

BACHELOR-THESIS

Aggressives Verhalten von Patienten gegenüber Pflegerinnen auf Intensivstationen – eine literaturbasierte Studie

vorgelegt am 03.06.2019

von Jasmin Runge



1. Prüfer: Frau Katrin Blanck-Köster
2. Prüfer: Frau Susanne Kramp

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**

Department Pflege und Management
Alexanderstrasse 1
20099 Hamburg

Abstract

Hintergrund: In unserer Gesellschaft sind Aggressionen ein alltägliches Phänomen. Dabei ist der Bereich des Gesundheitswesens und vor allem die Berufsgruppe der Pflegenden am häufigsten von Aggressionen betroffen. Das Setting der Intensivstationen steht in diesem Zusammenhang vor besonderen Herausforderungen. Daher ist das Ziel der vorliegenden Thesis, die Situation der kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen herauszuarbeiten und das Ausmaß an Aggressionen, sowie die Auswirkungen auf die Pflegenden darzustellen. Im Anschluss erfolgt die Auseinandersetzung mit Maßnahmen zur Reduzierung von aggressiven Verhalten auf Seiten der Patienten und Patientinnen.

Methodisches Vorgehen: Es wird eine Literaturrecherche in den Datenbanken „PubMed“, „Google Scholar“ sowie „Beluga. Hamburg“ durchgeführt. Zusätzlich wird die Suche auf Seiten von Fachgesellschaften und Verbänden, sowie einer Handrecherche in der ärztlichen Zentralbibliothek des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorfs und in der Bibliothek der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Soziale Arbeit & Pflege ausgeweitet. Anschließend wird die gefundene Literatur in Bezug auf die Fragestellungen beurteilt und ausgewählte Studien auf ihre Qualität und Glaubwürdigkeit hin überprüft.

Ergebnisse: Die Patienten und Patientinnen sind auf den Intensivstationen erheblichen Belastungen ausgesetzt. Zusätzlich zeigt sich, dass die Auseinandersetzungen mit Stressoren das Aufkommen an Aggressionen begünstigen kann und die Intensivstationen im besonderen Maße von aggressiven Verhalten kritisch Erkrankter betroffen sind. Die Pflegenden werden infolge des Erlebens von Aggressionen mit einer Vielzahl an negativen Folgen konfrontiert und die Notwendigkeit von effektiven Strategien zum Umgang mit Aggressionen von Patienten und Patientinnen wird deutlich. Dabei ist die dargestellte Methode der Deeskalation im Rahmen des Aggressionsmanagement nach derzeitigem Stand der Forschungen nicht geeignet, um aggressives Verhalten zu reduzieren.

Schlussfolgerung: Zukünftig werden qualitativ hochwertige Studien im Bereich des Aggressionsmanagements benötigt. Dabei ist die Erforschung weiterer Ansatzpunkte, welche Aggressionen auf Seiten von Patienten und Patientinnen reduzieren, notwendig.

Inhaltsverzeichnis

I Tabellenverzeichnis	I
II Abkürzungsverzeichnis	I
1 Einleitung.....	1
2 Methodisches Vorgehen	3
3 Der kritisch Erkrankte auf den Intensivstationen	8
3.1 Die Intensivstation	8
3.2 Das Belastungserleben von kritisch Erkrankten.....	10
3.2.1 Schmerzen.....	12
3.2.2 Delir	13
3.2.3 Angst	14
4 Aggressives Verhalten als Ausdruck von Belastung.....	15
4.1 Einordnung des Aggressionsbegriffes	15
4.2 Das NOW-Modell	17
4.3 Forschungsüberblick zum Thema aggressives Verhalten im Gesundheitswesen ...	18
5 Aggressives Verhalten aus Sicht der Pflegenden.....	19
6 Präventive Maßnahmen zur Verhütung aggressiven Verhaltens	21
6.1 Prävention	22
6.2 Deeskalation	23
6.2.1 Das Professionelle Deeskalationsmanagement.....	24
6.2.2 Anwendung und Effekte von Deeskalationsschulungen.....	28
7. Diskussion	31
8. Zusammenfassung und Ausblick	38
Literaturverzeichnis.....	41
Anhang	50

I Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe innerhalb der ersten Forschungsfrage (eigene Darstellung)	4
Tabelle 2: Suchbegriffe innerhalb der zweiten Forschungsfrage (eigene Darstellung)	5
Tabelle 3: Suchbegriffe innerhalb der dritten Forschungsfrage (eigene Darstellung)	6
Tabelle 4: Suchbegriffe nach PIKO (eigene Darstellung)	7
Tabelle 5: Raster der Wirkfaktoren nach dem NOW-Modell (Walter et al. 2012, S. 92).....	18

II Abkürzungsverzeichnis

DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften
JBI	Joanna Briggs Institute
MeSH	Medical Subject Headings
ProDeMa®	Professionelles Deeskalationsmanagement
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network

1 Einleitung

Die Pflege ist ein Beruf, bei dem die Patienten und Patientinnen im Mittelpunkt stehen. Die Pflegenden haben die Aufgabe die Erkrankten auf den Weg zur Erhaltung und Erlangung ihrer Gesundheit zu begleiten und dabei ihre Bedürfnisse im Vordergrund zu stellen (§ 3 Abs. 1 S. 1-3 Krankenpflegegesetz). Doch gerade in dem Bereich der Pflege gibt es immer mehr Aggressionen, welche in unterschiedlichen Formen im Krankenhausalltag auftreten können (Lindner et al. 2015). Dabei erhalten Fälle bei denen Pflegenden Patienten oder Patientinnen im Krankenhaus misshandeln, besondere mediale Aufmerksamkeit. Aktuell ist hier der Fall Niels Högel zu nennen (Gude, et al. 2018/ Ramelsberger 2018). Mit der Veröffentlichung seiner Taten, der Ermordung zahlreicher Patienten und Patientinnen, rückte das Thema Aggressionen und Gewalttaten in der Pflege in das Bewusstsein der Bevölkerung.

Doch es gibt auch weniger bekannte Fälle von Aggressionen im Krankenhaus. Studien belegen, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens in ihrem Arbeitsumfeld alltäglich Aggressionen ausgesetzt sind (Franz et al. 2010; Schablon et al. 2012; Schablon et al.). Zudem zeigt es sich, dass sowohl die Erkrankten als auch deren Angehörige Täter von aggressiven Übergriffen sein können (Hahn et al. 2012; Lindner et al. 2015). Dennoch möchte die vorliegende Thesis die Gruppe der Angehörigen in Bezug auf die weiteren Ausarbeitungen ausklammern und den Fokus auf die Patienten sowie Patientinnen im stationären Bereich der Krankenhäuser legen. In diesem Zusammenhang belegen Studien, dass die Intensivstationen im besonderen Maße von aggressiven Verhalten von Erkrankten betroffen sind (Wei et al. 2016; Hahn et al. 2012). Dies ist hinsichtlich der Notwendigkeit einer komplexen Behandlung des lebensbedrohlichen Zustandes der kritisch Erkrankten problematisch. Daher erscheint eine Betrachtung der Zusammenhänge, welche das aggressive Verhalten von kritisch Erkrankten beeinflussen, als notwendig. Hierbei ist die Situation der Patienten und Patientinnen auf den Intensivstationen zu beachten. Erste Forschungen zu diesem Thema erfolgten schon im Jahre 1987. In Rahmen dessen untersuchte Hannich die Situation von kritisch Erkrankten auf einer operativen Intensivstation (Hannich 1987). Zudem sind in Bezug auf die möglichen negativen Auswirkungen von

Aggressionen Strategien notwendig, um Übergriffe von Patienten und Patientinnen zu reduzieren. Daher werden folgende Ziele abgeleitet:

Das Ziel der vorliegenden Thesis ist es, zunächst die Situation der kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen mit Hilfe von nationalen und internationalen Studien herauszuarbeiten. Dabei werden die Belastungsfaktoren, welche auf die Patienten und Patientinnen einwirken, aufgegriffen. Des Weiteren erfolgt eine Einordnung des Begriffes „Aggression“ und die Darstellung des Ausmaßes von aggressiven Verhalten auf den Intensivstationen, sowie eine Darlegung der Auswirkungen von Übergriffen auf das pflegerische Personal. Zusätzlich soll ein Weg zur Lösung gezeigt werden, welcher Übergriffe von Erkrankten auf das pflegerische Intensivpersonal reduzieren kann. Hinsichtlich der vorangestellten Überlegungen möchte die vorliegende Bachelorthesis folgenden Fragen nachgehen:

Welche Belastungen sind Patienten und Patientinnen auf der Intensivstation ausgesetzt? Wie stellt sich das aggressive Verhalten der Patienten und Patientinnen dar und welche Auswirkungen auf die Pflegenden sind möglich? Wie können Übergriffe von Patienten und Patientinnen auf das pflegerische Intensivpersonal reduziert werden?

