br>Notfalleinrichtungen<br>Auswertung <b>nur</b><br><b>Notfalleinrichtun-<br/>gen (6)</b>         | 33.575                           | 136                        | 0,41     |
| davon 3 KH mit Kind-<br>er Ambulanzen<br>Auswertung <b>nur</b><br><b>Kinderamb. (3)</b> im<br>24 Stunden Betrieb | 33.749                           | 49                         | 0,15     |
| davon 3 KH mit<br>Kinderstationen<br>Auswertung <b>nur</b><br><b>Kinderstationen (3)</b>                         | 7.348                            | 9                          | 0,12     |
| davon 7 KH konserva-<br>tive Betriebsst.<br>Auswertung <b>nur</b><br><b>internistische Sta-<br/>tionen (66)</b>  | 164.104                          | 223                        | 0,14     |
| davon 4 KH operative<br>Betriebsstellen<br>Auswertung <b>nur</b><br><b>chirurgische Statio-<br/>nen (18)</b>     | 66.393                           | 94                         | 0,14     |

## Ergebnisse der Untersuchung und Analyse

Angehörige der Gesundheitsberufe werden im Arbeitskontext mit unterschiedlichen Arten von Aggression konfrontiert. 78% aller Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen gaben an, verbal angegriffen oder beschimpft worden zu sein, 44% mit tätlichen Angriffen im Beruf. Hohe Inzidenzraten (Tab. 1) sind in der Psychiatrie, Geriatrie und in Notfalleinheiten (Unfallambulanzen und Notaufnahmen) festzustellen. In der Psychiatrie besteht ein 14-mal, in Notfalleinrichtungen ein 3-mal höheres Risiko, ebenso ein 3-mal höheres Risiko besteht in der Geriatrie, mit Aggressionsereignissen konfrontiert zu werden, als im Durchschnitt der Betriebsstellen in Krankenhäusern (Dorfmeister & Stefan, 2008).

Der internationale Vergleich (Needham, 2008) der Aggressionsereignisse (AE / Inzidenzrate) in Psychiatrien pro Bett und Jahr ergab 7,6 AE/Bett/Jahr. Als Vergleich liegt die Schweiz bei 8,2 Land/14 Stadt, Niederlande 17,4 und Großbritannien bei 40,9.

Die Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's) ist mit 24% ein häufiger Auslöser von Aggression, besonders bei älteren Klientinnen und Klienten. Bei diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen kommt es in 11% zu aggressivem Verhalten, zu 15% wenn Patientinnen, Patienten und/oder Besucherinnen und Besucher etwas verwehrt wird, ebenso sind Wartezeiten im Krankenhaus (17%) eine häufige Ursache.

Das Zustandsbild der Aggressoren ist zu 67% mit Wut und Ärger, zu 26% mit Verwirrtheit/ Desorientiertheit zu beschreiben, 3,5% äußern Schmerzen und bei 9% war Suchtmittelmissbrauch (z.B. Alkohol) erkennbar. 44% der Aggressoren sind Frauen, 56% Männer. Aggression in Kinderbereichen geht in Kinderambulanzen zu 98% von Eltern/Begleitpersonen aus, in den Kinderstationen sind es in 22% der Fälle die Kinder- und Jugendlichen selbst.

Wenn Aggressionsereignisse auftreten, so sind es überwiegend Bedrohungen und Beschimpfungen (75%), verbale sexistische Aggression kommt zu 6%, verbal rassistische Aggression zu 4% vor. Tätliche Angriffe mit der Hand (schlagen) finden zu 42%, mit dem Bein (treten) zu 17% statt. Gefährliche Attacken mit dem Messer, Gegenstände zum Schlagen kommen zu 2% vor, Feuer war in 1% der Fälle dokumentiert (Psychiatrie). 73% der Aggressionsereignisse finden am Tag (7-19 Uhr), 27% in der Nacht (19-7 Uhr) statt.

**Tabelle 1:** Übersicht SOAS-R Inzidenzraten. Darstellung der Aggressionsereignisse pro 100 Pflege-, Behandlungstage in 13 Wochen (Inzidenzrate) in ausgewählten Betriebsstellen von Krankenhäusern (KH) und Geriatriezentren (GZ).



