Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings:

Ein Überblick über den jüngsten Forschungsstand

BACHELOR-Thesis zur Erlangung des Grades „Bachelor of Science“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

Fachbereich Gesundheitswesen

Bachelorstudiengang Pflegepädagogik

Vorgelegt von:

Malin Conradt

Erstprüfer: Prof. Dr. Johannes Krell

Zweitprüfer: Prof. Dr. Thorsten Arens

Datum der Abgabe: 23.05.2022

Inhaltsverzeichnis

1. Problemstellung und Aufbau der Arbeit 1

2. Theoretischer Rahmen 3

2.1. Gewalt in psychiatrischen Settings 3

2.2. Gewalt gegen professionell Pflegende in der Psychiatrie 7

2.3. Zusammenfassung des theoretischen Rahmens 12

3. Methodik 14

3.1. Orientierende Literaturrecherche 14

3.2. Systematische Literaturrecherche 15

3.2.1. Ein- und Ausschlusskriterien 18

3.2.2. Bewertungskriterien und Ergebnisübersicht der systematischen Literaturrecherche 19

3.3. Zusammenfassung des methodischen Vorgehens 20

4. Ergebnisse 21

4.1. Ursachen von Gewalt gegen professionell Pflegende 21

4.1.1. Umgebungsfaktoren 22

4.1.2. Fehlendes Gewaltbewusstsein 23

4.1.3. Bedürfniseinschränkungen 25

4.1.4. Kommunikation 26

4.2. Zusammenfassung der Ergebnisse 27

5. Diskussion der Befunde vor dem theoretischen Hintergrund 29

6. Fazit und Ausblick 34

Literaturverzeichnis 36

Abbildungsverzeichnis 40

Tabellenverzeichnis 40

Abkürzungsverzeichnis 41

Gender Erklärung

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung für alle Geschlechter und implizieren keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts oder anderweitiger Geschlechteridentitäten. Die männliche Sprachform dient ausschließlich der sprachlichen Vereinfachung und soll als geschlechtsneutral verstanden werden.

1. Problemstellung und Aufbau der Arbeit

Gewalt durch Patienten ist Teil des beruflichen Alltags von Pflegenden in Deutschland. Zu diesem Ergebnis kommt die Studie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Demnach erlebten 79,5 % der befragten Pflegenden in den letzten 12 Monaten Gewalt durch Patienten. Ein Drittel der Pflegekräfte gibt an, sich durch die Gewalt stark belastet zu fühlen (vgl. Schablon et. al 2018, o.S.). In der Fachliteratur wird besonders Gewalt gegen Pflegekräfte in der Psychiatrie als ein relevantes Thema definiert. Die Gefahr eines schweren Gewaltübergriffs durch psychisch kranke Patienten sei nach Haupt und Gouzoulis-Mayfrank (2016, 328) grundlegend nicht erhöht, trotzdem bestehe besonders auf akutpsychiatrischen Stationen ein hohes Gewaltpotential.

In der vorliegenden Arbeit wird mittels der Methode der systematischen Literaturrecherche folgender zentraler Fragestellung nachgegangen: „Auf welche Ursachen lässt sich Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings zurückführen?“

Zielführend bei der Beantwortung der Fragestellung ist, dass durch das Herausstellten der Gewaltursachen ein möglicher Ansatzpunkt für weiterführende Gewaltpräventionsstrategien gebildet werden kann, damit Pflegende gezielter auf Gewaltsituationen in stationären psychiatrischen Settings vorbereitet werden können. Den Ursachen wird im Rahmen dieser Arbeit nachgegangen.

Zu Beginn wird im theoretischen Rahmen (vgl. Kapitel 2) der Frage nach der Begriffsdefinition von Gewalt im psychiatrischen Kontext auf den Grund gegangen. Zudem erfolgt die Herausstellung von Gewaltformen, die für die vorliegende Arbeit relevant sind. Des Weiteren wird in diesem Kapitel beleuchtet, ob das Gewaltpotential gegen professionell Pflegende in der Psychiatrie nachweisbar steigt. Zudem erfolgen die Konkretisierung und Eingrenzung der psychiatrischen Settings.

Anschließend richtet sich der Fokus auf das Phänomen der Gewalt gegen professionell Pflegende. Dabei wird erläutert, was unter dem Begriff „Professionelle Pflege“ zu verstehen ist und welche Personengruppen unter diese Bezeichnung zu subsumieren sind. Zudem soll in diesem Kapitel die Bedeutsamkeit der Thematik und das Auftreten von Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings weiter herausgestellt werden. Resultierend daraus werden personenbezogene Risikofaktoren identifiziert, die das Gewaltrisiko gegen Pflegekräfte erhöhen können.

In dem Kapitel Methodik (vgl. Kapitel 3) erfolgt die Darstellung des Rechercheprozesses der orientierenden und systematischen Literaturrecherche. Im Zuge dessen werden auch die einbezogenen Ein- und Ausschlusskriterien der vorliegenden Arbeit erläutert.

In dem darauffolgenden Ergebnisteil (vgl. Kapitel 4) werden die Ursachen von Gewalt gegen Pflegekräfte dargestellt und näher beleuchtet. Zudem werden die Gewaltursachen anhand einer thematischen Kategorisierung abgebildet.

Die anschließende Diskussion (vgl. Kapitel 5) stellt das vorletzte Kapitel dieser Arbeit dar. Es folgt im Rahmen dessen die kritische Auseinandersetzung mit den Ergebnissen vor dem theoretischen Hintergrund. Das Fazit und der Ausblick (vgl. Kapitel 6) auf weiteren Forschungsbedarf bilden den Schluss der vorliegenden Arbeit.

2. Theoretischer Rahmen

In diesem Kapitel werden zu Beginn die theoretischen Grundlagen dargelegt, die zum Verständnis dieser Arbeit erforderlich sind. Zielführend war dabei die Definition zentraler Begrifflichkeiten sowie die Darstellung relevanter Vorbefunde. Somit wird im Folgenden die konstitutive Basis der vorliegenden Arbeit gebildet. In Kapitel 2.1 wird dazu zunächst der Begriff Gewalt im Rahmen der psychiatrischen Settings bestimmt. Weiterführend wird die Relevanz der Thematik in diesem Kontext weiter herausgestellt. Im Anschluss daran erfolgt in Kapitel 2.2 die Fokussierung auf Gewalt gegen professionell Pflegende. Hierzu wird anfangs der Frage nachgegangen, was unter dem Begriff „Professionelle Pflege“ zu verstehen ist und welche Personengruppen unter diese Bezeichnung zufassen sind. Die Konklusion der Vorbefunde erfolgt in der Zusammenfassung und bildet den Ansatz für das weitere Vorgehen dieser Arbeit.

2.1. Gewalt in psychiatrischen Settings

Der Ausdruck Gewalt ist nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO o.J., o.S.) ein beabsichtigter, angekündigter bzw. vollzogener Einsatz von physischer Gewalt oder Macht, die sich gegen die eigene Person, ein Individuum, mehrere Individuen oder ein Kollektiv richtet und mit physischen sowie psychischen Schäden, Langzeitfolgen oder Verlusten einhergeht. Die WHO kategorisiert Gewalt in interpersonelle Gewalt, selbstschädigende Gewalt und Gewalt innerhalb einer Gruppe.

Da sich die Fragestellung dieser Arbeit mit der Gewalt gegen Pflegekräfte im beruflichen Kontext befasst, wird im Folgenden die Positionierung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV o.J., o.S.) beleuchtet. Die DGUV hebt die Vielschichtigkeit des Begriffs hervor und bezieht sich auf die Definition der International Labour Organization (ILO), die sich auf den Arbeitsschutz fokussiert. Demnach umfasst Gewalt ein Spektrum von

nicht tragbaren, angekündigten oder vollzogenen Handlungen und Umgangsformen, die mit Schädigungen auf physischer, psychischer, sexueller oder ökonomischer Ebene einhergehen. Inkludiert sind dabei auch geschlechtsbezogene Grenzüberschreitungen und Gewalt. Die DGUV differenziert die Ursprungsfaktoren von Gewalt in externe und interne Auslöser. Unter die externen Faktoren werden Kunden und Besucher gefasst. Die interne Gewalt findet zwischen Beschäftigten innerhalb eines Unternehmens statt.

Die bisherigen Definitionen beschreiben das Phänomen Gewalt an sich, beziehen sich jedoch nicht explizit auf den Fachbereich der Psychiatrie. Um die Relevanz der Thematik im Kontext der Psychiatrie darzustellen, wird zusätzlich die Definition der durch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) veröffentlichten S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ hinzugezogen. In den S3-Leitlinien werden die Begriffe Gewalt und Aggression miteinander in Bezug gesetzt:

„Definitionen aus dem englischsprachigen psychiatrischen Kontext beziehen „aggression“ auf die Absicht, jemanden zu schaden oder ihn zu verletzten. […] Unter dem Begriff „violence“ werden dagegen ähnlich wie unter dem deutschen Pendant „Gewalt“ Handlungen verstanden, die die direkte Absicht implizieren, jemandem physischen Schaden zuzufügen. „Gewalt“ kann also als Subkategorie von „Aggression“ mit engerem Begriffsfeld verstanden werden.“ (DGPPN 2019, 4). Anschließend wird darauf hingewiesen, dass auch in diesem Kontext keine einheitliche Auslegung der Begriffe existiere. In einer weiteren Darstellung werden die Begrifflichkeiten in verschiedene Ebenen eingestuft. Demnach kann Agitation als Vorstufe von Aggression und Gewalt gesehen werden und als ein inadäquater Zustand, der sich durch eine gesteigerte motorische Aktivität, innerer Unruhe und Anspannung zeigt, verstanden werden. Folgende Einstufungen der Begrifflichkeiten werden dargestellt:

„Ruhe < Ängstlichkeit < Agitation < Aggression < Gewalt.“ (ebd.).