Um die dargestellten Fragen zu beantworten, wird nach der Vorstellung des methodischen Vorgehens zunächst auf das Setting der Intensivstation eingegangen. Hierbei erfolgt die Vorstellung des Praxisortes und des Patientenkontextes, sowie die Definition der Intensivmedizin und der Intensivpflege. Dieser Abschnitt soll verdeutlichen in welcher Situation sich die kritisch Erkrankten befinden, um anschließend auf die Belastungsfaktoren der Patienten und Patientinnen eingehen zu können. Im nächsten Schritt erfolgt eine Einordnung des Begriffes „Aggression“, sowie die Darstellung von Aggressionsarten. Zusätzlich wird auf das aggressive Verhalten von kritisch Erkrankten eingegangen und der Umgang, sowie Auswirkungen des Verhaltens auf Pflegende beschrieben. Dieser Abschnitt soll die Notwendigkeit von geeigneten Strategien für den Umgang mit Aggressionen verdeutlichen. Anschließend wird auf die Methode der Prävention eingegangen. Dabei sollen zum einen Rückschlüsse zur Aggressionsprävention gezogen werden. Zum andern wird nach einer geeigneten Intervention gesucht, die

es ermöglicht aggressives Verhalten von kritisch Erkrankten zu reduzieren. Hierzu wird die Methode der Deeskalation vorgestellt und ein Programm für deeskalierende Maßnahmen im Gesundheitswesen beschrieben. Dieser Abschnitt soll zeigen, welche Möglichkeiten die Deeskalation im Rahmen des Aggressionsmanagement bietet und welchen Regelungen diese Methode unterliegt. Anschließend wird in Hinblick auf die dritte Fragestellung die Methode der Deeskalation evaluiert. Dabei wird geprüft, ob die Deeskalation ein geeignetes Mittel ist, um Übergriffe von Erkrankten auf das pflegerische Intensivpersonal zu reduzieren. Abschließend werden die gewonnenen Erkenntnisse dieser Thesis in Bezug auf die Fragestellungen zusammengefasst und diskutiert, sowie ein Ausblick formuliert.

2 Methodisches Vorgehen

Um Informationen bezüglich des Themas zu finden, wurde eine Literaturrecherche in der Datenbank „Pubmed“ durchgeführt. Die systematische Recherche erfolgte im Zeitraum von Dezember 2018 bis Mai 2019. Ergänzend erfolgte die Suche auf „Google Scholar“ um geeignete Veröffentlichungen zu finden. Weiterhin wurde die Recherche unter der Verwendung des HAW-Katalogs und der Suchmaschine „Beluga. Hamburg“ ausgeweitet. Dabei wurden nach Zeitschriften und Veröffentlichungen zum Thema recherchiert. Zusätzlich erfolgte eine Internetsuche auf Seiten von Fachgesellschaften und Verbänden, sowie eine Handrecherche in der ärztlichen Zentralbibliothek des Universitätsklinikum Hamburg- Eppendorfs und in der Bibliothek der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Soziale Arbeit & Pflege.

Anhand der vorliegenden ersten Fragestellung: *„Welche Belastungen sind Patienten und Patientinnen auf der Intensivstation ausgesetzt?“* wurden folgende Suchbegriffe und deren Synonyme für die Recherche in der Datenbank „Pubmed“ ausgewählt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Suchbegriffe innerhalb der ersten Forschungsfrage (eigene Darstellung)

Suchbegriffe deutsch	Suchbegriffe englisch
Intensivstation	intensive care unit, intensive care units, intensive care, critical care
Patient	patient, patients, client, clients
Erleben	experience, perspective, perceptions, view

