

D. Richter¹ · K. Berger²

¹ Westf. Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Münster

² Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Westf. Wilhelms-Universität Münster

Patientenübergrieffe auf Mitarbeiter

Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen

Zusammenfassung

Patientenübergrieffe in psychiatrischen Kliniken verursachen eine große Anzahl von Arbeitsunfällen. Ziel dieser Untersuchung war die Erhebung der Häufigkeit, Situationsumstände und Folgen der Übergrieffe als Basis für eine Entwicklung von Präventionsmaßnahmen und Konfliktmanagement. Innerhalb eines 6-monatigen Zeitraums wurden alle offensichtlich aggressiven Körperkontakte in 6 psychiatrischen Einrichtungen untersucht. Mit einem halbstandardisierten Fragebogen wurden Patientenmerkmale, Mitarbeitermerkmale, Situationsvariablen und körperliche und psychische Folgeschäden der Mitarbeiter erfasst. Im Erhebungszeitraum kam es zu 155 Übergrieffen mit 170 betroffenen Mitarbeitern, die überwiegend unter der Beteiligung von Patienten mit einer schizophrenen Psychose, einer Altersdemenz und einer geistigen Behinderung stattfanden. Jüngere Mitarbeiter hatten ein höheres Risiko, Opfer eines Übergrieffs zu werden. Vor dem Übergrieff konnten bei fast allen Patienten aggressive Signale als Hinweis auf eine Eskalation der Situation beobachtet werden. Bei 5% der Mitarbeiter kam es in der Folge zu einer Arbeitsunfähigkeit, 14% entwickelten Symptome einer psychischen Belastungsreaktion. Als Präventionsmaßnahmen werden Schulungen und Trainings des Konfliktmanagements der Mitarbeiter empfohlen.

Schlüsselwörter

Patientenübergrieffe · Arbeitsunfälle ·
Inzidenz · Konfliktmanagement ·
Posttraumatische Belastungsstörung

In jüngerer Zeit ist ein zunehmendes Interesse am Zusammenhang zwischen Gewalt und psychischer Krankheit in wissenschaftlichen Publikationen festzustellen. Epidemiologische Studien zeigen, dass bei Patienten mit bestimmten psychiatrischen Krankheitsbildern das Risiko einer aggressiven Handlung im Vergleich zur gesunden Bevölkerung leicht bis mäßig erhöht ist [1, 2]. Die Wahl des Studiendesigns hat auf die Ergebnisse dieser Untersuchungen jedoch großen Einfluss [3]. Aggression und Gewalt werden häufig mit der Behandlung psychischer Erkrankungen und dem Arbeitsalltag von Mitarbeitern in psychiatrischen Einrichtungen verbunden. Daher verwundert es nicht, wenn gewaltsame Auseinandersetzungen zwischen Patienten und Mitarbeitern psychiatrischer Kliniken auch in den Zeiten von Psychiatriereform und Deinstitutionalisierung aktuell sind.

Im Gegensatz zu einer Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Gewaltisiko und psychischer Krankheit mangelt es, insbesondere im deutschsprachigen Raum, an Studien, die das Phänomen Gewalt in der psychiatrischen Klinik untersuchen. Studien, die nach dem 2. Weltkrieg in Deutschland durchgeführt wurden, lassen sich schnell überblicken [28, 11]. Lediglich die Arbeiten von Steinert und Mitarbeitern [26, 27] sowie eine Auswertung der psychiatrischen Basisdokumentation [24] haben in den 90er Jahren zu diesem Thema Ergebnisse geliefert. In den angelsächsi-

schen Ländern dagegen, gibt es sowohl eine Reihe von empirischen Untersuchungen (Übersichten bei [6, 31]) als auch offizielle Publikationen der psychiatrischen Fachgesellschaften [12, 29].

Die geringe Anzahl an deutschen Studien ist umso bedauerlicher, als damit eine ausreichende empirische Basis für die Erarbeitung von Präventionsmaßnahmen gegenüber Patientenübergrieffen fehlt. Präventionsmaßnahmen sind jedoch dringend erforderlich. Patientenübergrieffe führen häufig zu Arbeitsunfällen mit körperlichen und psychischen Folgeschäden. Neben unfallbedingten Ausfallzeiten des Personals kann daraus mittelfristig ein Verlust der Motivation, sich mit schwierigen Patienten auseinander zu setzen und damit eine Verschlechterung der Behandlungsqualität resultieren. Es waren die Folgeschäden von Patientenübergrieffen für die betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, welche die Aufmerksamkeit der britischen und US-amerikanischen Fachgesellschaften weckten und zur Erarbeitung ihrer Leitlinien führten [22]. Nach einer internen Untersuchung des Gemeindeunfallversicherungsverbandes Westfalen-Lippe machen Patientenübergrieffe knapp 40% der Unfallmeldungen aus psychiatrischen Einrichtungen

Dr. phil. D. Richter
Westf. Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie Münster,
Postfach 8620, 48046 Münster,
E-Mail: d.richter@wkp-muenster.de

D. Richter · K. Berger

Assaults on staff in psychiatric hospitals – a prospective study of incidence, situations, and consequences

Summary

Patient assaults in psychiatric hospitals result in a considerable number of job-related accidents and personnel absenteeism. The aim of this study was to assess the incidence of assaults, analyze trigger situations, and describe physical and psychological consequences among staff members. Within a study period of 6 months, all apparently aggressive physical contacts between patients and staff in six northwest German psychiatric hospitals were assessed. Patient and staff variables, situational characteristics, and physical as well as psychological consequences were evaluated. During this time, 155 assaults on 170 staff members were reported. Before the assaults, most of the patients showed early signs of aggression as an indication of situational worsening. Work absenteeism following the assaults was observed in 5% of the affected staff. In 14%, symptoms of post-traumatic stress could be diagnosed using the questionnaire version of the PTSD interview. In conclusion, the study results suggest that additional training of younger personnel and implementation of conflict management schemes could help to prevent these assaults.