Gewalt nimmt nach dieser Kategorisierung die Endposition ein und stellt somit die Steigerung von Aggression dar. Basierend auf den zuvor aufgeführten Definitionen wird im Rahmen dieser Arbeit Gewalt als ein Phänomen verstanden, welches aus Aggression hervorgeht und sich im Kontext der Psychiatrie durch verbale sowie physische Interventionen zeigt, die sich gegen sich selbst, ein einzelnes Individuum oder eine Gruppe richten und mit drohendem oder bereits existierendem psychischem und physischem Schaden einhergeht. Der Begriff Gewalt inkludiert im weiteren Sinne auch die Vorstufe Aggression nach der DGPPN (ebd.). Betrachtet wird ausschließlich die vom Patienten ausgehende Gewalt im psychiatrischen Setting. Die von professionell Pflegenden ausgehende Gewalt, bspw. gegen Patienten oder Arbeitskollegen, wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter beleuchtet. Unter dem Begriff psychiatrische Settings wird der stationäre Bereich der psychiatrischen Krankenhäuser gefasst. Die ambulante psychiatrische Versorgung wird unter der Begrifflichkeit nicht inkludiert.

Die Relevanz der Gewaltthematik im Kontext psychiatrischer Einrichtungen wird an dem Beispiel Großbritannien deutlich. Zwischen den Jahren 2013 und 2014 wurden in Großbritannien 68.683 Übergriffe gegen Personal im Gesundheitswesen gemeldet. Davon waren 69 % der Gewaltvorfälle in psychiatrischen Einrichtungen oder Förderschulen (vgl. National Institute for Health and Care Excellence 2015, 20). Besonders im stationären Bereich psychiatrischer Krankenhäuser besteht ein erhöhtes Konfliktpotential und Gewaltrisiko (vgl. Haupt/Gouzoulis-Mayfrank 2016, 328). Im Vergleich zu somatischen Krankenhäusern ist das Risiko von Pflegekräften für Gewalterfahrungen im psychiatrischen Kontext dreimal so wahrscheinlich (vgl. Edward et al. 2016, 296f.). Diese Bedeutsamkeit wird auch in der schwedischen Studie von Hylén et al. (2018, 1090) deutlich. Demnach waren 87 % der Beschäftigten in der Psychiatrie Gewalt an ihrem Arbeitsplatz ausgesetzt.

In Deutschland kann von einer steigenden Tendenz des Gewaltrisikos in psychiatrischen Krankenhäusern ausgegangen werden. Das steigende Gewaltrisiko lässt sich durch die Daten der DGUV-Arbeitsunfallstatistik

(DGUV o.J., o.S.) belegen. Im Rahmen der Auswertung wurden die Unfallzahlen, der im Zeitraum von 2016 – 2021 publizierten Statistiken, berücksichtigt. Auch im Vergleich zu den Unfallzahlen wird deutlich, dass psychiatrische Krankhäuser besonders von gewaltbedingten Arbeitsunfällen betroffen sind. Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Entwicklungen werden im folgenden Diagramm die Unfallzahlen graphisch dargestellt.

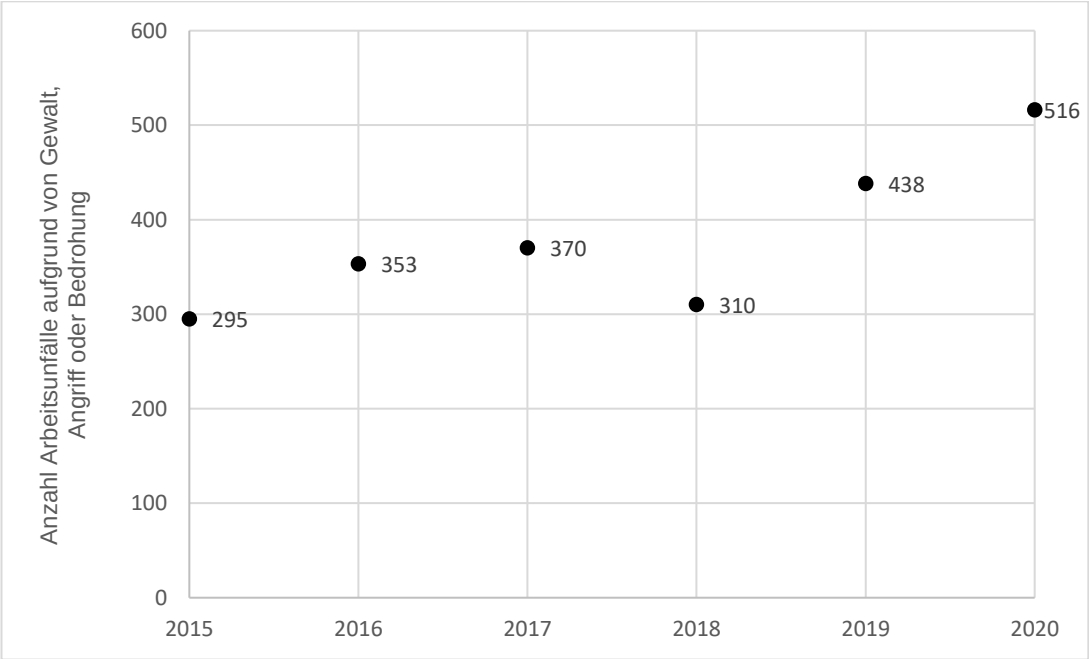

Abbildung 1: Arbeitsunfälle durch Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern (eigene Darstellung in Anlehnung an DGUV Unfallzahlen)

Die Grafik bildet die Anzahl der Arbeitsunfälle durch menschliche Gewalt, Angriff oder Bedrohung in dem Zeitraum von 2015 – 2020 ab. Es ist eine steigende Tendenz der Unfallzahlen in psychiatrischen Krankenhäusern zu erkennen (vgl. ebd.).

Am Beispiel Kanada wird jedoch deutlich, dass Gewalt im Kontext der Psychiatrie von den Beschäftigten häufig nicht als solche wahrgenommen bzw. gemeldet wird (vgl. Campbell et al. 2019, 414f.). Im Hinblick auf die Aussagekraft der Unfallzahlen gilt deshalb zu hinterfragen, ob die steigenden Zahlen mit einem tatsächlich höheren Gewaltvorkommen zusammenhängen oder ob sich das Meldeverhalten der Beschäftigten

geändert hat. Resultierend aus dem fehlenden Gewaltbewusstsein und Meldeverhalten lässt sich zudem eine Dunkelziffer von Gewaltvorfällen vermuten. Im anschließenden Kapitel werden diese Phänomene näher thematisiert.

2.2. Gewalt gegen professionell Pflegende in der Psychiatrie

Schändle-Deininger und Wegmüller (vgl. 2017, 23ff.) bezeichnen die professionelle Pflege als eine berufliche Tätigkeit, die auf Basiswissen fundiert, welches in der Ausbildung oder im Studium erworben wurde. Dies beinhalte die Anwendung und fachlich korrekte Durchführung im Kontext der Pflegepraxis. Die Professionalität zeichne sich zudem durch ein kontinuierliches Aneignen von Fachwissen sowie der Bereitschaft zu Weiterentwicklungsprozessen aus. Das Fundament für den Pflegeberuf bilden, neben einer ethisch-humanitäre Grundhaltung, die personalen, sozialen und fachlichen Kompetenzen. Schändle-Deininger und Wegmüller stellen einen Bezug der psychiatrischen Pflege zu den fünf Handlungseben der Gesundheitsförderung der Ottawa-Charta her. Die Handlungsebenen gliedern sich inhaltlich wie folgt:

- Gesundheitsförderung in der Gesamtpolitik entwickeln
- Gesunde Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsdienste neu orientieren
- Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln

Die psychiatrische Pflege richte sich demnach präventiv und gesundheitsförderlich aus und sollte durch ein ressourcenorientiertes Denken und Handeln geprägt sein (vgl. ebd., 24f.).

Sauter et al. (2011, 45ff.) sind der Auffassung, dass die Beschreibung von eindeutigen Tätigkeiten nicht ausreichen, um einen professionalisierten Beruf zu definieren. Die Definition über einzelne Tätigkeiten, berufsfremder Rollen oder Konzepte führe demnach zu Unklarheiten und

beeinträchtigen den Prozess der Professionalisierung des Pflegeberufs. Vielmehr solle sich die psychiatrische Pflege durch die Deskription ihres Fachgebiets charakterisieren und anhand von eigenen Konzepten der Pflegeexpertise auszeichnen. Ergänzend dazu beziehen sich Sauter et al. auf die Kriterien nach Weidner für professionelles Handeln. Demzufolge zeichne sich professionelles Handeln durch die Anwendung von dem, im Rahmen einer Ausbildung erworbenen, systematischen Wissen in der Praxis aus, welches auf die individuelle Pflegesituation angepasst werde. Die begründungsfähigen Handlungen und Entscheidungen basieren auf fachlichem Wissen, welches fortführend erweitert werde. Zudem bedürfen die Fähigkeiten des Fallverstehens und der reflektierenden Beziehungsgestaltung einer stetigen Weiterentwicklung. Deren Anwendung und Anpassung auf die individuelle Patientensituation zeichnen professionelles Handeln aus. Des Weiteren lasse sich professionelles Handeln nicht in der Gänze standardisieren, weshalb die Übernahme von persönlicher Verantwortung und das Rechtfertigen von Entscheidungen ebenfalls charakteristisch seien (vgl. ebd., 48).

In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „professionelle Pflegende“ in der Psychiatrie nicht ausschließlich als eine wissensfundierte berufliche Tätigkeit, die sich an Handlungsebenen orientiert, verstanden, sondern bedarf einer weiteren Konkretisierung.

Demnach definiert sich der Begriff nach der zuvor beschriebenen Auffassung von Sauter et al. (2011, 45ff.) und ist im Kontext des Fachgebiets der Psychiatrie mit fachspezifischen Pflegekonzepten zu sehen. Dieses Verständnis inkludiert auch die von den Autoren aufgeführte Definition des professionellen Handelns nach Weidner.

Gemäß der Definition des International Council of Nurses (ICN 1987, o.S.) lässt sich ein Personenkreis mit folgender Grundqualifikation unter den Begriff professionelle Pflegekraft fassen: „The nurse is a person who has completed a program of basic, generalized nursing education and is authorized by the appropriate regulatory authority to practice nursing in his/her country. Basic nursing education is a formally recognised

programme of study providing a broad and sound foundation in the behavioural, life, and nursing sciences for the general practice of nursing, for a leadership role, and for post-basic education for specialty or advanced nursing practice.“ (ICN 1987, o.S.).