Für die Recherche wurden die Suchbegriffe in verschiedenen Kombinationen mit den Bool'schen Operatoren verbunden (siehe A. 1). Zusätzlich wurden, aufgrund der Höhe der Trefferzahl zu Beginn der Recherche, Medical Subject Headings (MeSH) verwendet. Um möglichst aktuelle Literatur zum Thema zu finden, wurde als Filter der Zeitraum 2000 bis 2019 gesetzt. Weiterhin ist die Recherche auf die Sprachen Deutsch und Englisch begrenzt, sodass die Suche 136 Treffer ergab. Zunächst wurden die Überschriften der Veröffentlichungen mit der Fragestellung verglichen, sofern diese geeignet waren wurde das Abstract gelesen. Konnte weiterhin eine Übereinstimmung mit der Fragestellung festgestellt werden, wurde die Studie im Volltext gelesen. Eingeschlossen wurden Studien, bei denen die Teilnehmer Patienten oder Patientinnen einer Intensivstation und über 18 Jahre alt waren. Ausgeschlossen wurden Studien über Kinder und/ oder Neugeborene, sowie kognitiv eingeschränkte Patienten und Patientinnen. Weiterhin wurden das ambulante, neugeborene oder pädiatrische Setting ausgeschlossen. Nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien konnten sieben Studien aus der Datenbank „Pubmed“ berücksichtigt werden (siehe A. 2).

Für die Recherche in den Datenbanken „Google Scholar“ und „Beluga. Hamburg“ wurden die Suchbegriffe Intensivstation, Patient, Erleben, Belastung, Pflege und Aggressionen verwendet. Dabei konnten innerhalb der Datenbank „Google Scholar“ vier relevante Quellen, sowie zwei Veröffentlichungen innerhalb der Suchmaschine „Beluga. Hamburg“ identifiziert werden. Zusätzlich konnten sechs Quellen bei einer Handrecherche in der ärztlichen Zentralbibliothek und einer Internetsuche auf Seiten von Fachgesellschaften und Verbänden für die vorliegende Thesis gewonnen werden.

Nach der Identifizierung der Belastungen der Patienten und Patientinnen, sowie des möglichen aggressiven Verhaltens als Folge des Erlebens von Stressoren, erfolgte

im nächsten Schritt die Recherche zum Thema Aggressionen. In Rahmen der zweiten Forschungsfrage: „*Wie stellt sich das aggressive Verhalten der Patienten und Patientinnen dar und welche Auswirkungen auf die Pflegenden sind möglich?*“ wurde eine Suche innerhalb der Datenbank „Pubmed“ durchgeführt. Hierfür wurden folgende Suchbegriffe und deren Synonyme verwendet (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Suchbegriffe innerhalb der zweiten Forschungsfrage (eigene Darstellung)

Suchbegriffe deutsch	Suchbegriffe englisch
Intensivstation	intensive care unit, intensive care units, intensive care, critical care
Patient	patient, patients, client, clients
Aggressionen	aggressive behavior, violence, workplace violence
Pflegende	nurse, nursing staff, care team

Die Suchbegriffe wurden in verschiedenen Kombinationen mit den Bool'schen Operatoren verbunden (siehe A. 1). Weiterhin wurde auf die Verwendung von MeSh-Begriffen verzichtet, da diese die Suche und die damit verbundene Trefferzahl stark eingegrenzt haben. Als Filter wurde ein Zeitraum von 2000 bis 2019 gesetzt, um möglichst aktuelle Literatur zum Thema zu finden. Zusätzlich wurde die Literatur auf deutsch- und englischsprachige Veröffentlichungen begrenzt. Woraufhin die Recherche zunächst 311 Quellen identifizierte. Diese wurden anfänglich auf ihre Überschriften und bei Übereinstimmungen zur Fragestellung auf das Abstract beziehungsweise den Volltext geprüft. Studien, welche das Vorkommen und/ oder die Auswirkungen von aggressiven Verhalten von volljährigen Patienten und Patientinnen im Krankenhaus untersuchten, wurden eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Veröffentlichungen mit minderjährigen und/ oder kognitiv eingeschränkten Studienteilnehmern. Zusätzlich wurde das ambulante, neugeborene oder pädiatrische Setting ausgeschlossen. Daraufhin konnten elf Studien aus der Datenbank „Pubmed“ berücksichtigt werden (siehe A. 3).

Zusätzlich wurde die Suche auf die Datenbanken „Google Scholar“ und „Beluga. Hamburg“ ausgeweitet. Dabei wurden die Suchbegriffe der zweiten Forschungsfrage, unter Zuhilfenahme der Begrifflichkeiten Aggressionsmodell und Aggression im Gesundheitswesen, erweitert. Anschließend konnten in der

Datenbank „Google Scholar“ zwei relevante Quellen identifiziert werden und innerhalb der Suchmaschine „Beluga. Hamburg“ sechs Veröffentlichungen Berücksichtigung finden. Eine Internetrecherche auf Seiten von Fachgesellschaften und Verbänden ergab zwei relevante Treffer und eine Handrecherche an der HAW-Bibliothek Soziale Arbeit & Pflege ergab zwei zum Thema passende Quellen.