Keywords

Patient assaults · Occupational accidents · Incidence · Conflict management · Posttraumatic stress disorder

Originalien

gen aus (Wehrmann-Kececioglu, pers. Mitteilung).

Allerdings bieten Unfallmeldungen keine zuverlässigen Daten über die „wahre“ Inzidenz solcher Ereignisse. Erfahrungsgemäß gibt es im Zusammenhang mit Unfallmeldungen eine erhebliche Dunkelziffer, die auf 50–80% der tatsächlichen Ereignisse geschätzt wird [15, 12]. Eine vergleichbare Unsicherheit ist auch in Daten der Basisdokumentation über Tätlichkeiten während der Behandlung enthalten. Da überwiegend Pflegekräfte von Patientenübergriffen betroffen sind, die Dokumentation jedoch durch ärztliche und andere therapeutische Mitarbeiter erfolgt, ist ein erheblicher Informationsverlust zu erwarten. Hinzu kommt, dass die Basisdokumentation erst nach oder zum Zeitpunkt der Entlassung des Patienten erstellt wird. Diese Zeitverzögerung kann zu Informationsverlusten durch selektives Erinnern (recall bias) führen und die Validität der Angaben, insbesondere bei längeren Aufenthalten senken.

Neben der Verhinderung von Mitarbeiterverletzungen hätte eine Prävention von Patientenübergriffen aber auch positive Effekte auf das therapeutische Milieu und auf den Behandlungsverlauf des beteiligten Patienten. Nach einem erfolgten Patientenübergriff kommt es sehr häufig zur „institutionellen Gegengewalt“ [34] durch die Mitarbeiter der Einrichtung. Diese Gefahrenabwehr in Form von Zwangsmedikation, Fixierung oder Isolierung gehört sicherlich zu den unangenehmsten Erfahrungen, die heutzutage in einem Krankenhaus gemacht werden können [7]. Könnten Übergriffe durch den Patienten vermieden werden, unterbliebe auch ein erheblicher Teil der Abwehrmaßnahmen mit ihren Folgewirkungen.

Studienziele

Da die empirische Datenbasis sehr schmal ist, verfolgte unsere Studie verschiedene Ziele. Primäres Ziel war es, die Häufigkeit von Patientenübergriffen in stationären psychiatrischen Einrichtungen und die Umstände der Übergriffe standardisiert zu erheben. Aufbauend auf früheren Studienergebnisse und theoretischen Überlegungen [26, 16, 18] sind wir davon ausgegangen, dass ein Patientenübergriff ein interaktionelles Geschehen ist, das nicht allein auf die

Psychopathologie des Patienten reduziert werden kann. Vielmehr sind außer Patientenmerkmalen auch die räumliche und soziale Umgebung des Vorfalls sowie Merkmale des beteiligten Mitarbeiters zu berücksichtigen.

Sekundäres Ziel der Studie war es, die körperlichen Schäden der Mitarbeiter sowie erstmalig im deutschsprachigen Raum psychische Auswirkungen zu erfassen. Für die Dokumentation eventueller psychischer Konsequenzen wurde das PTSD-Interview gewählt, eines der wenigen standardisierten Erhebungsinstrumente, die in deutsch zur Verfügung stehen [30]. Das Instrument erlaubt eine Exploration nach den Kriterien von DSM-III. Die Kriterien nach DSM sind relativ hoch angelegt, zumal die Diagnose nach den Erfahrungen von Kombattanten des Vietnam-Krieges formuliert und erstmalig im Jahre 1980 Eingang in das DSM fand [13]. Die posttraumatische Belastungsstörung erfordert die Exposition in einer Extremsituation. An der diagnostischen Einordnung nach DSM wird in der Literatur allerdings kritisiert, dass sie dem phasischen Verlauf der Belastungsreaktion nicht gerecht werde [8]. Das gleichzeitige Vorliegen von intrusiven Bildern und der Vermeidungsreaktion ist demnach eher selten zu beobachten. Im Rahmen dieser Studie ging es allerdings weniger um valide klinische Diagnosen als vielmehr um eine erste Exploration dieser Problematik.

Primäres und sekundäres Ziel der Studie bildeten die Basis für die Erarbeitung von Maßnahmen zur Vorbeugung von Patientenübergriffen und ihren Folgen.

Methode

Im Rahmen einer prospektiven Studie wurden 1998 innerhalb eines 6-monatigen Zeitraums alle Patientenübergriffe in 6 psychiatrischen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) standardisiert erfasst. Als Patientenübergriff wurde ein offensichtlich aggressiver Körperkontakt durch den Patienten definiert. Beteiligt waren 4 Kliniken der Erwachsenenpsychiatrie sowie die beiden Einrichtungen des Maßregelvollzugs des Trägerverbandes. Trotz Unterschieden in der Klinikstruktur und Zusammensetzung der Patientengruppen wurden die beiden Kliniken

des forensischen Bereiches in die Studie eingeschlossen, um das tatsächliche Risikopotenzial dieser Einrichtungen einschätzen zu können. Weiterhin wurde der Wohnbereich einer LWL-Einrichtung mit einer großen Anzahl von geistig behinderten Bewohnern berücksichtigt.