Exemplarisch an dem Beispiel Deutschland umfasst diese Definition Personen, die nach § 1 Absatz 1 des Pflegeberufegesetz (PflBG) die Erlaubnis haben, die Berufsbezeichnung „Pflegefachfrau“ oder „Pflegefachmann“ zu führen und somit die Voraussetzungen nach § 2, Absatz 1 PflBG erfüllen. Bei Pflegekräften, die vor dem Inkrafttreten des neuen Pflegeberufegesetzes am 01.01.2020 ihre Ausbildung begonnen bzw. abgeschlossen haben, bleibt nach § 64 PflBG die Berufsbezeichnung bestehen. Unter dem Begriff professionell Pflegende wird somit die zuvor beschriebene Personengruppe verstanden.

Die Relevanz der Gewaltproblematik in psychiatrischen Settings wird durch die israelische Studie von Itzhaki et al. (2015, 407) deutlich. Demnach kommen die Forschenden zu dem Ergebnis, dass 88,1 % der Pflegenden in psychiatrischen Krankenhäusern verbale Gewalt und 58,4 % physische Gewalt durch Patienten erfahren haben.

Gewalt gegen Pflegekräfte in psychiatrischen Krankenhäusern ist auch in der Schweiz ein gravierendes Problem. Körperliche und psychische Verletzungen, die mit Auswirkungen wie Stress, Angst, Wut oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung einhergehen, zählen zu den Folgen. Die negativen Auswirkungen beeinflussen nicht nur die einzelnen Betroffenen, sondern wirken sich auf das gesamte stationäre Setting wie die organisatorischen Strukturen und die Behandlung der Patienten aus (vgl. Schlup et al. 2021, 1550).

Die Ambivalenz und das Spannungsfeld in Bezug auf Gewalt in diesem Kontext werden im Folgenden nach Campbell et. al (2019, 414ff.) verdeutlicht. Demnach bildet das psychiatrische Milieu auf der einen Seite einen sicheren und reizarmen Rahmen, der das Wohlbefinden der Patienten fördern soll. Auf der anderen Seite ist dieses Setting häufig von Kontrolle und Überwachung geprägt. Letzteres kann dazu führen, dass

eine Atmosphäre der Gewalt entsteht und aufrechterhalten wird. Zudem wird auch die Normalisierung von Gewalt in der Psychiatrie thematisiert. Professionell Pflegende seien sich nicht immer über das Auftreten von verbaler Gewalt bewusst, weil diese ein Teil des beruflichen Alltags sei. Gewalt werde als Bestandteil des Berufs angesehen und systemisch akzeptiert. Die Autoren vergleichen Gewalt gegen Pflegekräfte in der Psychiatrie mit häuslicher Gewalt. Es bestünden Parallelen zu den Betroffenen. Demnach seien beide Formen der Gewalt schambehaftet und würden oft verschwiegen. Des Weiteren fühlen sich die Betroffenen häufig für die Gewaltsituation verantwortlich, weil sie diese nicht verhindern konnten. Pflegekräfte seien trotz des gegenwärtigen Professionalisierungsprozesses häufig von alten Rollenbildern und Werten wie Altruismus, Fürsorge und Mitgefühl geprägt. Die Wahrnehmung von Schuld, dem Gefühl der Verantwortlichkeit und das Aushalten von Gewaltsituationen könnten mit diesem alten Rollenverständnis des Pflegeberufs in Verbindung stehen.

Dafny und Beccaria (2020, 3341f.) stellen in ihrem Artikel ebenfalls heraus, dass Pflegekräfte in Australien Gewaltvorfälle häufig als Teil ihrer Arbeit ansehen und diese nicht melden. Als weitere Gründe wurden auch fehlende Konsequenzen, Zeitmangel und komplizierte Meldesysteme genannt. Zudem sei die Sorge vor Schuldzuweisungen und negativen Folgen wie Gerichtsverfahren oder der Verlust des Arbeitsplatzes ursächlich für die fehlenden Meldungen. Die Autoren stellten zudem Unterschiede in Bezug auf das Meldeverhalten von Gewalt und dem Geschlecht fest. Demnach sei die Motivation zur Meldung bei weiblichen Pflegekräften größer, die Wahrung der eigenen Rechte am Arbeitsplatz habe eine höhere Priorität als bei männlichen Pflegekräften. Ein weiterer Faktor sei, dass männliches Pflegepersonal häufig keine „Schwäche“ zeigen wolle. Die Autoren stellen zudem weitere Unterschiede im Hinblick auf die Geschlechtsmerkmale und Gewalt heraus. Demnach erfahre das weibliche Pflegepersonal verstärkt verbale Gewalt, die männlichen Pflegekräfte seien häufiger körperlicher Gewalt durch Patienten ausgesetzt.

Schlup et al. (2021, 1551f.) identifizieren in ihrer Studie weitere personenbezogene Merkmale, die mit dem Gewaltvorkommen im Kontext der Psychiatrie in Verbindung stehen. Die Forschenden untersuchten in der Querschnittsstudie das Gewaltvorkommen gegen Pflegende in Schweizer Psychiatrien und die damit verbundenen pflegebezogenen Merkmale. Die Autoren unterschieden dabei in verbale Gewalt, Gewalt gegen Eigentum, verbale sexuelle Gewalt, körperliche Gewalt, körperliche sexuelle Gewalt sowie in schwere Übergriffe im bisherigen Berufsleben. Im Rahmen der Studie wurden Daten von 1128 Pflegekräften aus 13 psychiatrischen Krankenhäusern verwendet. Neben den schweren Übergriffen im bisherigeren Berufsleben, wurden die Pflegenden zu den zuvor beschriebenen Gewalterfahrungen in den letzten 30 Tagen befragt. Schlup et al. kamen zu dem Ergebnis, dass in diesem Zeitraum 73 % der Pflegekräfte verbale Gewalt, 63 % Gewalt gegen Eigentum, 40 % verbale sexuelle Gewalt, 28 % körperliche Gewalt und 14 % körperliche sexuelle Gewalt erfahren haben. 30 % der Befragten gaben an, in ihrem bisherigen Berufsleben schwere Gewaltübergriffe erlebt zu haben. Die Mehrheit der Pflegenden bewertete Gewalt durch Patienten nicht als Bestandteil ihres Berufs. Befragte, die Gewalt als Teil ihrer Arbeit ansahen, berichteten vermehrt über Gewalterfahrungen. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht, Arbeitspensum und der Häufigkeit von Gewalterfahrungen herausgestellt werden. Demnach sei bei weiblichen Pflegekräften mit hohem Arbeitspensum und wenig Berufserfahrung die Gefahr eines verbalen oder verbal sexuellen Übergriffs besonders hoch. Bei Pflegenden, die in ihrer Vergangenheit bereits schwere Formen von Gewalt erfahren haben, sei das Risiko einer wiederholten Gewalterfahrung ebenfalls erhöht. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse heben die Autoren die besondere Schutzbedürftigkeit dieser vulnerablen Personengruppen hervor. Zudem sollten diese Erkenntnisse im Rahmen der Gewaltprävention mit einbezogen werden. Schlup et al. sind der Auffassung, dass bisherige Gewaltpräventionsstrategien nicht ausreichen. Es bestünde ein Bedarf an politischen und pädagogischen Konzepten, um weiterführende Präventionsstrategien zu entwickeln.

Handlungsbedarf mit dem Ziel, Gewalt gegen Pflegekräfte zu reduzieren, sehen auch Dafny und Beccaria (2020, 3346). Die Verantwortlichkeit liege dabei insbesondere bei den Direktionen und Bildungseinrichtungen der Institutionen. Bereits in der Pflegeausbildung solle demnach Gewalt vermehrt thematisiert werden. Dabei müsse ein reflektierendes und supportives Vorgehen im Fokus stehen. Durch die Sensibilisierung sollen die Auszubildenden besser auf das Phänomen Gewalt in der Pflegepraxis vorbereitet werden.

2.3. Zusammenfassung des theoretischen Rahmens

Die Thematik dieser Arbeit befasst sich mit den Ursachen von Gewalt gegen professionell Pflegende im psychiatrischen Setting. Bisher wurde herausgestellt, dass keine einheitliche Definition des Gewaltbegriffs in der Fachliteratur existiert (vgl. DGPPN 2019, 4). Zum Teil wird der Begriff Gewalt als ein ausschließlich körperlicher Übergriff verstanden, andere Definitionen fassen den Begriff weiter und beziehen unter anderem auch die verbalen Geschehnisse mit ein (vgl. Kapitel 2.1). Diese Ambiguität spiegelt sich auch in der Praxis wider. Gewalt wird unterschiedlich wahrgenommen und zum Teil als Bestandteil des Berufs gesehen, was unter anderem dazu führt, dass Gewaltsituationen nicht identifiziert und gemeldet werden. Zudem wurden personenbezogene Merkmale herausgestellt, die mit einem erhöhten Gewaltrisiko in Zusammenhang stehen. Auffällig war dabei, dass besonders unerfahrene, weibliche Pflegekräfte einem erhöhten Risiko von verbaler sowie verbaler sexueller Gewalt ausgesetzt sind (vgl. Kapitel 2.2). Die bisher beschriebenen Ergebnisse charakterisieren Kriterien, aus denen ein erhöhtes Risiko für Gewalterfahrungen hervorgehen kann. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass das Gewalterleben durch die Subjektivität der Betroffenen geprägt ist, wodurch eine begrenzte Aussagekraft der Befunde resultierten kann. Des Weiteren wurden die Befragungen der Pflegekräfte retrospektiv durchgeführt. Daher lässt sich vermuten, dass der Zeitfaktor zwischen den Gewaltvorfällen und den Befragungen einen Einfluss auf die Beurteilung

der Situationen nimmt. Zudem ist anzunehmen, dass sich die internationalen, kulturellen und wertebezogenen Unterschiede sowie auch Differenzen zwischen den Gesundheitssystemen der einzelnen Nationalitäten auf die Aussagekraft der Befunde auswirken. Es lässt sich auf Grundlage der Vorbefunde wie den Daten zum Gewaltvorkommen in psychiatrischen Settings, den Unfallzahlen und den Risikofaktoren ein Bedarf nach der Ursachenforschung ableiten. Das Herausstellen der Ursachen kann dazu beitragen, dass das Bewusstsein für dieses Phänomen gestärkt wird und weiterführend auch zur Reduzierung von Gewalt in diesem Kontext beitragen kann. In der vorliegenden Arbeit wird dieser Fragestellung fortführend in den nächsten Kapiteln nachgegangen.