Nachfolgend wurden nach Lösungsmöglichkeiten gesucht, um das aggressive Verhalten von Patienten und Patientinnen einzudämmen. Anhand der dritten Fragestellung: *„Wie können Übergriffe von Patienten und Patientinnen auf das pflegerische Intensivpersonal reduziert werden?“* wurden folgend Suchbegriffe abgeleitet (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Suchbegriffe innerhalb der dritten Forschungsfrage (eigene Darstellung)

Suchbegriffe deutsch	Suchbegriffe englisch
Intensivstation	intensive care unit, intensive care units, intensive care, critical care
Patient	patient, patients, client, clients
Aggressionen	aggressive behavior, violence, workplace violence
Prävention	prevention, preventive measures, prophylaxis

Nach einer Recherche in den Datenbanken „Pubmed“, „Google Scholar“, „Beluga. Hamburg“ und des HAW-Kataloges, sowie einer Internetsuche auf Seiten von Fachgesellschaften und Verbänden, wurde die Deeskalation in Form von Programmen innerhalb des Aggressionsmanagements, als empfohlene Intervention zum Umgang mit aggressiven Verhalten im Gesundheitswesen identifiziert. Nachfolgend konnte die Suchstrategie mit Hilfe des PIKO-Schemas spezifiziert werden (siehe Tabelle 4). Für das P wurden zunächst Studien gesucht, welche im Zusammenhang mit der Intensivpflege durchgeführt wurden. Da dies zu einer zu geringen Anzahl an relevanten Studien führte, wurde die Suche erweitert und die Suchbegriffe aggressive Patienten, Aggression, sowie aggressives Verhalten verwendet (siehe A. 1). Für die Intervention wurden die Begriffe Deeskalation und Aggressionsmanagementprogramme genutzt. Eine Kontrollintervention wurde für die Beantwortung der Fragestellung nicht benötigt. Als Ergebnis soll eine Reduzierung des aggressiven Verhaltens erreicht werden.

Tabelle 4: Suchbegriffe nach PIKO (eigene Darstellung)

PIKO-Schema	Suchbegriffe deutsch	Suchbegriffe englisch
P	Intensivstation, Intensivpflege	intensive care unit, intensive care units, intensive care, critical care
	Aggression, aggressives Verhalten, aggressive Patienten	aggression, aggressive behaviour, aggressive patients
I	Deeskalation, Aggressionsmanagementprogramme	de-escalation, aggression management programme
K		
O	Reduzierung des aggressiven Verhaltens	Reduction of aggressive behavior

Für die Recherche in der Datenbank „Pubmed“ wurden die Suchbegriffe mit Hilfe der Bool’schen Operatoren verbunden, sowie Filtereinstellungen ausgewählt (siehe A. 1). Hierbei beschränkte sich die Auswahl auf deutsch- und englischsprachige Literatur, die innerhalb des Zeitraums von 2000 bis 2019 erschienen ist. Das Erscheinungsjahr wurde aufgrund der Aktualität der Studien eingegrenzt, sodass im Rahmen der ersten Suche in der Datenbank „Pubmed“ 20 Treffer und innerhalb der zweiten Suche 22 Treffer identifiziert wurden. Anschließend erfolgte die Scannung der Ergebnisse auf ihre Überschriften, deren Abstracts und Volltexte. Eingeschlossen wurden Studien, welche die Auswirkungen oder Effekte der Deeskalation im Rahmen von Aggressionsmanagementprogrammen mit Hilfe von volljährigen Studienteilnehmern im Krankenhaus untersuchen. Ausgeschlossen wurden Studien mit minderjährigen Studienteilnehmern, sowie Veröffentlichungen ohne den Bezug zum Aggressionsmanagement. Weiterhin wurde das ambulante, neugeborene oder pädiatrische Setting ausgeschlossen. Anschließend konnten unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien vier relevante Studien gewonnen werden (siehe A. 4). Zusätzlich wurden bei einer Recherche im Internet auf Seiten von Fachgesellschaften und Verbänden sechs weitere Quellen identifiziert. Weitere drei Quellen konnten mit Hilfe der in Tabelle vier beschriebenen Suchbegriffe in der Datenbank „Beluga. Hamburg“ gefunden werden.