Methodisch bereitet die Erhebung derartiger Vorkommnisse erhebliche Schwierigkeiten. So haben Steinert und Gebhardt [25] jüngst in einer Übersichtsarbeit auf die verschiedenen, zum Teil nicht miteinander kompatiblen Untersuchungsdesigns in diesem Zusammenhang hingewiesen. Sie unterscheiden zwischen einer situationszentrierten, patientenzentrierten, opferzentrierten und interventionszentrierten Perspektive. Die vorliegende Untersuchung war primär situationszentriert angelegt, Patientenmerkmale und Opfermerkmale wurden jedoch ebenfalls berücksichtigt. Standardisierte Instrumente zur Erhebung und Rekonstruktion des Vorfalles nach der hier beschriebenen Zielsetzung waren zum Zeitpunkt der Studie nicht bekannt. Die in anderen Studien verwendeten Erfassungsbögen erfordern einen Beobachter auf der Station. Dies war jedoch unter der gegebenen Zielsetzung der Untersuchung, der Erfassung von Patientenübergreifen über mehrere Einrichtungen hinweg, nicht zu leisten.

Die Datensammlung über die Vorfälle erfolgte durch ein speziell zu diesem Zweck aufgebautes Meldesystem in den beteiligten Kliniken. Da Pflegekräfte erfahrungsgemäß die am häufigsten betroffene Berufsgruppe sind, wurde der Zugang über die pflegerischen Leitungen der Einrichtungen gewählt. Mittels eines selbstentwickelten halbstandardisierten Fragebogens wurden die von dem Übergreifen betroffenen Mitarbeiter nach der eingegangenen Meldung von einer psychiatrienerfahrenen Krankenschwester befragt¹. Gegenstand der Befragung waren Patientenmerkmale, Mitarbeitermerkmale, Angaben zur Station und zur Situation des Übergreifs sowie eine möglichst genaue Rekonstruktion des Ablaufs. Der psychopathologische Befund des Patienten wurde retrospektiv mittels der deutschen Version der *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) [5] durch den behandelnden Therapeuten,

in der Regel durch den Stationsarzt oder die Stationsärztin, in den Wohnbereichen durch den zuständigen Erzieher, erhoben. Darüber hinaus wurden die physischen Schäden des Mitarbeiters erfasst.

Im Anschluss an das Interview wurde den Mitarbeitern ein anonymer Fragebogen zur Erhebung einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgehändigt. Bei diesem Fragebogen handelte es sich um die deutsche Version des *PTSD-Interview* [30]. Der anonyme Zugang wurde gewählt, weil von Mitarbeitern der beteiligten Kliniken im Vorfeld der Studie große Bedenken geäußert wurden, dass ihre psychische Befindlichkeit in der eigenen Einrichtung bekannt werden könnte. Der Wilcoxon-Rank-Sum-Test wurde benutzt um Unterschiede in soziodemografischen Variablen der betroffenen Mitarbeiter auf ihre Signifikanz zu testen.

Ergebnisse

Patientenmerkmale

Während des 6-monatigen Erhebungszeitraums wurden 155 Patientenübergreifen gemeldet.

Von den Übergreifen fanden 132 Fälle (85,2%) im Krankenhausbereich statt, 8 Vorfälle (5,2%) wurden aus dem Bereich des Maßregelvollzugs berichtet. Die verbleibenden 15 Übergreifen ereigneten sich im Wohnbereich einer Klinik. An den Übergreifen waren 90 Patienten beteiligt, d. h. einige Patienten fielen in dem Zeitraum mehrfach durch aggressive Taten auf. Davon waren überwiegend Patienten mit einer geistigen Behinderung betroffen. Ein Patienten war an 17 Vorfällen beteiligt.

Bezogen auf die Übergreifen konnten die Patienten überwiegend 3 diagnostischen Hauptgruppen zugeordnet werden. Die Diagnosen wurden von den behandelnden Therapeuten gestellt bzw. aus der Patientendokumentation übernommen. Nach ICD-9 wurden 31% der Übergreifen durch Patienten mit einer geistigen Behinderung, 26% durch Patienten mit einer schizophrenen Psychose sowie 17% durch Patienten mit einer Altersdemenz verursacht. Suchterkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen spielten nur eine untergeordnete Rolle. Krankheitscharakteristika und soziodemografische Merkmale wie Alter, Geschlecht und Familienstand der Patienten sind in Tabelle 1 aufgeführt.

Hinsichtlich der Rechtsgrundlage des Aufenthaltes fanden sich überwiegend Patienten, die gerichtlich nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs unter Betreuung eingewiesen waren (60% der Übergreifen, 43% der beteiligten Patienten). Die zweithäufigste Rechtsgrundlage war die Einweisung nach PsychKG Nordrhein-Westfalen mit 24% der Übergreifen und 32% der Patienten. Andere Modalitäten fielen dagegen weit ab, darunter auch forensische Bestimmungen. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden eine Anzahl von Patienten nach forensischen Modalitäten in Kliniken der allgemeinen Erwachsenenpsychiatrie behandelt. Grund hierfür war die Überbelegung der Einrichtungen des Maßregelvollzugs in Westfalen.

Der große Anteil von betreuungsrechtlichen Unterbringungen weist darauf hin, dass es sich bei den Patienten überwiegend um Menschen mit einer längeren Krankheitsgeschichte handelt. Nur bei etwa 10% der Patienten war eine

Tabelle 1

Soziodemografische und diagnostische Merkmale der an den Übergreifen beteiligten Patienten

	Übergreifen	Patienten
Anteil männlich [%]	69,0	73,3
Anteil unter 25 Jahren [%]	21,3	12,2
Anteil ledig [%]	69,0	58,9
Anteil PsychKG [%]	23,9	32,2
Anteil BtG ohne Zustimmung [%]	60,0	43,3
Anteil ICD-9: 290 (Demenz)	16,8	18,9
Anteil ICD-9: 295 (Schizophrenie)	26,5	28,9
Anteil ICD-9: 317–319 (geistige Behinderung)	31,0	14,4

¹ Der Fragebogen kann vom Erstautor angefordert werden.