3. Methodik

Nachfolgend wird das methodische Vorgehen der orientierenden und systematischen Literaturrecherche dargestellt, um die Nachvollziehbarkeit des Rechercheprozesses zu gewährleisten. Infolgedessen wird die Recherchestrategie mit den verwendeten Schlagworten und den im Verlauf herausgestellten Ein- und Ausschlusskriterien aufgezeigt. Exemplarisch erfolgt die detaillierte Darstellung des Rechercheprozess anhand der Datenbank Pubmed in schriftlicher sowie tabellarischer Form. Die Beurteilungskriterien der Publikationen sowie eine Ergebnisübersicht werden abschließend im letzten Teil dieses Kapitels aufgeführt. Das methodische Vorgehen erfolgte in Anlehnung an den Sammelband von Brandenburg et al. „Pflegewissenschaften 2“. Ergänzend dazu wurde die Literatur von Klewer „Projekt-, Bachlor- und Masterarbeiten“ hinzugezogen.

3.1. Orientierende Literaturrecherche

Zu Beginn des Rechercheprozesses wurde eine orientierende Literaturreche durchgeführt. Ziel war es, einen Überblick über das wissenschaftliche Thema zu schaffen sowie die Entwicklung einer Forschungsfrage. Die Suche erfolgte mittels eines Virtual-Private-Network-Zugangs (VPN) der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen. Dieser vergrößerte das Suchfeld und ermöglichte den erweiterten Zugang zu wissenschaftlichen Artikeln, Fachzeitschriften und Fachbüchern (vgl. Klewer 2016, 21f.).

Zunächst wurde im online Bibliothekskatalog der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (OPAC) sowie über Livivo, das Suchportal für die Lebenswissenschaften der deutschen Zentralbibliothek für Medizin (ZB MED) recherchiert. Anschließend wurden auch die Fachdatenbaken Pubmed, Carelit und der Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) verwendet. Auf Grund der meist in englischer

Sprache verfassten Fachartikel wurden im Rahmen der orientierenden Recherche deutsche und englische Suchbegriffe herausgestellt. Folgende Schlagwörter wurden unsystematisch miteinander kombiniert und verwendet: Gewalt, Psychiatrie, Pflegekräfte, Gewalt gegen Pflegekräfte, psychiatry, violence, violence against nurse. Durch die unterschiedlichen Begriffskombinationen und das schrittweise Ergänzen weiterer Suchbegriffe konnte die Recherche zunehmend eingegrenzt werden. Anhand dessen wurde im Verlauf der Suche das Thema dieser Arbeit identifiziert sowie eine Fragestellung generiert. Zudem bildete die orientierende Literaturrecherche die Basis für das weitere systematische Vorgehen, in dem die relevanten Suchbegriffe (key words) und Medical Subject Headings (MeSH-Terms) herausgestellt wurden (vgl. Borger et. al 2007, 49).

3.2. Systematische Literaturrecherche

Im Folgenden wird das Vorgehen der systematischen Literaturrecherche aufgezeigt. Die systematische Methode wurde ausgewählt, um die Fragestellung dieser Arbeit nachvollziehbar zu beantworten. Zudem implizierte das systematische Vorgehen eine höhere Wahrscheinlichkeit, den aktuellen wissenschaftlichen Stand und alle relevanten Informationen herausstellen zu können (vgl. Borger et. al 2007, 44f.). Im Rahmen der Suchstrategie wurde die Historie der Recherche tabellarisch dokumentiert. Neben der Generierung der Schlagwörter wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die systematische Recherche definiert. Diese werden im anschließenden Kapitel näher thematisiert.

Die systematische Literaturrecherche erfolgte hauptsächlich in drei für die Thematik dieser Arbeit relevanten Datenbanken. CINAHL wurde aufgrund der Bandbreite an pflegespezifischen Inhalten für die Recherche ausgewählt. Die Suche in CINAHL wurde primär in englischer Sprache durchgeführt. Des Weiteren wurde die Recherche in Carelit aufgrund des Spektrums an Fachzeitschriftenliteratur für Pflege- und Gesundheitsberufe durchgeführt. Zudem wurde die Datenbank Pubmed für die Recherche

verwendet. Pubmed ermöglichte den Zugang zu englischsprachiger Fachliteratur der National Library of Medicine aus pflegewissenschaftlichen, medizinischen und psychologisch fundierten Disziplinen.

Exemplarisch für die Literaturrecherche wird anhand von Pubmed der Suchprozess im Folgenden detailliert dargestellt. Im Rahmen des systematischen Vorgehens wurden die Recherche mit verschiedenen Schlagworten und MeSH-Terms durchgeführt. Die Anwendung von MeSH-Terms hatte das Ziel weitere Schlagworte herauszustellen und das Suchprofil zu erweitern. Folgende MeSH-Terms wurden angewendet:

- psychiatric nursing
- hospitals, psychiatric
- workplace violence

Im Rechercheprozess wurden zudem die Booleschen Operatoren AND, OR, NOT angewendet. Durch die Kombinationen der Suchbegriffe mittels der Booleschen Operatoren konnten Themenbereiche und Rechercheergebnisse eingegrenzt oder vergrößert werden. Ergänzend dazu wurden Trunkierungen wie nurse* und violence* verwendet. Zielführend war dabei, dass Begrifflichkeiten mit dem gleichen Wortstamm in die Ergebnissuche miteinbezogen wurden (vgl. ebd. 49f).

Zu Beginn wurde die Suche in der Datenbank Pubmed ohne Eingrenzungen mit den Begrifflichkeiten „psychiatry AND violence*“ durchgeführt. Die Recherche ergab 3885 Ergebnisse. Aufgrund der hohen Trefferquote wurden über das Suchfeld die Begrifflichkeiten „AND nurse*“ ergänzt. Resultierend daraus ergab sich die Summe von 296 Treffern. Aufgrund dessen waren zusätzliche Eingrenzungen notwendig. Die Recherche wurde auf einen Zeitraum von 10 Jahren begrenzt. Über die Feldersuche wurde die Zeitspanne angepasst und ergab 256 Resultate. Nach dem thematischen Modifizieren der Begrifflichkeiten „AND nurse*“ zu „AND against nurse*“ reduzierte sich die Trefferzahl auf 46. Aus der erfolgten Sichtung der Abstracts wurden neun Artikel für geeignet befunden und in die Auswahl der Volltextbeschaffung miteinbezogen.

Der beschriebene Rechercheprozess in Pubmed, ist anhand der folgenden Tabelle nachzuvollziehen und wurde als systematische Übersicht handlungsbegleitend erstellt.

Tabelle 1: Systematische Literaturrecherche Pubmed (eigene Darstellung)

Schlagwörter, Boolesche Operatoren, Trunkierungen	**Datum**	**Zeitraum**	**Treffer**	**Geeignete Artikel für die Literatur-beschaffung**
psychiatry **AND** violence*	17.12.21	Keine Eingrenzung	3885	
psychiatry **AND** violence* **AND** nurse*	17.12.21	Keine Eingrenzung	296	
psychiatry **AND** violence* **AND** nurse*	17.12.21	2011 - 2021	256	
psychiatry **AND** violence* **AND** against nurse*	17.12.21	2011 - 2021	46	9

In der Tabelle wird die exemplarische, zuvor beschriebene Literaturrecherche in der Datenbank Pubmed abgebildet. Die Darstellung der Schlagwörter erfolgt mit dem booleschen Operator AND und den angewendeten Trunkierungen. Die Anzahl der Suchergebnisse wird

innerhalb der Spalte „Treffer“ abgebildet. Die Auswirkungen durch die Anpassung von Recherchekriterien werden anhand der Reduzierung der Trefferanzahl deutlich.

Die Recherche wurde im Anschluss in den Datenbanken Cinahl und Carelit weitergeführt. In Cinahl wurden durch die beschriebene Suchstrategie 18 Treffer erzielt. Zusätzlich wurde in Carelit mit den bereits beschriebenen, deutschen Schlagwörtern recherchiert. Im Rahmen dessen wurden 47 Publikationen herausgestellt. Ergänzend zu dem dargestellten Vorgehen, wurde die Recherchestrategie durch das von Borger et. al (2007, 51) beschriebene Schneeballsystem erweitert. Dazu wurde das jeweilige Literaturverzeichnis aus der bereits herangezogenen thematisch relevanten Literatur gesichtet. Das Ziel dabei war die Identifikation von weiteren bedeutsamen Literaturquellen zur Beantwortung der Fragestellung. Auf diese Weise wurden neun zusätzliche Publikationen zur weiteren Befundung miteinbezogen.

Die systematische Literaturrecherche wurde beendet, als im Rahmen der beschriebenen Recherchestrategien keine weiteren relevanten Ergebnisse herausgestellt werden konnten. Im Anschluss erfolgte die Sichtung der Abstracts der wissenschaftlichen Journal-Publikationen. Anhand dessen wurde die thematische Eignung der Artikel überprüft. Demzufolge wurden 17 Journal-Publikationen und zwei Leitlinien von Fachgesellschaften als relevant für die Fragestellung befunden. Resultierend daraus ergab sich die weitere Volltextanalyse (vgl. Klewer 2016, 21f.). Die Beurteilung und Auswahl der Literatur wird in den weiterführenden Kapiteln beschrieben.

3.2.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde internationale Fachliteratur berücksichtigt, die sich thematisch mit dem Phänomen Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings befasst. Dabei wurden Studien aus Europa sowie aus Kanada, den Vereinigten Staaten, Israel, Australien und Neuseeland inkludiert, die in englischer oder deutscher

Sprache verfasst waren. Zudem wurden Studien mit einer multiprofessionellen sowie multiinstitutionellen Perspektive miteinbezogen, die das Gewaltrisiko der Berufsgruppen und Institutionen im Gesundheitswesen verglichen.