## Maßnahmen

Die häufigste Maßnahme zum Stoppen des Aggressionsereignisses ist mit 70% das Gespräch (auch in Kombination mit anderen Maßnahmen), in 14% konnte ruhiges Wegführen dasselbe Ziel erreichen. Bei 18% war Kraftanwendung notwendig und in etwas über 2% musste die Polizei zu Hilfe gerufen werden. Aggressionsereignisse und die damit verbundenen Deeskalationsmaßnahmen dauerten im Schnitt 20 Minuten.

47% aller Befragten geben an, Unterstützung nach Aggressionsereignissen zu brauchen. Fortbildungsmaßnahmen wie Kommunikations-, Konflikt-, Deeskalationstrainings (Needham et al., 2005) sind ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Kompetenzbildung im Umgang mit dem Phänomen Aggression. Dies bestätigen auch Erfahrungsberichte und die Evaluierung von Aktivitäten in Wien (Stefan & Dorfmeister, 2005).

## Diskussion und Strategieempfehlungen

Angehörige der Gesundheitsberufe haben das Recht auf Schutz und Menschenwürde in der Berufsausübung (ASchG, 1995), so wie Patientinnen und Patienten und deren Bezugspersonen das Recht auf professionelle medizinisch-pflegerische Versorgung, Information und menschliche Zuwendung haben. Pflegende sind den Patientinnen und Patienten am nächsten, haben die meiste Kontaktzeit, sind zumeist die ersten Ansprechpartnerinnen für Angehörige. Spannungsfelder wie z.B. unerfreuliche Vorwürfe, ungerechtfertigte Forderungen, Missachtung der Hausordnung usw., führen immer häufiger zu Beschimpfungen oder sogar zu gewalttätigen Übergriffen. Belästigungen, Aggression und Gewalt gegenüber Mitarbeitenden dürfen nicht als berufsbedingtes Risiko toleriert werden.

Aus den Untersuchungsergebnissen und Erkenntnissen wurden *Empfehlungen* für geeignete *personal-, organisations- und patientenbezogene Maßnahmen* formuliert.

**Personalbezogene Maßnahmen:** Schulungen und Trainings, Erarbeitung von Richtlinien – Deeskalationsverfahren für Vorfälle, Reflexion besonderer Vorfälle, Qualitäts-, Risikomanagement, Nachbetreuung nach belastenden Aggressionsereignissen.

**Organisationsbezogene Maßnahmen:** Strukturierte Dokumentation der Ereignisse (z.B. SOAS-R), Risikoanalyse, Sicherheitsmaßnahmen wie Notrufsysteme für Mitarbeitende, Sicherheitsdienst und Polizeipräsenz (punktuell), Meldung von Aggressionsereignissen, Null-Toleranz-Strategie (Hausordnung), rechtlicher Schutz und Mediation.

**Patientenbezogene Maßnahmen:** Präventive aggressionsmildernde Maßnahmen wie z.B. Zeit für Gespräche, transparente partizipative Planung und Entscheidungen im Behandlungs- und Pflegeprozess, „entspanntes“ Arbeitsklima. Information und Aufklärung von Patientinnen, Patienten und Besucherinnen und Besucher (Hausordnung), personenbezogenes Risikoassessment, Reflexion und Nachsorge von

Ziel der Aggression sind zu 86% die Mitarbeitenden von Gesundheitsberufen, wobei der Pflegedienst mit 80% am häufigsten konfrontiert ist, Ärztinnen und Ärzte mit 17% sowie zu 6% andere Mitarbeitergruppen (Schalterschreibkräfte, Betriebsdienste, Therapeutinnen und Therapeuten).

Konsequenzen für das Ziel/Opfer (Abb. 1) sind bei 55% der Aggressionsereignisse dokumentiert. Sichtbare Verletzungen traten bei 5% (n=73) der Vorfälle auf, bei 3% (n=44) war eine ärztliche Behandlung notwendig. In etwas über 1% (n=17) sind sexuelle Übergriffe dokumentiert.

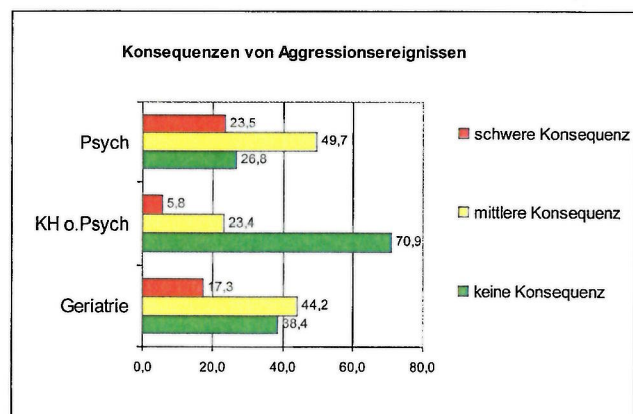


Abbildung 1: Konsequenzen der AE (GZ, KH, Psych).