Krankheitsdauer unter 3 Jahren bekannt. In der Anamnese der Patienten fanden sich häufig mehrere aggressive Vorfälle gegen andere Personen im privaten oder stationären Umfeld.

Mitarbeitermerkmale

Von den 155 Patientenübergriffen waren 170 Mitarbeiter betroffen. Bei einigen wenigen Vorkommnissen wurden mehrere Mitarbeiter zugleich körperlich angegriffen. Es handelte sich nahezu ausschließlich um Angehörige des Pflegedienstes bzw. dem Pflegedienst zugeordnete Funktionsgruppen (z. B. Erziehern auf Stationen für die Behandlung von geistig behinderten Patienten). In Relation zur Grundgesamtheit aller Mitarbeiter auf den Stationen waren demnach Pflegekräfte häufiger betroffen als nach der Verteilung der Berufsgruppen zu erwarten gewesen wäre. Nur 2 Meldungen wurden von Ärzten gemacht. Der ärztliche Dienst war damit deutlich unterrepräsentiert.

Im Vergleich zur Altersstruktur der Grundgesamtheit der auf den Stationen arbeitenden Mitarbeiter waren jüngere Mitarbeiter häufiger von einem Übergriff betroffen (Tabelle 2). Im Mittel waren die Betroffenen 4 Jahre jünger als die Grundgesamtheit (33,7 vs. 37,8 Jahre; Median 32 vs. 36 Jahre). Hinsichtlich der Berufserfahrung (gemessen nach den Jahren der Beschäftigung in der jeweiligen Klinik) zeigte sich, dass Mitarbeiter mit einer geringen Erfahrung überproportional betroffen waren. Durchschnittlich wiesen die Betroffenen eine Berufserfahrung in der Klinik von 6,3 Jahren auf, während die Grundgesamtheit eine Berufserfahrung von durchschnittlich 8,9

Jahren hatte (Median: 5 vs. 7 Jahre). Diesem Ergebnis entsprach auch die hohe Beteiligung von Auszubildenden der Krankenpflege. Krankenpflegeschüler waren genauso häufig betroffen wie die Grundgesamtheit der Beschäftigten, allerdings liegt ihre Arbeitszeit auf der Station nur bei ca. 50%. Die restliche Zeit ihrer Ausbildung verbringen die Auszubildenden mit Theoriezeiten sowie externen Einsätzen in anderen Kliniken. Das bedeutet, dass Auszubildende in Relation zur zeitlichen Exposition ca. doppelt so häufig von einem Patientenübergriff betroffen waren wie voll ausgebildete Pflegekräfte.

Stationsmerkmale und Umstände der Entstehung des Patientenübergriffs

Der Anteil von Patientenübergriffen am 1. stationären Tag (11%) und den Tagen 2–8 (18%) nach der Aufnahme in der Klinik war relativ hoch. Im weiteren Verlauf geschahen deutlich weniger Übergriffe. Die mittlere Verweildauer in den Bereichen der Krankenhausbehandlung zum Zeitpunkt der Erhebung (1998) variierte zwischen 30–35 Tagen in den beteiligten Kliniken.

Die gemeldeten Vorkommnisse fanden überwiegend auf geschlossenen Stationen statt. Bei 40% der Vorfälle waren die betroffenen Stationen voll belegt (Ist-Belegung=Soll-Belegung), in 16% der Fälle überbelegt. Die Mehrzahl der an der Auseinandersetzung beteiligten Patienten hatte keinen Ausgang oder nur Ausgang in Begleitung des Personals. Hinsichtlich der Tageszeit geschahen die Übergriffe überwiegend morgens, mit einer Spitze zwischen 8 und 9 Uhr. Im Tagesverlauf ging der Anteil der gemel-

deten Vorkommnisse deutlich zurück, mit einer erneuten, aber schwächer ausfallenden Spitze zwischen 23 und 24 Uhr (Abb. 1). Bei einer eingehenderen Analyse der Tageszeiten in den verschiedenen Diagnosegruppen stellte sich heraus, dass die Übergriffe früh morgens in der Regel durch Patienten mit einer Demenz oder einer geistigen Behinderung verursacht waren. Schizophrene Patienten hatten ihre Spitze der Übergriffe zwar auch morgens, jedoch lag diese zwischen 10 und 11 Uhr.

Bei der Rekonstruktion des Vorfalls gaben die befragten Mitarbeiter an, dass der betreffende Patient vor dem Übergriff häufig einen Konflikt mit einer anderen Person hatte (Tabelle 3). Sicher verneint wurde ein Konflikt nur bei gut einem Fünftel der Vorfälle. In knapp der Hälfte der Fälle war es ein Konflikt mit dem Personal, in zusätzlichen 10% der Fälle ein Konflikt mit Personal und Mitpatienten. Nach dem genaueren Hintergrund des Konflikts mit dem Personal befragt, wurde deutlich, dass in über der Hälfte dieser Fälle Pflegeaktivitäten wie Essenreichen, Körperhygiene und die Verabreichung von Medikamenten der Anlass war. Es folgte bei einem Viertel der Vorkommnisse die Verweigerung eines Wunsches. Weniger häufig genannt wurden Konflikthanlässe wie die Verweigerung der Entlassung oder der Verweis auf Stationsregeln. Psychopathologisch zeigten die Patienten vor dem Übergriff die mit dem Konfliktverhalten konform gehenden Anzeichen. Bei der retrospektiven Beurteilung der Patienten auf der *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) wurden folgende Symptomkomplexe als „stark“ oder „extrem stark“ ausgeprägt eingeschätzt:

- Erregungszustände (bei mehr als 50% der Übergriffe),
- unkooperatives Verhalten (>40%) und
- Gespanntheit (>30%).