Insgesamt konnten für die Beantwortung der drei Fragestellungen neun Bücher, 32 Studien, zwei Leitlinienbeiträge und acht Berichte von Organisationen

eingeschlossen werden. Eine Auflistung und Beurteilung der verwendeten Studien, sowie die Bewertung von ausgewählten handlungsleitenden Forschungsarbeiten, befinden sich im Anhang der vorliegenden Thesis unter den Punkten A.5 und A.6.

3 Der kritisch Erkrankte auf den Intensivstationen

In dem folgenden Kapitel wird zunächst näher auf das Setting Intensivstation eingegangen. Dabei werden die Intensivmedizin und Intensivpflege, sowie das Patientenklintel beschrieben. Hierbei wird auf eine genauere Einteilung der spezifischen Fachrichtungen in der Intensivmedizin verzichtet, um einen umfassenden Eindruck zu gewinnen. Zusätzlich werden ausschließlich kritisch Erkrankte betrachtet, die plötzlich und unerwartet intensivmedizinisch betreut werden müssen. Zudem wird dargelegt in welcher Lebenslage sich die Patienten und Patientinnen auf Station befinden, um Rückschlüsse zu den erlebten Belastungen herzustellen.

3.1 Die Intensivstation

Die Anfänge der Intensivstationen liegen in den 1960er Jahren. Seit dieser Zeit hat die Intensivstation eine enorme Entwicklung erlebt (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin 2019). Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes beläuft sich die Bettenanzahl zur intensivmedizinischen Versorgung in Deutschland im Jahre 2017 auf 28.031 Betten. Im gleichen Jahr durchlaufen 2.131.216 Patienten und Patientinnen in ganz Deutschland die Intensivmedizinischen Stationen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019). Dabei dient die Intensivstation zur Überwachung und Behandlung von Patienten und Patientinnen, deren Leben durch schwerste Erkrankungen oder Störungen bedroht wird (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin 2019). Anhand dieser Definition wird sogleich das Patientenklintel deutlich. Die Patienten und Patientinnen leiden charakteristisch an einem lebensbedrohlichen Zustand. Dieser kann in Folge einer Grunderkrankung, eines Unfalles oder anderweitigen Störung entstanden sein

(Larsen 2016). Die Versorgung dieser kritisch Erkrankten wird durch die Intensivmedizin gewährleistet. Diese beinhaltet sowohl eine intensive Überwachung und Therapie der Patienten und Patientinnen als auch ein hohes Maß an pflegerischer Versorgung (Larsen 2016). Die Ziele der Intensivmedizin sind die Überwindung des lebensbedrohlichen Zustandes oder Genesung der Patienten und Patientinnen und das Erreichen einer hohen Lebensqualität. Die Ziele sollen mit Hilfe der Arbeit im interdisziplinären Team erreicht werden. Dieses umfasst die Ärzteschaft, die Pflegenden, sowie Beschäftigte der Physiotherapie, der Ergotherapie, der Logopädie und weitere Beteiligte im Gesundheitswesen (Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin 2019). Ein Bestandteil der intensivmedizinischen Versorgung ist die Intensivpflege, die einen speziellen Bereich der Pflege darstellt. Larsen et al. (2016) definieren die Intensivpflege wie folgt.

„Die Intensivpflege umfasst ganzheitliche Pflege und Versorgung von Patienten mit akuten, lebensbedrohlichen Erkrankungen, weiterhin die palliative Versorgung unheilbar Erkrankter einschließlich Sterbebegleitung.“
(Larsen et al. 2016, S. 529)

Weiterhin ergänzen Larsen et al. (2016) folgendes:

„Die Intensivpflege befasst sich mit der Pflege und Versorgung kritisch kranker Patienten, die auf umfangreiche und kontinuierliche Pflege, Überwachung und Therapie in kurativem, präventiven, rehabilitativen und palliativen Bereich angewiesen sind. Sie erfolgt primär auf Intensivbehandlungsstationen [...], erstreckt sich aber auch auf die Mitarbeit in angrenzenden therapeutischen und diagnostischen Einheiten wie die inner- und außerklinische Notfallversorgung, Interhospitaltransporte und die ambulante Intensivpflege.“ (Larsen et al. 2016, S. 529, Auslassung: J.R.)