Während der Literaturrecherche wurde der Zeitraum auf 10 Jahre begrenzt. Begründend für die temporäre Eingrenzung war einerseits die Sicherstellung einer ausreichende Datenlage sowie die Abbildung des aktuellen Forschungsstandes. Zudem wurden für die Auswahl nur Artikel verwendet, die ein verbindliches Peer-Review-Verfahren durchlaufen hatten (vgl. Klewer 2016, 23).

Zu den Ausschlusskriterien der vorliegenden Arbeit zählte Literatur, die nicht in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurde. Des Weiteren wurden Studien ausgeschlossen, die im psychiatrischen Kontext die Berufsgruppe der professionell Pflegenden nicht berücksichtigte. Nicht inkludiert wurden zudem Studien, die durch privatwirtschaftliche Unternehmen finanziert waren.

3.2.2. Bewertungskriterien und Ergebnisübersicht der systematischen Literaturrecherche

Im Rahmen der Volltextanalyse wurden zwei Leitlinien und 17 Journal-Publikationen gesichtet. Die Eignung der Studien für die vorliegende Arbeit wurde in Anlehnung an die „Allgemeinen Kriterien zur Beurteilung von Studien“ nach Panfil (vgl. 2007, 184) überprüft. Dabei lag der Hauptaspekt besonders auf thematisch relevanten Befunden bezüglich der Forschungsfrage.

Resultierend aus der Beurteilung der Literatur, konnten neun Studien und zwei Leitlinien identifiziert werden, die sich für die Beantwortung der Fragestellung eigneten. Davon wurden fünf Ergebnisse durch die Literaturrecherche in der Datenbank Pubmed herausgestellt. Die weiteren sechs Publikationen waren Ergebnisse aus der Schneeballrecherche. Die Artikel aus den Datenbanken Cinahl und Carelit wurden im Zuge der

Volltextanalyse sowie unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschluss Kriterien selektiert.

Alle Ergebnisse befassen sich thematisch mit Gewalt gegen Pflegekräfte im psychiatrischen Kontext. Es konnte keine Studie herausgestellt werden, die sich im Rahmen der Forschungsfrage ausschließlich mit der Ursachenforschung des Gewalt Phänomens gegen Pflegekräfte befasst. Die Ergebnisse wurden aufgrund von thematischen Übereinstimmungen bzw. Differenzen in vier Oberkategorien zusammengefasst. Die detaillierte Darstellung der Befunde erfolgt im Ergebniskapitel.

3.3. Zusammenfassung des methodischen Vorgehens

Die Hauptfragestellung dieser Arbeit befasst sich mit Gewalt gegen Pflegenden in psychiatrischen Settings. Um dieser Fragestellung nachzugehen, wurde die Methode der systematischen Literaturrecherche präferiert. Im Rahmen dieses Kapitels erfolgte die Darstellung der orientierenden und systematischen Literaturrecherche. Um den Rechercheprozess detailliert und nachvollziehbar darzustellen, wurde die Datenbank Pubmed exemplarisch ausgewählt. Die Auswahl lässt sich unter anderen aufgrund der hohen Trefferquote begründen. Die Recherche in englischer Sprache stellte sich als besonders geeignet heraus, weshalb vor allem englische Schlagwörter verwendet wurden. Zudem war die Mehrheit der gesichteten Studien in englischer Sprache verfasst. Des Weiteren erwies sich die Schneeballrecherche als zielführend. Insgesamt eigneten sich neun Studien und zwei Leitlinien für die Bearbeitung der Fragestellung. Die Befunde werden im folgenden Ergebniskapitel dargestellt.

4. Ergebnisse

Die Ausgangsfrage dieser Arbeit zielt darauf ab, die Ursachen von Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings herauszustellen. Mit dem Hintergrund der erfolgten Literaturrecherche werden im folgenden Kapitel die relevantesten Ergebnisse, der neun Studien und zwei Leitlinien dargestellt. Zu Beginn dieses Kapitels werden erste Erkenntnisse der Ursachenrecherche anhand von zwei Leitlinien aufgeführt. Resultierend daraus ergab sich eine weitere Spezifizierung der Ursprungsfaktoren, woraus eine Einteilung in Oberkategorien erfolgte.

4.1. Ursachen von Gewalt gegen professionell Pflegende

Durch die ersten Befunde der Literaturrecherche konnte herausgestellt werden, dass Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings auf multifaktoriellen Ursachen beruht. Dies wird unter anderem in den S3 Leitlinien „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (DGPPN 2019, 44f.) deutlich. Gewalt entstehe durch eine eskalierende Interaktion zwischen Patienten und Beschäftigten und sei häufig die Folge von Einschränkungen oder Ablehnungen. Zudem stehe Gewalt auch im Zusammenhang von Umgebungsvariablen. Auf Grund dessen sei die Eingrenzung auf konkrete und grundlegende Ursachen nicht möglich.

Die Vielschichtigkeit der Gewaltursachen wird auch anhand der in Großbritannien publizierten Leitlinien „NICE guideline - Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings“ des National Institute for Health and Care Excellence deutlich (2015, 18). Demnach sei die Ursache für Gewalt in psychiatrischen Settings eine Kombination aus einer Vielzahl von Aspekten, die sich in intrinsische und extrinsische Faktoren unterteilen. Hiernach beziehen sich intrinsische Faktoren auf den Patienten und umfassen Persönlichkeitsmerkmale, die Gegenwärtigkeit einer akuten

psychischen Krise und fehlende Strategien zur Emotionsregulation. Die extrinsischen Ursachen lassen sich auf ein Spektrum von verschiedenen Einflussfaktoren zurückführen. Dazu zählen das physische und soziale Umfeld des Patienten sowie dessen Haltung zu Gewalt und Aggression. Die Einflussfaktoren der Mitarbeiter umfassen die Ausbildung, Einstellung, Erfahrung und Bewertung von Gewalt.

Das Spektrum der Faktoren, die Gewalt gegen Pflegekräfte verursachen bildete sich auch in den Ergebnissen der internationalen Studien ab. Aufgrund dessen wurden die Befunde der vorausgegangenen Literaturrecherche in vier Hauptkategorien gegliedert. Folgende Oberkategorien wurden identifiziert:

- Umgebungsfaktoren
- Fehlendes Gewaltbewusstsein
- Bedürfniseinschränkungen
- Kommunikation

In den weiterführenden Kapiteln werden die Gewaltursachen im Rahmen der aufgezeigten Kategorisierung dargestellt.

4.1.1. Umgebungsfaktoren

Virtanen et al. (2011, 154) kommen in ihrer finnischen Längsschnittstudie zu dem Ergebnis, dass die Überbelegung von psychiatrischen Stationen ursächlich für Gewalt gegen Pflegepersonal sein kann. Stress stehe damit eng im Zusammenhang. Die Überbelegung führe unter anderem zu psychosozialem Stress der Aggression verstärke. Des Weiteren sei die Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus grundsätzlich eine stressige Situation für den psychisch erkrankten Menschen. Hinzukommend führe die Überbelegung zu fehlenden Rückzugsmöglichkeiten. Dies wirke sich weiter negativ auf das Wohlbefinden des Patienten aus. Der Stress werde zusätzlich durch Störungen von Mitpatienten und Personal verstärkt. Diese menschliche

Nähe könne zu einer massiven Verstärkung der Angst des Patienten führen und gewalttätiges Verhalten auslösen.

Zu dem Ergebnis, dass Gewalt durch räumliche Nähe ausgelöst werden kann, kommen auch Ferri et al. (2016, 271) in ihrer italienischen Studie. Demnach komme es besonders häufig im Patientenzimmer zu Gewaltsituationen. Die Kontaktaufnahme zu Patienten, die sich in einer akuten psychischen Krise befinden, werde häufig als Überschreitung der persönlichen Grenze und als Verletzung des persönlichen Raums empfunden. Diese Grenzüberschreitung könne beim Patienten zu einem Abwehrverhalten bzw. Gewaltverhalten gegen das Pflegepersonal führen

Ein weiterer Umgebungsfaktor, der ursächlich für ein erhöhtes Gewaltrisiko gegen professionell Pflegende sein könne, ist die Organisationsstruktur der psychiatrischen Stationen. Drori et al. (2017, 146f.) kommen in ihrer israelischen Studie zu dem Ergebnis, dass um 11 Uhr morgens das Risiko für Patientengewalt besonders hoch sei. Damit stehe im Zusammenhang, dass sich Patienten in dieser Zeit häufig in einer Situation der Ungewissheit befänden. Entscheidungen, die die weitere Behandlung der Patienten betreffen werden häufig in diesem Zeitraum getroffen. Drori et al. sehen in Bezug auf diese Thematik weiteren Forschungsbedarf.

4.1.2. Fehlendes Gewaltbewusstsein

Die Ursachen für Gewaltsituationen stehe auch mit einer fehlenden Sensibilität der Pflegenden für Frühwarnzeichen in Zusammenhang. Die Ergebnisse von Ferri et al. (2016, 272) zeigen, dass 72 % der Fachpersonen nicht in der Lage waren die Gewaltsituation hervorzusehen. Das fehlende Bewusstsein verhindere eine frühzeitige Intervention und erhöhe das Risiko einer Gewalteskalation.

Die Gründe für ein fehlendes Bewusstsein können mit der Wahrnehmung von Gewalt zusammenhängen. Wie bereits in den Vorbefunden dargestellt, werde Gewalt im Stationsalltag von professionell Pflegenden

häufig als Teil der Arbeit angesehen. Die regelmäßige Konfrontation mit Gewalt in diesen Settings könne bei den Pflegekräften zu einer Verringerung der Empathiefähigkeit führen, so dass Frühwarnzeichen nicht mehr erkannt würden. Dies habe negative Folgen für den Umgang mit potenziellen Gewaltsituationen. Die Umsetzung von frühzeitigeren Interventionen könne nicht mehr erfolgen. Um die Gewalt zu begrenzen, werde deshalb der Einsatz von Zwangsmedikation und Zwangsmaßnahmen wahrscheinlicher. Eine aggressive Haltung des Personals führe nicht zu der Verhinderung von Gewalt, sondern habe den gegenteiligen Effekt. Diese Abwärtsspirale könne ursächlich für die Zunahme von Gewalt gegen Pflegende sein (vgl. Schlup et al. 2021, 1557f.).