Patientinnen und Patienten (Angehörige) nach belastenden Aggressionseignissen und freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Der Umgang mit dem Phänomen Aggression in Gesundheitsorganisationen muss sachlich fundiert diskutiert werden, um auch die Öffentlichkeit zu sensibilisieren und das Thema zu enttabuisieren.

## > Literatur

Anderson, C. (2002). Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues Ment Health Nurs*, 23(4), 351-66.

Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz - ASchG). (1995). BGBl. Nr. 450/1994 idF BGBl. Nr. 457/1995.

Campbell, J., Jill, T., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., ..., & Bolyard, R. (2011). Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe atwork study. *J. Occup. Environ. Med.*, 53 (1), 82-89.

Deery, S., Walsh, J., Guest, D., (2011). Workplace aggression: the effects of harassment on job burnout and turnover intentions. *Work Employ. Soc.*, 25(4), 742-759.

Dorfmeister, G. & Stefan, H. (2008). „Aggression von Patientinnen und Besuchern in Krankenhäusern und Geriatriezentren“. Studienbericht & Präsentation. PhD Program Nursing Science - Universität Maastricht, Charité Berlin, Wr. Krankenanstaltenverbund.

Europäische Sozialpartner - EGB, BUSINESSEUROPE, CEEP, UEAPME. (2007). *Rahmenvereinbarung gegen Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz*. IP/07/569 Brüssel, 26.4.2007. Abgerufen von <http://europa.eu/rapid/>

Estry-Behar, M. et al. (2008). Violence risk in nursing - results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 59, 107-114.

Hartmann, M. (2003). *Aggressionseignisse von PflegeheimbewohnerInnen*. Masterthesis. Universität Maastricht, Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe Aarau.

Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *J. Adv. Nurs.*, 68(12), 2685-2699.

ICN - International Council of Nurses. (2001). *Leitfaden zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz*. Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger SBK Sektion SG TG AI AR, St. Gallen.

International Council of Nurses - ICN. (2007). *Guidelines on coping with violence in the workplace*. Abgerufen am 19.03.2015 von [http://www.icn.ch/guide\\_violence.pdf](http://www.icn.ch/guide_violence.pdf)

Jansen, G., Dassen, T., & Groot Jebbink, G. (2005). Staff attitudes towards aggression in health care: A review of the literature. *J*

*Psychiatr Ment Health Nurs*, 12, 1, 3-13.

Morrison, E.F. (1990). Violent psychiatric inpatients in a public hospital. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 4(1) 65-82.

Needham, I., Abderhalden, C., Zeller, A., Dassen, T., Haug, H.J., Fischer, J.E., & Halfens, R.J. (2005). The effect of a training course on nursing students attitudes toward, perceptions of, and confidence in managing patient aggression. *J. Nurs Educ.*, 44, 9, 415-410.

Needham, I. (2008). *Internationale Erkenntnisse, Daten und Entwicklungen*. Präsentationsunterlagen der Veranstaltung „Aggression von PatientInnen und Besuchern in Krankenhäusern und Geriatriezentren in Wien“.

Nijman, H., & Palmstierna, T. (2002). Measuring aggression with the staff observation aggression scale - revised. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, Suppl. 412, 101-102.

Stefan, H., & Dorfmeister, G. (2005). Unveröffentlichte Teilergebnisse aus den Evaluierungsbögen des Basiskurses „Aggressions-Deeskalationsmanagement“. Wien: Wiener Krankenanstaltenverbund.

## > Zu den Personen



**Dr. Günter Dorfmeister, MBA, MSc**  
Direktor des Pflegedienstes am Wilhelminenspital, KAV Wien  
[gunter.dorfmeister@wienkav.at](mailto:gunter.dorfmeister@wienkav.at)  
[www.wienkav.at/wil](http://www.wienkav.at/wil)



**Dr. Harald Stefan, MSc**  
Oberpfleger der Psychiatrischen Abteilung, Krankenanstalt Rudolfstiftung, KAV Wien