Die Einschätzung wurde überwiegend innerhalb der ersten 4 Tage (Spanne: 1–7 Tage) nach dem Vorfall vorgenommen. Mit den Symptomen einher gingen in vielen Fällen offensichtliche Anzeichen einer Eskalation. Die Mitarbeiter berichteten in knapp 60% der Fälle über eine vorangehende, drohende Gestik der Patienten, bei ca. 50% über eine geringe Körperdistanz zwischen ihnen und dem Patienten (Mehrfachantworten mög-

Tabelle 2
Soziodemografische Daten der von einem Patientenübergriff betroffenen Mitarbeiter

	Grundgesamtheit (N=1989)	Opfer (N=170)	Wilcoxon- Rank-Sum-Test
Alter MW (Median)	37,8 (36)	33,7 (32)	$p < 0,001$
Jahre beschäftigt in der Klinik MW (Median)	8,9 (7)	6,3 (5)	$p < 0,001$
Anteil Pflegedienst [%]	84,0	90,6	
Anteil ärztlicher Dienst [%]	9,0	1,2	
Anteil Auszubildende [%] ^a	7,0	8,2	

^a die zeitliche Exposition der Auszubildenden auf psychiatrischen Stationen beträgt ca. 50%; MW Mittelwert

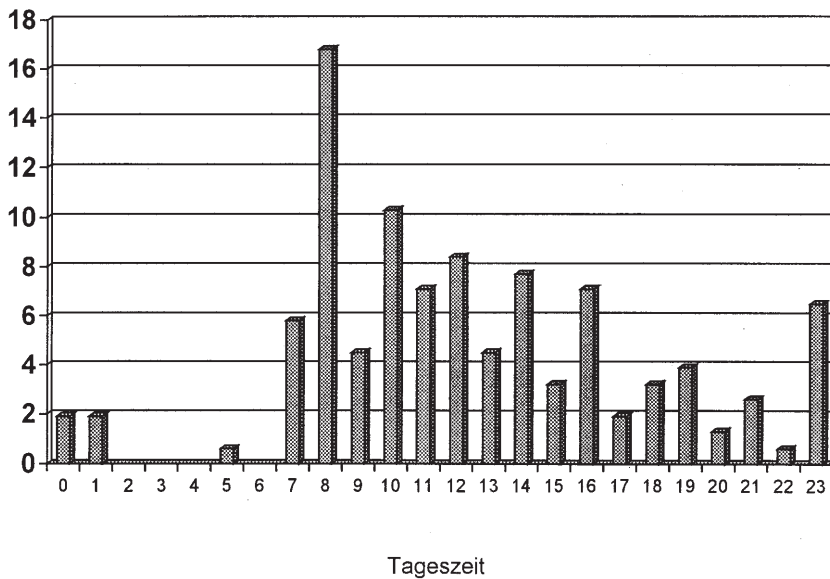


Abb. 1 ▲ Anzahl der Vorfälle zu verschiedenen Tageszeiten [%]; N=155

lich). Beschimpfungen und offensichtliche Verwirrtheit waren in gut einem Drittel der Fälle zu beobachten.

Körperliche und psychische Folgen des Patientenübergriffs

In mehr als der Hälfte der berichteten Vorkommnisse kam es zu Schlägen des Patienten gegenüber dem Mitarbeiter. Hinzu kamen eine Reihe aggressiver Akte wie Kratzen, Treten, Arm verdrehen, Würgen, Gegenstände werfen. In einem besonders schweren Fall wäre ein Krankenpfleger beinahe durch Messerstiche zu Tode gekommen. Vorzeitig den Dienst verlassen haben 4% der Mitarbeiter, 10% mussten sich ärztlich behandeln lassen (2,4% in der eigenen Einrichtung, 7,6% ambulant). Der berichtete besonders schwere Fall wurde als einziger stationär behandelt. In knapp 5% der Fälle ist den Mitarbeitern eine Arbeitsunfähigkeit ärztlich attestiert worden. Die Dauer konnte nicht abschließend beurteilt werden, da einige Interviews noch während der Arbeitsunfähigkeit geführt wurden.

Den anonymen Fragebogen zur posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD-Interview, deutsche Version) haben 85 Mitarbeiter (50% der Befragten) zurückgesandt. Die Antwortenden unterschieden sich hinsichtlich Alter- und Geschlechtsverteilung nicht von der Gesamtheit aller betroffenen Mitarbeiter. Etwas mehr als 10% der Antwortenden

zeigten im diagnostischen Bereich „Wiedererleben“ des PTSD-Interviews Auffälligkeiten. Im Bereich „Vermeidung von Stimuli“ waren es 1,2% und im Bereich „erhöhtes Erregungsniveau“ 3,5% der Befragten. Insgesamt zeigten 14% der Antwortenden eine Belastung in mindestens einem Bereich des Fragebogeninstrumentes. Keiner der Befragten erfüllte jedoch zugleich alle 3 Kriterien für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM III. Der aufsummierte Belastungsscore zeigte bei den verschiedenen Altersgruppen keine wesentlichen Unterschiede. Allerdings waren weibliche Mitarbeiter belasteter als die männliche Mitarbeiter ($p=0,06$).