Dass die Gewaltursachen gegen Pflegende mit der Verringerung der Empathiefähigkeit und einer fehlenden Wahrnehmung der Patienten Emotionen in Verbindung stehen, wird auch durch die finnische Studie von Tolli et. al deutlich (2020, 793). Die Forschenden befragten in ihrer Studie ehemalige Patienten der Psychiatrie nach den Gründen für herausforderndes und gewalttätiges Verhalten. Einer der genannten Gründe war, dass das Pflegepersonal die Emotionen der Patienten häufig nicht wahrnahm, woraus ein Gefühl der Vernachlässigung hervorging. Resultierend daraus erfolgte die Emotionsregulation der Patienten zum Teil über selbstverletzendes- und fremdaggressives Verhalten.

Zu dem Ergebnis, dass Empathie im Patientenumgang eine signifikante Rolle spielt, kommen auch Björkdahl et. al (2013, 397f.). Gegensätzlich zu der Studie von Tölli et. al beleuchteten die Forschenden die Auswirkungen einer emphatischen Kommunikation der Pflegenden mit dem Patienten. In der schwedischen Studie gingen die Pflegekräfte im Rahmen der Gewaltprävention näher auf die Bedürfnisse der Patienten ein und versuchten die Emotionen zu verstehen. Das Pflegepersonal fragte die Patienten gezielt nach den Ursachen für die Aggression und Gewalt. Sowohl von Patienten als auch von Pflegenden wurde dieser aktive, verständnisvolle und wertschätzende Umgang positiv bewertet. Gemäß Björkdahl et al. sind die Ursachen für Gewalt gegen Pflegende demnach

multifaktoriell durch interne und externe Ursachen bedingt. Unteranderem resultiere ein erhöhtes Gewaltrisiko häufig aus einem passiven und reaktiven Patientenumgang. Problematisch sei dabei, dass die Interventionen erst erfolgten, wenn ein akuter Handlungsbedarf bestand. Die frühzeitige Wahrnehmung von Patientenbedürfnissen- und Emotionen stehe somit nicht im Vordergrund.

Resultierend aus den dargestellten Ergebnissen wird im nachfolgenden Kapitel der Zusammenhang zwischen Patientenbedürfnissen und Gewalt gegen Pflegende thematisiert.

4.1.3. Bedürfniseinschränkungen

Nach Papadopoulos resultiert Gewalt in 39 % der Fälle aus einer vorherigen Interaktion zwischen Patient und Personal. In diesem Zusammenhang seien die Ablehnung von Bedürfnissen und das Ausüben von Macht durch das Pflegepersonal die häufigsten ursächliche Faktoren für Gewalt.

Dass die Einschränkungen der Patientenbedürfnisse ursächlich für Gewalt sein können, stellen auch Virtanen et al. (2011, 154) in ihrer Studie heraus. Es bestehe zudem ein Zusammenhang zwischen der Überbelegung von psychiatrischen Stationen und einem erhöhten Gewaltrisiko. Die vermehrte Patientenanzahl und der gleichbleibende Personalschlüssel implizieren eine reduzierte pflegerische Betreuung der einzelnen Patienten. Durch die unzureichende Anzahl des Pflegepersonals erscheine die Gewährleistung einer individuellen und patientenorientierten Pflege kaum realisierbar. Daraus resultiere, dass nicht ausreichend auf die Bedürfnisse der einzelnen Patienten eingegangen werden könne. Dies wirke sich negativ auf das Wohlbefinden der Patienten aus. Die Folgen seien Emotionen wie Frustration und Wut, die sich auch gegen das Pflegepersonal richten können.

Nach den Erkenntnissen der finnischen Studie von Lantta et al. (2016, 4f.) ermittelten Pflegkräfte häufig das Gewaltrisiko durch

Patientenbeobachtung und durch Interpretation von Warnzeichen. Im Rahmen dessen wurden Hochrisikosituationen identifiziert, die ursächlich für Gewalt gegen professionell Pflegende sein können. In allen Situationen bestand ein Zusammenhang zwischen der Einschränkung des Patientenwillens, wie z.B. Zwangseinweisungen, Zwangsmedikation, Ausgangsverbot, Besuchsverbot und Telefonverbot und Gewalt gegen Pflegende. Die Forschenden stellten zudem fest, dass das Identifizieren von Hauptursachen wie die psychische Erkrankung eines Patienten oder das Erkennen von Kommunikationsprobleme zu trivial sei. Die Gewaltsituation sei viel mehr durch eine Komplexität charakterisiert, die die Interaktion zwischen mehreren Personen und verschiedenen Handlungsweisen umfasse.

4.1.4. Kommunikation

Nach der Darlegung von Drori et al. (2017, 146f.) seien Pflegekräfte im Gesundheitswesen die am meisten von Gewalt betroffene Berufsgruppe. Im Zusammenhang damit stehe der enge und regelmäßige Patientenkontakt. Das Gewaltverhalten erfolge am häufigsten innerhalb der Interaktionen zwischen Patienten und Pflegepersonen. Der Patient befand sich in der Gewaltsituation häufig in einem Zustand der Erregtheit. In 38 % der Vorfälle seien bezüglich dessen Verhaltenshinweise des Patienten vorhanden gewesen. Ob das Pflegepersonal innerhalb der Kommunikation diese Anzeichen interpretieren konnte, bleibt offen. Zudem könne Frustrationen des Patienten, die durch das Verhalten der Pflegeperson ausgelöst werden, zu gewalttätigem Verhalten führen.

Ferri et al. (2016, 271.) schließen auf verschiedene Ursachen für Gewalt gegen Pflegekräfte. Auf der einen Seite bestehe ein Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung des Patienten auf der anderen Seite seien unzureichende Kommunikation und fehlende Transparenz mögliche Ursachen für Gewalt. Die Kommunikation des Patienten durch aggressives oder gewalttätiges Verhalten könne paradoxerweise auch zum Ausdruck seines Unwohlseins und der Bedürftigkeit genutzt werden.

Camuccio et al. (2012, 811f.) richten in ihrer italienischen Studie den Fokus eher auf die Emotionen der Pflegenden. Diese seien häufig von Unsicherheit und Angst geprägt, wenn ein unbekannter Patient aufgenommen werde, der sich in einer akuten psychiatrischen Krise befindet. Das Gefühl der Unvorhersehbarkeit und die Wahrnehmung des daraus resultierenden Bedrohungserlebens können zu einer Stigmatisierung des Patienten führen. Wie bereits von Ferri et al. beschrieben, signalisiere auch nach Camuccio et al., das aggressive Verhalten des Patienten unter anderem auch ein Bedürfnis nach Zuwendung und Aufmerksamkeit. Wenn aus dem Verhalten des Patienten resultiere, dass er nicht als Gesprächspartner, sondern ausschließlich als Gefahr wahrgenommen werde, könne dies zum Abbruch der professionellen Beziehung führen. Der Kommunikationsabbruch könne ursächlich für weiteres aggressives und gewaltsames Verhalten des Patienten sein. Dies habe zusätzliche Belastungsfaktoren für die Pflegenden zur Folge und wirke sich weiter negativ auf die Beziehung zum Patienten aus. Camuccio et al. verwenden in diesem Zusammenhang den Begriff des „Teufelskreises“, um die Komplexität der Situation darzustellen.

4.2. Zusammenfassung der Ergebnisse

Basierend auf den Ergebnissen der Studien ist die Ursache für Gewalt gegen professionell Pflegende ein komplexes Geschehen, das sich nicht auf ein isoliertes Ursprungsproblem reduzieren lässt. Vielmehr lässt sich Gewalt auf multifaktorielle Ursachen zurückführen, die im Zusammenhang der Interaktion zwischen dem Patienten und der Pflegeperson zu sehen sind. Im dargestellten Kapitel wurden die relevantesten Ergebnisse zur Beantwortung der Ausgangsfrage in übergeordnete Kategorien eingeteilt, um das Ursachenspektrum zu spezifizieren. Unter anderem stehen die Gewaltursachen im Zusammenhang mit Umgebungsfaktoren (vgl. Kapitel 4.1.1). Demnach lasse sich eine überbelegte Station und die daraus bedingten fehlenden Rückzugsmöglichkeiten des Patienten als mögliche Auslöser für die Gewalt gegen Pflegekräfte herausstellen.

Des Weiteren sei Gewalt durch fehlendes Gewaltbewusstsein ein weiterer Faktor (vgl. Kapitel 4.1.2). Häufig seien Pflegende nicht in der Lage Frühwarnzeichen für Gewaltsituationen zu identifizieren. Die Anwendung von Frühinterventionen, um eine Gewalteskalation zu vermeiden, würden deshalb nicht erfolgen. Die fehlende Sensibilität und Empathiefähigkeit seien ebenfalls ursächlich für Gewalt gegen professionell Pflegende. Ein weiterer Faktor sei zudem die Bedürfniseinschränkung des Patienten im Rahmen der psychiatrischen Behandlung (vgl. Kapitel 4.1.3). Die Einschränkung des Willens wirke sich negativ auf das Befinden des Patienten aus und sei ein Auslöser für Wut und Frustration. Die Äußerungen und Regulierung dieser Emotionen erfolgen auch über Gewalt gegen das Pflegepersonal. Demzufolge würden Patienten von Pflegenden häufig als Gefahr und nicht als Gesprächspartner bewertet (vgl. Kapitel 4.1.4). Dies habe negative Auswirkungen auf die Kommunikation und die professionelle Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden. Die mangelnde Kommunikation könne zu weiterer Gewalt führen. Aufgrund dessen wurde unzureichende bzw. ablehnende Kommunikation als weiterer ursächlicher Faktor im Rahmen dieser Arbeit identifiziert.

5. Diskussion der Befunde vor dem theoretischen Hintergrund

In diesem Kapitel werden die herausgestellten Ergebnisse vor dem Hintergrund der Vorbefunde diskutiert. Im Rahmen dessen erfolgt zunächst der Bezug auf die identifizierten Fragestellungen, um anhand dessen den Zusammenhang zwischen den prägnantesten Vorbefunden und den Ergebnissen kritisch zu beleuchten. Die Strukturierung des Kapitels orientiert sich deshalb an dem formalen Aufbau dieser Arbeit. Zudem werden im Folgenden Limitationen deutlich, die sich während des Arbeitsprozesses herausgestellt haben.