Anhand der zwei Definitionen wird deutlich, dass die Intensivpflege einen umfassenden Blick auf die kritisch Erkrankten benötigt, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten. Dabei sind die Ziele der Intensivpflege individuell dem Patienten und Patientinnen angepasst, wobei die Erhaltung und Förderung der Lebensqualität des kritisch Erkrankten im Vordergrund stehen (Larsen et al. 2016). Erreicht werden diese individuellen und patientenorientierten Ziele mit einem umfangreichen Aufgabenkatalog der Pflege. Dieser beinhaltet unter anderem die Beobachtung und Überwachung der Patienten und Patientinnen, die ärztliche

Assistenz, die Anwendung von Prophylaxen und spezifischen Interventionen, sowie die pflegerische Grundversorgung (Larsen et al. 2016).

Für den kritisch Erkrankten stellt die Vielzahl an therapeutischen Interventionen, die Kontrollen von Überwachungsparametern und der Einsatz hochtechnologischer Geräte eine Belastung dar und führt zu einer Depersonalisierung der Erkrankten (Schara 2008). Nach Larsen (2016) befindet sich der Erkrankte zusätzlich in einer Krisensituation, welche durch den Verlust der Autonomie und der gewohnten Umgebung, der Bedrohung des Lebens, den Verlust von sozialen Kontakten, der Mobilitätseinschränkung und dem Erleben von schmerzhaften Prozeduren gekennzeichnet ist. Weiterhin werden Aspekte beschrieben, welche individuell die Patienten und Patientinnen beeinflussen würden. Zu diesen Aspekten zählen krankheits- und behandlungsinduzierte Komplikationen, sowie Ängste betreffend der Erkrankung, des Verlustes sozialer Beziehungen und der Zukunft. Weitere negative Auswirkungen hätten auch die permanente Auseinandersetzung mit Reizen, wie Lärm und Licht (Larsen 2016). Infolge dieser Belastungen reagieren die Patienten und Patientinnen mit unterschiedlichen Verhaltensweisen. Dabei sind Angst und Frustration mögliche Reaktionen, welche zu Aggressionen seitens des kritisch Erkrankten führen können (Larsen 2016; Meraner/ Sperner-Unterweger 2016).

3.2 Das Belastungserleben von kritisch Erkrankten

Die Präsenz des Themas des Belastungserleben von kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen wird durch weltweite Studien unterstützt (Hweidi 2007; Alasad et al. 2015; Pang/ Suen 2008; Abuatiq et al. 2013; McKinley et al. 2002; Wassenaar et al. 2014; Lindberg et al. 2015; Besendorfer 2004; Maul 2006). Die Forschungsarbeiten haben das Ziel Stressoren zu identifizieren, um Rückschlüsse auf die Situation der kritisch Erkrankten während ihres Aufenthalts auf der Intensivstation zu ermöglichen. Anhand dieser Studien wird gleichzeitig deutlich, dass es unterschiedliche Wahrnehmungen bezüglich des Belastungserleben der Patienten und Patientinnen gibt. Pflegende auf den Intensivstationen können sowohl die Intensität der Belastung als auch die Stressoren für die Patienten und Patientinnen nicht richtig einschätzen (Pang/Sue 2008; Abuatiq et al. 2013). Daher

werden im Folgenden die größten Stressoren und Faktoren, welche einen geringen Einfluss auf den kritisch Erkrankten haben, vorgestellt.

Nach Pang/Sue (2008) sind die zeitliche Desorientierung, die Langeweile, die regelmäßigen Blutdruckkontrollen, ein unbequemes Bett oder Kissen und weitere Mitpatienten oder Mitpatientinnen im Zimmer Aspekte, welche bei dem kritisch Erkrankten am wenigsten Stress auslösen. Hweidi (2007) bestätigt in der Studie „Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey“, dass die zeitliche Desorientierung nur eine geringe Belastung für den kritisch Erkrankten darstellt und führt weitere Faktoren auf. Das Vermissen des Partners oder der Partnerin, schnelles Arbeiten der Pflegenden und das Klingeln des Telefons, werden unter anderem nur wenig belastend vom kritisch Erkrankten empfunden (Hweidi 2007). Maul (2006) führt einen weiteren Aspekt auf, bei dem es um die Akzeptanz von Belastungsfaktoren geht. In seiner Studie wird der Zusammenhang zwischen dem Abschätzen der Behandlungsnotwendigkeit und den umgebungsbedingten Belastungsfaktoren beschrieben. Dabei nimmt der Patient oder die Patientin störende Umweltfaktoren wahr und akzeptiert diese aufgrund der Notwendigkeit einer Behandlung auf der Intensivstation (Maul 2006).