Diskussion

In einer prospektiven 6-monatigen Studie haben wir mit standardisierten Erfassungsmethoden 155 Patientenübergriffe in 6 Kliniken dokumentiert. Bei den an den Konflikten beteiligten Patienten handelt es sich überwiegend um Menschen mit den Diagnosen

- Schizophrenie,
- senile Demenz oder
- geistige Behinderung.

Zumeist handelt es sich um länger erkrankte Patienten mit einem chronischen Krankheitsverlauf. Bei dem beteiligten Personal der Kliniken war ein größeres Risiko bei jüngeren und berufsun-

erfahrenen Mitarbeitern festzustellen. In der überwiegenden Anzahl von Fällen zeigten die Patienten offensichtliche Anzeichen von Aggression vor dem Übergriff. Die körperlichen, insbesondere aber die psychischen Folgeschäden lassen auf eine Belastung einer Teilgruppe der Mitarbeiter nach einem Übergriff schließen.

Inzidenz der Übergriffe

Die Häufigkeit der in unserer Studie gefundenen Patientenübergriffe ist ähnlich der aus anderen Einrichtungen der Bundesrepublik bekanntgewordenen Zahlen. Lässt man aus Vergleichsbarkeitsgründen Vorfälle mit Patienten aus den forensischen Einrichtungen sowie dem einer Klinik angegliederten Wohnbereich unberücksichtigt, verbleiben 132 Vorfälle in einem 6-Monatszeitraum. In dieser Zeit wurden 5276 Aufnahmen in den 4 Kliniken verzeichnet. Daraus errechnet sich eine Inzidenz von 2,5% aller Aufnahmen, die in dem untersuchten halben Jahr mit einem Patientenübergriff verbunden waren. Steinert et al. [26] fanden Ende der 80er Jahre in Baden-Württemberg eine Inzidenz von 1,9%. Den gleichen Wert (1,9%) kann man aufgrund der Angaben über Körperverletzungen in den Daten von Spießl et al. [24]) aus der Basisdokumentation des BKH Regensburg errechnen.

Unsere Zahlen sind im Vergleich etwas höher. Die Differenz ist vermutlich auf den von uns gewählten Zugangsmodus über die Pflegekräfte zurückzuführen. Dieser Modus hat auch Vorfälle erfasst, die den ärztlichen Mitarbeitern verborgen geblieben wären.

Tabelle 3

Konflikt des am Übergriff beteiligten Patienten mit einer anderen Person vor dem Ereignis

	[%] (N=155)
Sicher kein Konflikt	21,9
Mit Personal	47,7
Mit Mitpatienten	4,5
Mit Mitpatienten und Personal	9,7
Mit Besuchern	0,6
Unsicher, keine Angabe	15,5

Diagnostische Beschreibung der Patienten

Hinsichtlich der diagnostischen Beschreibung der beteiligten Patienten unterscheiden sich unsere Daten von denen aus Baden-Württemberg und Regensburg. Während in unserer Studie Schwerpunkte bei Patienten mit einer geistigen Behinderung, einer Altersdemenz und einer schizophrenen Psychose festgestellt wurden, überwogen in Regensburg Patienten mit einer Störung des Sozialverhaltens (ICD-9: 312). Erst danach folgten geistig behinderte und demente Patienten. In Baden-Württemberg machten schizophrene Patienten über 60% der Fälle aus, während geistig behinderte Menschen mit knapp 20% aufgefallen waren. Beim Vergleich muss jedoch ein unterschiedlicher Fall-Mix in den Einrichtungen berücksichtigt werden. Die zahlenmäßig bedeutsame Beteiligung von geistig behinderten Patienten wird auch in einer britischen Studie berichtet [19].

Interaktionelles Geschehen

Die eingangs beschriebene Hypothese des interaktionellen Geschehens bei einem Patientenübergreifung konnte durch unsere Untersuchung nachdrücklich bestätigt werden. Auf Seiten des Patienten waren vor dem Übergreifung überwiegend deutliche „Frühwarnzeichen“ einer eskalierenden aggressiven Situation (etwa eine drohende Gestik oder eine geringe Körperdistanz) zu erkennen. Patientenübergreifungen erfolgen zumeist nicht ohne vorherige aggressive Signale. Dieser Befund wurde in verschiedenen anderen Studien ebenfalls gemacht [19, 32]. Weiterhin wurde von den betroffenen Mitarbeitern häufig eine konkrete Konfliktsituation berichtet. Die Spitze der Übergreifungen lag mit dem Morgen zu einer Tageszeit, in der die Dichte des Personals und damit auch das theoretisch mögliche Konfliktpotenzial am größten war.

Ein weiterer, indirekter Hinweis auf die Interaktion ist der, auch aus anderen Studien bekannte Befund, dass jüngere und berufsunerfahrenere Mitarbeiter ein höheres Risiko haben, Opfer eines Übergreifungen zu werden. Dahinter steht die noch empirisch zu stützende Vermutung, dass diese Mitarbeiter auf einen aggressiven Patienten nicht so reagieren, wie es im Sinne der Gewaltvermeidung

notwendig wäre. Berufserfahrene Mitarbeiter können Patienten besser einschätzen und ihre Reaktionen darauf einstellen. Nicht ausgeschlossen werden kann mit unseren Daten aber auch die Hypothese, dass berufsunerfahrenere Mitarbeiter eher patientennah tätig sind, während die älteren Mitarbeiter eher in patientenfernen Bereichen (Stationsleitung etc.) beschäftigt sind.