Die zentrale Ausgangsfrage der vorliegenden Arbeit geht den Ursachen von Gewalt gegen professionell Pflegenden nach. Die Beantwortung dieser Frage soll einen Ansatzpunkt darstellen, um Gewalt in psychiatrischen Settings bewusst und weiterführend präventiv begegnen zu können. Aufgrund des Spektrums an Literatur zur Gewaltthematik und im Zuge der Eruierung von relevanten Vorbefunden wurden zu Beginn dieser Arbeit folgenden Fragen im theoretischen Rahmen behandelt:

- Wie definiert sich Gewalt im psychiatrischen Setting?
- Steigt das Gewaltpotential in der Psychiatrie?
- Wie definieren sich der Begriff „professionell Pflegende“?
- Gibt es personenbezogene Risikofaktoren, die das Gewaltrisiko gegen Pflegekräfte erhöhen?

Zu Beginn wurde die Frage nach der Gewaltdefinition thematisiert. Zunächst wurden deshalb die Definitionen der WHO und der DGUV beleuchtet. Dabei wurde festgestellt, dass diese Definitionen zu unspezifisch für die zentrale Fragestellung waren. Der Begriff Gewalt wurde deshalb weiter spezifiziert und in Anlehnung an das Verständnis der S3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ definiert (vgl. Kapitel 2.1). Auch wenn die DGPPN als herausgebende ärztliche Fachgesellschaft disziplinfremd ist, wurden die Leitlinie aufgrund der thematischen Eignung als Quelle für diese Arbeit verwendet. Im Rahmen des Kapitels konnte

festgestellt werden, dass bisher eine uneinheitliche Gewaltdefinition existiert und dass das Verständnis von Gewalt in der Fachliteratur variiert (vgl. Kapitel 2.1). Diese Erkenntnisse wirken sich auf die Ausgangsfragestellung der Arbeit aus. Denn es ist davon auszugehen, dass die unterschiedlichen Gewaltdefinitionen die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse beeinflussen und begrenzen. Somit ist zu vermuten, dass die verwendeten Erhebungsinstrumente der Studien Gewalt in psychiatrischen Settings unterschiedlich definieren. Die Auswirkungen von unterschiedlichen Gewaltauffassungen lassen sich auch auf die Befragten der Studien beziehen. Deshalb ist davon auszugehen, dass Pflegende Gewalterfahrungen unterschiedlich bewerten. Diese Subjektivität der Individuen kann ebenfalls Auswirkungen auf die Aussagekraft und Vergleichbarkeit der Studienbefunde haben. Im Hinblick auf die Ausgangsfrage ist anzunehmen, dass die Gewaltursachen nur herausgestellt werden können, wenn Gewalt auch als solche definiert wird.

Um die Relevanz der Thematik im Kontext der Psychiatrie herauszustellen, erschien der Vergleich des Gewaltvorkommens in der Psychiatrie mit anderen Institutionen im Gesundheitswesen sinnvoll. Zum anderen erschien ein Zusammenhang zwischen dem erhöhtem Gewaltvorkommen in der Psychiatrie und den Gewaltursachen naheliegend (vgl. Kapitel 2.1). Bei der Auswertung der Befunde sollte berücksichtigt werden, dass die Häufigkeitsverteilungen in den verwendeten Studien mit einer unterschiedlichen Ausgangsgesamtheit erhoben wurde. Dies begrenzt die Vergleichbarkeit der Befunde. Zudem sollte dabei bedacht werden, dass sich die psychiatrischen Einrichtungen und das Gesundheitssystem im internationalen Vergleich unterscheiden können. Des Weiteren wurde auf ein steigendes Gewaltpotential verwiesen. Die Statistik der DGUV zeigt in Deutschland eine steigende Tendenz der gewaltbedingten Arbeitsunfälle in der Psychiatrie (vgl. Kapitel 2.1). Dies könnte im ursächlichen Zusammenhang damit stehen, dass Pflegende Gewaltrisiken häufig nicht erkennen und diese deshalb zu Gewaltsituationen führen (vgl. Kapitel 4.1.2). Den steigenden

Unfallzahlen ist jedoch auch konträr gegenüberzustellen, dass Gewaltsituationen häufig nicht erfasst werden, weil Pflegekräfte Gewalt durch Patienten nicht melden oder nicht als diese identifizieren (vgl. Kapitel 4.1.2). Aufgrund dessen scheint die tatsächliche Anzahl der Gewaltvorfälle gegen professionell Pflegende offen zu bleiben. Es lässt sich vermuten, dass durch das fehlende Gewaltbewusstsein die Reflektion der Situationen im multiprofessionellen Team, das Herausstellen von Ursachen sowie das Entwickeln und Anwenden von Bewältigungs- und Präventionsstrategien verhindert wird.

Im Kapitel 2.2 wurde dem Verständnis von professionell Pflegenden nachgegangen. Dazu wurden zwei Definitionen beleuchtet. Im Rahmen dieser Arbeit wird die professionelle Pflege nicht als reine Tätigkeit verstanden. Demnach definiert sich professionelle Pflege nach pflegespezifischen Konzepten und Situationen (vgl. Kapitel 2.2). Dass die psychiatrische Pflege nicht über das reine Ausführen von einzelnen Tätigkeiten definiert werden kann, lässt sich zudem durch die herausgestellten Ergebnisse begründen. Gewalt kann demnach auf multifaktorielle Ursachen zurückgeführt werden, die im Zusammenhang und Kontext mit der Interaktion und Beziehung zwischen dem Patienten und der Pflegeperson zu sehen sind (vgl. 4.1ff.). Diese professionelle Beziehung zwischen Patienten und Pflegkraft scheint die Basis der psychiatrischen Pflege zu bilden. Demnach ist anzunehmen, dass dies nicht ausschließlich durch das Verrichten einzelner Tätigkeiten hergestellt werden kann. Vielmehr scheinen zwischenmenschliche Faktoren wie eine empathische und wertschätzende Kommunikation die professionelle Beziehung zum Patienten zu beeinflussen. Gegenteilig konnte herausgestellt werden, dass Kommunikationsstörungen negative Auswirkungen auf die Beziehung zum Patienten haben und ursächlich für Gewalt gegen professionell Pflegende sein können (vgl. Kapitel 4.1.4.).

Die Komplexität der Kommunikationsstörungen sowie die Individualität der einzelnen Gewaltsituationen scheint jedoch das Identifizieren, Messen und Vergleichen von Gewaltursachen in den Studien zu begrenzen.

Ergänzend dazu wurde in Kapitel 2.2 der Frage nachgegangen, ob es personenbezogene Risikofaktoren gibt, die Gewalt gegen professionell Pflegende begünstigen. Dabei erschien prägnant, dass besonders junge, weibliche und unerfahrene Pflegekräfte einem erhöhten Risiko von verbaler sowie verbal sexueller Gewalt ausgesetzt sind (vgl. Kapitel 2.2). Demnach kann ein Zusammenhang zwischen diesen personenbezogenen Merkmalen und den ursächlichen Gewaltfaktoren wie fehlender Sensibilität für Frühwarnzeichen hergestellt werden (vgl. Kapitel 4.1.2). Wenn der Berufseinstieg bereits von vermehrten Gewaltsituationen geprägt ist, kann angenommen werden, dass Gewalt häufig als Teil der Arbeit angesehen wird. Dies kann weitere Gewalt gegen Pflegende zur Folge haben, da durch die Beeinträchtigung der Empathiefähigkeit, Risikosituationen nicht identifiziert werden (vgl. Kapitel 4.1.2). Zudem lässt sich daraus schließen, dass durch die fehlende Empathiefähigkeit weniger auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten eingegangen werden kann. Wenn exemplarisch das Ruhebedürfnis eines Patienten nicht erkannt wird, kann dies zu psychosozialem Stress führen, der Aggression verstärkt und ursächlich für Gewalt gegen Pflegende sein kann (vgl. Kapitel 4.1.1). Es kann jedoch angenommen werden, dass die Einschränkungen der Patientenbedürfnisse nicht ausschließlich auf fehlende Empathiefähigkeit der Pflegekräfte zurückgeführt werden kann. Viel mehr lassen sich verschiedenen Gründe vermuten, die mit der stationären psychiatrischen Behandlung einhergehen. Es kann daher ein enger Zusammenhang zwischen Gewaltursachen aufgrund der Umgebungsfaktoren sowie aufgrund unerfüllter Bedürfnisse gesehen werden.

Auf der Grundlage der bisher dargestellten Befunde und bedingt durch die Diffusität und Komplexität des Gewaltbegriffs kann angenommen werden, dass die Erfassung des Phänomens und das Herausstellen der konkreten Ursachen in der Gänze nicht möglich ist. Hieraus ergibt sich der Bedarf nach einer internationalen, einheitlichen Definition für Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings. Eine einheitliche Definition würde dazu beitragen, dass Pflegende Gewalt eher erkennen und somit die Ursachen näher identifiziert werden können

(vgl. Schlup et. al 2021, 1559). Zudem impliziert eine einheitliche Definition eine exaktere Vergleichbarkeit der internationalen Studien. Des Weiteren wird durch die Ergebnisse deutlich, dass sich Gewalt gegen Pflegekräfte auf multifaktorielle, individuelle situations- und personenbezogene Ursachen zurückführen lässt (vgl. Kapitel 4.1ff.). Deshalb ist davon auszugehen, dass Gewaltursachen, die primär mit der Erkrankung und den Bedürfnissen des Patienten sowie auch mit Umgebungsfaktoren zusammenhängen, in der Gänze nicht durch professionell Pflegende beeinflusst werden können. Folglich erscheint es sinnvoll, dass Pflegende sich über dieses Phänomen bewusst werden, ursächliche Faktoren kennen und Risikosituationen identifizieren können. Das Entwickeln einer professionellen, wertschätzenden und empathischen Beziehung zum Patienten scheint fundamental, um Gewalt gegen professionell Pflegende zu verhindern. Zudem lässt sich aus den Ergebnissen ableiten, dass die Haltung der Pflegenden dem Patienten gegenüber eine signifikante Rolle zu spielen scheint. Es lässt sich annehmen, dass eine reflektierende Grundhaltung der Pflegenden dem Verlust der Empathiefähigkeit und der Stigmatisierung des Patienten und damit weiterführend auch Gewalt entgegenwirken könnte (vgl. Kapitel 4.1.4).