Körperschaden und psychische Folgen

Die berichteten körperlichen Schäden sind in unserer Studie, ähnlich den Ergebnissen anderer Untersuchungen zu dieser Thematik, eher gering. Die von Steinert et al. [26] berichteten Daten zum körperlichen Schadensausmaß (Arbeitsunfähigkeit bei 9%, ärztliche Behandlung bei 7%) sind den Zahlen in unserer Studie ähnlich (Arbeitsunfähigkeit 4,6%, Behandlung 10%). Auch Todesfälle können demnach vorkommen. Während Steinert et al. einen solchen berichten, kam es im Zeitraum unserer Erhebung zu einem beinahe tödlichen Ausgang.

Ein Teil der Mitarbeiter gab eine psychische Belastung nach dem Patientenübergreifung an. Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung im klinischen Sinne wies keiner der Antwortenden auf. Allerdings lag der Zeitpunkt der Befragung für eine sichere Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung in unserer Studie sehr früh.

Studien zur Messung der posttraumatischen Belastungsreaktion nach einem Patientenübergreifung sind bisher nur selten durchgeführt worden [14, 9, 23]. Lediglich Caldwell [4] orientierte sich bei seiner Querschnittsbefragung in einer psychiatrischen Klinik an den Kriterien von DSM III. Demnach fand sich bei 10% der klinisch Beschäftigten eine manifeste posttraumatische Belastungsstörung. Diese Zahl erscheint im Vergleich zu unseren Daten sehr hoch, allerdings sind die Methode der Untersuchung sowie das Patienten Klientel und die Behandlung in den USA deutlich von den Bedingungen hierzulande unterschieden.

Aufgrund der Anonymität der Befragung kann über die Nichtantwortenden keine Aussage gemacht werden. Es kann spekuliert werden, dass stärker belastete Mitarbeiter eher nicht geantwortet haben, da Vermeidungsverhalten ei-

nes der häufigen Symptome bei der posttraumatischen Belastungsreaktion ist. Möglich ist aber auch eine Nichtteilnahme der weniger stark belasteten Mitarbeiter aufgrund mangelnden Interesses. Wenngleich in diesem Zusammenhang noch erhebliche methodische und empirische Unsicherheiten bestehen, sollte der psychischen Reaktion der Betroffenen auf einen Patientenübergreifung ein größerer Stellenwert in der Organisation der psychiatrischen Einrichtungen eingeräumt werden.

Schlussfolgerungen

Die Analyse von Umständen, die zu Patientenübergreifungen führen, kann eine Vielzahl von Hinweisen für Präventionsansätze liefern. Diese betreffen die Berücksichtigung von Risikofaktoren bei bestimmten Krankheitsbildern und Patienten, einen adäquaten Umgang mit „schwierigen“ Patienten, das Konfliktmanagement sowie die Betreuung von Mitarbeitern mit psychischen Belastungsreaktionen nach einem Patientenübergreifung. Interventionsmöglichkeiten ergeben sich deshalb in vielen Bereichen. Zunächst gilt es, jüngere Mitarbeiter und Auszubildende für die Risiken im Umgang mit „schwierigen“ Patienten zu sensibilisieren. Innerhalb der Ausbildung in der Krankenpflege in psychiatrischen Kliniken wird die Thematik unseres Wissens nach selten bis gar nicht thematisiert. Auf der Station muss den Umständen der Aufnahmesituation, vor allem bei unfreiwillig aufgenommenen Patienten ein besonderes Augenmerk gewidmet werden. Aufnahmen sind so zu gestalten, dass sie für den Patienten möglichst wenig Stress bieten. Generell kann das Konfliktmanagement durch ein Training deeskalierender Maßnahmen verbessert werden. Diese erstrecken sich auf die verbale Kommunikation, aber auch auf Körpersprache, Mimik und Gestik [20, 21]. Erfahrungen aus dem angelsächsischen Raum deuten darauf hin, dass von einem derartigen Training positive Effekte auf die Konfliktfähigkeit ausgehen [17, 33].

Nicht alle Konflikte lassen sich mit kommunikativen Mitteln lösen. Ist die Anwendung körperlicher Gewalt erforderlich oder aber physische Maßnahmen zur Gewalteinämmung gegenüber dem Patienten, sollten diese unter der Maßgabe möglichst geringer körperlicher

cher und psychischer Folgen für alle Beteiligten stehen. Solche Trainingsprogramme existieren bereits im deutschsprachigen Raum [10].

Schließlich muss auf die Bedeutung der Berücksichtigung psychischer Belastungen der Mitarbeiter hingewiesen werden, die im Einzelfall psychotherapeutische Hilfen notwendig machen können. Leitende Mitarbeiter in Einrichtungen, in denen Patientenübergriffe vorkommen, sollten Betroffenen Hinweise geben können, die auch Adressen von spezialisierten Psychotherapeuten enthalten. Nach unseren Erfahrungen sind die Beschäftigten eher bereit, Hilfe außerhalb der eigenen Einrichtung anzunehmen, als diese durch qualifizierte Mitarbeiter im Haus zu erhalten. Der häufig bestehenden Befürchtung, dass die psychische Befindlichkeit in der Einrichtung bekannt wird, kann so Rechnung getragen werden. Eine systematische Prävention von Patientenübergriffen und deren Folgen, wird positive Effekte auf die Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit haben. Sie wird sich aber auch positiv auf das therapeutische Milieu und auf den Behandlungsverlauf von Patienten auswirken, die nicht mehr mit der Gegenwehr der Einrichtung zu rechnen haben.

Wir bedanken uns beim Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, Münster, für die finanzielle Unterstützung der Untersuchung.

Literatur

- Angermeyer MC, Schulze B (1998) Psychisch Kranke – eine Gefahr? *Psychiatr Prax* 25:211–220
- Angermeyer MC, Cooper B, Link BG (1998) Mental disorder and violence: results of epidemiological studies in the era of de-institutionalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:51–6
- Arboleda-Flórez J, Holley H, Crisanti A (1998) Understanding causal paths between mental illness and violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33:538–46
- Caldwell MF (1992) Incidence of PTSD Among staff victims of patient violence. *Hosp Comm Psychiatry* 43:838–839
- CIPS (Hrsg) (1996) Internationale Skalen für Psychiatrie. 4. Aufl. Beltz, Göttingen
- Davis S (1991) Violence by psychiatric inpatients: a review. *Hosp Comm Psychiatry* 42:585–590
- Finzen A, Haug HJ, Beck A, Lüthy D (1993) Hilfe wider Willen – Zwangsmedikation im psychiatrischen Alltag. *Psychiatrie-Verlag, Bonn*
- Fischer G, Riedesser P (1998) Lehrbuch der Psychotraumatologie. Reinhardt, München
- Flannery RB, Fulton P, Tausch J, DeLoffi AY (1991) A Program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. *Hosp Comm Psychiatry* 42:935–938
- Fuchs JM (1998) Kontrollierter Umgang mit physischer Gewalt und Aggression in der Psychiatrie? Erfahrungsbericht über ein Praxisseminar. In: Sauter D, Richter D (Hrsg) *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*. Huber, Bern, pp 59–72
- Genz A, Krüger E, Dost B (1988) Aggressives Verhalten in der psychiatrischen Klinik. *Psychiat Neurol med Psychol* 40:542–551
- Kidd B, Stark C (eds) (1995) *Management of violence and aggression in health care*. Gaskell, London
- Kinzie JD, Goetze RR (1996) A Century of Controversy Surrounding Posttraumatic Stress-Spectrum Syndromes: The Impact on DSM-III and DSM-IV. *J Trauma Stress* 9:159–179
- Lanza ML (1983) The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. *Hosp Comm Psychiatry* 34:44–47
- Lanza ML (1992) Nurses as patient assault victims. An update, synthesis and recommendations. *Arch Psychiatr Nurs* 6:163–171
- MacKay C (1994) Violence to health care professionals: a health and safety perspective. In: Wykes T (ed) *Violence and health care professionals*. Chapman & Hall, London, pp 9–22
- Martin KH (1995) Improving staff safety through an aggression management program. *Arch Psychiatr Nurs* 9:211–215
- Nijman LI, à Campo JMLG, Ravelli DP, Merckelbach HLGJ (1999) A tentative model of aggression in inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 50:832–834
- Powell G, Caan W, Crowe M (1994) What events precede violent incidents in psychiatric hospitals? *Br J Psychiatry* 165: 107–112
- Richter D (1998) Gewalt und Gewaltprävention in der psychiatrischen Pflege – eine Übersicht über die Literatur. In: Sauter D, Richter D (Hrsg) *Gewalt in der psychiatrischen Pflege*. Huber, Bern, pp 109–136
- Richter D (1999) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Lambertus, Freiburg
- Royal College of Psychiatrists (1998) *Management of imminent violence. Clinical practice guidelines to support mental health services*. Occasional Paper 41, London
- Ryan JA, Poster EC (1989) The assaulted nurse: short-term and long-term responses. *Arch Psychiatr Nurs* 3: 323–331
- Spiehl H, Krischker S, Cording C (1998) Aggressive Handlungen im psychiatrischen Krankenhaus. Eine auf die psychiatrische Basisdokumentation gestützte 6-Jahres-Studie bei 17943 stationären Aufnahmen. *Psychiatr Prax* 25:227–230
- Steinert T, Gebhardt RP (1998) Wer ist gefährlich? Probleme der Validität und Reliabilität bei der Erfassung und Dokumentation von fremdaggresivem Verhalten. *Psychiatr Prax* 25:221–226
- Steinert T, Vogel WD, Beck M, Kehlmann S (1991) Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. Eine 1-Jahres-Studie an vier psychiatrischen Landeskrankenhäusern. *Psychiatr Prax* 18:155–161
- Steinert T, Beck M, Vogel WD, Wohlfahrt A (1995) Gewalttätige Patienten. Ein Problem für Therapeuten an psychiatrischen Kliniken? *Nervenarzt* 66:207–211
- Stierlin H (1956) *Der gewalttätige Patient: Eine Untersuchung über die von Geisteskranken an Ärzten und Patienten verübten Angriffe*. Karger, Basel
- Tardiff K (1996) *Concise Guide to Assessment and Management of Violent Patients*. 2nd ed, Am Psychiatr Press, Washington London
- Watson CG, Juba MP, Manifold V, Kucala T, Anderson PED (1991) The PTSD Interview: rationale, description, reliability, and concurrent validity of a DSM-III-based technique. *J Clin Psychol* 47:179–188
- Whittington R (1994) Violence in psychiatric hospitals. In: Wykes T (ed) *Violence and health care professionals*. Chapman & Hall, London, pp 23–43
- Whittington R, Patterson P (1996) Verbal and non-verbal behaviour immediately prior to aggression by mentally disordered people: enhancing the assessment of risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 3:47–54
- Whittington R, Wykes T (1996) A evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. *J Clin Nurs* 5:257–261
- Zeiler J (1994) Gewalttätiger Patient und institutionelle Gegengewalt. *Gesundheitswesen* 56:543–547