Daraus lässt sich ein Bedarf nach Fort- und Weiterbildungskonzepten schlussfolgern, durch die professionell Pflegende für das Gewaltphänomen und dessen Ursachen sensibilisiert werden. Dabei erscheint es sinnhaft, den Fokus nicht auf Gewaltabwehrtechniken, sondern auf die Gewaltprävention und die damit einhergehende Entwicklung einer reflektierenden Grundhaltung zu legen. Zu dieser Erkenntnis kommen auch Schlup et al. (2021, 1559) in ihrer Studie. Zudem wurde durch die Vorbefunde deutlich, dass besonders junge und unerfahrene Pflegekräfte ein erhöhtes Risiko für verbale und verbal-sexuelle Gewalt haben (vgl. Kapitel 2.2). Deshalb lässt sich auch die Schlussfolgerung ziehen, dass die Ursachensensibilisierung- und Gewaltprävention bereits ein grundlegender Teil der berufsqualifizierenden Ausbildung sein sollte.

6. Fazit und Ausblick

Das Ziel der vorliegenden Arbeit liegt darin, durch die Ergebnisse die Ursachen von Gewalt gegen professionell Pflegenden im psychiatrischen Setting herauszustellen. Diese könnten weiterführend als Ansatzpunkt für Gewaltpräventionsstrategien genutzt werden.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde folgende Fragestellung entwickelt:

„Auf welche Ursachen lässt sich Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings zurückführen?“

Die Ergebnisse zeigen, dass die Ursachen von Gewalt gegen professionell Pflegende nicht vollumfänglich herausgestellt werden können. Vielmehr kann die Gewalt gegen professionell Pflegende als ein komplexes, individuelles Geschehen, das sich nicht auf ein isoliertes Ursachenproblem eingrenzen lässt, verstanden werden. Eher lässt sich Gewalt auf multifaktorielle, externe und interne Ursachen zurückführen, die im Kontext der Interaktion zwischen dem Patienten und der Pflegeperson zu sehen sind. Die Befunde sprechen dafür, dass die Gewaltursachen eng mit Umgebungsfaktoren, der Einschränkung von Patientenbedürfnissen, aber besonders auch mit der Kommunikation und Haltung der Pflegenden im Zusammenhang stehen. Demnach sollten besonders die Kommunikation und Haltung in präventive, pflegepädagogische Fort- und Weiterbildungskonzepte miteinbezogen werden. Im Zuge dessen ist auch die Bedeutsamkeit der professionellen Begleitung im Rahmen von Supervisionen im multiprofessionellen Team zu erwähnen.

Die Aussagekraft der vorliegenden Arbeit wird unter anderem durch den vorgegebenen zeitlichen Bearbeitungsrahmen begrenzt. Es ist davon auszugehen, dass trotz des Strebens nach der zielgerichteten Beantwortung der Fragestellung sowie durch die möglichst nachvollziehbare und transparent durchgeführte Methodik keine endgültige Darstellung des internationalen Forschungsstandes zu dieser

Thematik erreicht werden konnte. Trotzdem konnte auf der Basis der internationalen Fachliteratur ein Überblick über relevante Befunde erzielt werden, die Gewaltursachen herausstellen. Die Aussagekraft der Ergebnisse wird zudem durch die fehlende einheitliche Gewaltdefinition des Forschungsgebiets limitiert (vgl. Kapitel 5).

Vor diesem Hintergrund lässt sich daher der Forschungs- und Entwicklungsbedarf nach einem einheitlichen und internationalen Gewaltverständnis im Kontext der Psychiatrie herausstellen. Unter diesem Aspekt scheinen weitere Studien erforderlich, die Gewaltursache näher untersuchen. Zudem lässt sich die Frage ableiten nach welchen Kriterien sich eine gewaltpräventive Haltung der Pflegenden definiert und wie diese im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepten initiiert und entwickelt werden kann. Im Zuge dessen sollte der Fokus besonders auf die Pflegeausbildung gerichtet werden. Denn wie in der vorliegenden Arbeit herausgestellt werden konnte, sind besonders junge und unerfahrene Pflegekräfte eine vulnerable Gruppe (vgl. Kapitel 2.2 f.). Es ergibt sich daher besonders ein Bedarf nach der forschungsbasierten, konzeptionellen Entwicklung und Implementierung von tiefergreifenden pflegepädagogischen Gewaltpräventionskonzepten im Rahmen der Pflegeausbildung.

Literaturverzeichnis

Björkdahl, A. et al. (2013): The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20, 2013, 396 – 404.

Borger, M. et al. (2007): Literaturrecherche. In: Brandenburg, H. et al. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 2., 43 – 53. Bern. Huber.

Campbell, V. et al. (2019): Folie du système? Preventing Violence Against Nurses in In-patient Psychiatry. In: Psychiatric Quarterly, 02, 2019, 413 - 420.

Camuccio, C. et al. (2012): Managing distressed and disturbed patients: The thoughts and feelings experienced by Italian nurses. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 09, 2012, 807 - 815.

Dafny, H./Beccaria, G. (2020): I do not even tell my partner: Nurses' perceptions of verbal and physical violence against nurses working in a regional hospital. In: Journal of Clinical Nursing, 17, 2020, 3336 - 3348.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2016): Statistik - Arbeitsunfallgeschehen 2015. Online: https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3194 (21.04.2022).

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2017): Statistik - Arbeitsunfallgeschehen 2016. Online: https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3382 (21.04.2022).

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2018): Statistik - Arbeitsunfallgeschehen 2017. Online: https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3479 (21.04.2022).

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2019.): Statistik - Arbeitsunfallgeschehen 2018. Online: https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3680 (21.04.2022).

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2020): Statistik - Arbeitsunfallgeschehen 2019. Online: https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3893 (21.04.2022).

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2021): Statistik - Arbeitsunfallgeschehen 2020. Online: https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4271 (21.04.2022).

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (o.J.): Gewalt und Mobbing in der Arbeitswelt. Online: https://www.dguv.de/de/praevention/themen-a-z/gewalt mobbing/index.jsp (02.04.2022).

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019): S3-Leitlinie - Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen. Berlin. Springer.

Drori, T. et al. (2017): Patient Violence Toward Psychiatric Health Care Workers in Israel as Viewed Through Incident Reports: A Retrospective Study. In: Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 02, 2017, 143 - 148.

Edward K. et al. (2016): A systematic review and meta-analysis of factors that relate toaggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. In: Journal of Clinical Nursing, 03, 2016, 289 – 299.

Ferri, P. et al. (2016): Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: A cross-sectional study. In: Psychology Research and Behavior Management, 09, 2016, 263 - 275.

Haupt, W./Gouzoulis-Mayfrank, E. (2016): Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe (11. Aufl.). Stuttgart. Thieme.

Hylén, U. et al. (2018): Psychosocial work environment within psychiatric inpatient care in Sweden: Violence, stress, and value incongruence among nursing staff. In: International Journal of Mental Health Nursing, 03, 2018, 1086 - 1098.

International Council of Nurses (1987): Nursing Definitions. Online: https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions (29.03.2022).

Itzhaki, M. et al. (2015): Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. In: International Journal of Mental Health Nursing, 05, 2015, 403 - 412.

Klewer, J. (2016): Projekt-, Bachelor- und Masterarbeiten. Zwickau. Springer.

Lantta, T. et al. (2016): Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: A focus group study. In: International Journal of Mental Health Systems, 01, 2016, 1 - 10.

National Institute for Health and Care Excellence (2015): Violence and Aggression: Short-Term Management in Mental Health, Health and Community Settings. Online: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/ (12.03.2022).

Panfil, E. (2007): Analyse von Forschungsstudien. In: Brandenburg, H. et al. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 2., 179 – 186. Bern. Huber.

Papadopoulos, C. et al. (2012): The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. In: Acta Psychiatrica Scandinavica, 06, 2012, 425 – 439.

Sauter, D. et al. (2011): Lehrbuch Psychiatrische Pflege (3. Aufl.). Bern. Huber.

Schablon, A. et al. (2018): Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten der Pflege- und Betreuungsbranche in Deutschland – ein Survey. In: BGWinfo. Online: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/belastungen-durch-aggression-und-gewalt-gegenueber-22038 (16.03.2022)

Schädle-Deininger, H./Wegmüller, D. (2017): Psychiatrische Pflege (3. Aufl.) Bern. Hogrefe.

Schlup, N. et al. (2021): Prevalence and severity of verbal, physical, and sexual inpatient violence against nurses in Swiss psychiatric hospitals and associated nurse-related characteristics: Cross-sectional multicentre study. In: International Journal of Mental Health Nursing, 06, 2021, 1550–1561.

Tölli, S. et al. (2020): Patient safety and staff competence in managing challenging behavior based on feedback from former psychiatric patients. In: Perspectives in Psychiatric Care, 04, 2020, 785 - 796.

Virtanen, M. et al. (2011): Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: Data-linked longitudinal study. In: British Journal of Psychiatry, 198, 2011, 149 - 155.

Weltgesundheitsorganisiation (o.J.): Gewalt. Online: https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/violence-and-injuries/areas-of-work/violence (22.03.2022)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Arbeitsunfälle durch Gewalt in psychiatrischen Krankenhäusern (eigene Darstellung in Anlehnung an DGUV Unfallzahlen) 6

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Systematische Literaturrecherche Pubmed (eigene Darstellung) 17

Abkürzungsverzeichnis

BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
ICN	International Council of Nurses
ILO	International Labour Organization
MeSH-Terms	Medical Subject Headings
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OPAC	Online Public Access Catalogue
PflBG	Pflegeberufegesetz
VPN	Virtual-Private-Network
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZB MED	Zentralbibliothek für Medizin

Versicherung der Selbstständigen Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema: „Gewalt gegen professionell Pflegende in psychiatrischen Settings: Ein Überblick über den jüngsten Forschungsstand“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegeben Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die andere Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Malin Conradt

Solingen, 23.05.2022