Nachfolgend werden die größten Belastungsfaktoren für die kritisch Erkrankten vorgestellt. Hweidi (2007) erfasst folgende Aspekte als wichtigste Stressoren für Patienten und Patientinnen: Fremdkörper in Nase oder Mund, Schmerzen, Schlafstörungen, Lärm, Durst und fehlende Kontrolle des eigenen Körpers. Dagegen benennt Pang/ Sue (2008) die größten Belastungen für die Patienten und Patientinnen wie folgt: die Angst vor dem Tod, das Gefühl unter Druck gesetzt zu werden, um einer Behandlung zuzustimmen, Schmerzen und die Unwissenheit über die Dauer des Aufenthalts auf einer Intensivstation.

Bei einem Vergleich der beiden Studien wird deutlich, dass Hweidi (2007) physische Faktoren als Stressoren benennt und Pang/Sue (2008) auf die psychischen Belastungen eingeht. Das Erleben von Schmerzen wird bei beiden Studien als größte Belastung für die Patienten und Patientinnen angesehen. Diesen Aspekt unterstützt die Studie von Alasad et al. aus dem Jahr 2015. Hierbei gaben 52% der Befragten an, während des Aufenthalts auf einer Intensivstation an Schmerzen zu leiden. Ähnliche Ergebnisse bietet das Review von Abuatiq et al. (2013) und

bestätigt das Schmerzen für die Patienten und Patientinnen zu den größten Belastungen gehören. Lediglich die Untersuchung von McKinley et al. (2002) kommt zu dem Ergebnis, dass die Teilnehmenden an der Studie den Aufenthalt auf der Intensivstation vermehrt als schmerzfrei bezeichneten. Dafür wird über das Erleben von Ängsten berichtet, welche aus einer unpersönlichen Pflege, einem Mangel an Informationen und Schlaf, sowie Ruhezeiten und dem Gefühl von situativer und räumlicher Desorientierung entstanden sind (McKinley et al. 2002). Diese Erkenntnisse decken sich mit den Ergebnissen aus der Studie im Jahre 2014 von Wassenaar et al.. Einen weiteren Aspekt beschreibt Pang/Sue (2008) mit der Angst vor dem Tod unter dem die kritisch Erkrankten leiden. Es wird deutlich, dass die Angst der Patienten und Patientinnen verschiedene Auslöser haben kann. Ebenso unterschiedliche Ergebnisse beschreibt die Forschung bezüglich der Orientierung beziehungsweise der Desorientierung der Patienten und Patientinnen. Während laut Pang/Sue (2008) und Hweidi (2007) die zeitliche Desorientierung des kritisch Erkrankten zu den geringsten Stressoren gehört, ist nach McKinley et al. (2002), Besendorfer (2004) und Wassenaar et al. (2014) die räumliche und situative Desorientierung ein belastendes Ereignis. Diese Form von Desorientierung kann durch das Delir, welches eine häufige Komplikation bei Patienten und Patientinnen auf Intensivstationen ist, ausgelöst worden sein (Larsen 2016).

Im weiteren Verlauf werden die Belastungsfaktoren Schmerz, Delir und Angst ausführlicher vorgestellt und auf ihre Entstehung und Auswirkungen eingegangen. Diese Stressoren wurden gewählt, da sie den größten Einfluss auf den kritisch Erkrankten während des Aufenthaltes auf der Intensivstation haben. (Hweidi 2007; Alasad et al. 2015; Pang/ Suen 2008; Abuatiq et al. 2013; McKinley et al. 2002; Wassenaar et al. 2014)

3.2.1 Schmerzen

Das Erleben von Schmerzen ist eine physiologische Funktion des Körpers und hat die Aufgabe vor schädigenden Einflüssen zu warnen. Dabei ist die Stärke des Schmerzes subjektiv und individuell vom Patienten oder der Patientin abhängig. Aus diesem Grund ist die Schmerzerfassung ein wichtiges Mittel, um Missverständnissen zwischen dem Behandlungsteam und den Erkrankten

vorzubeugen (Larsen 2016). Richtlinien für die Behandlung von Schmerzen bei kritisch Erkrankten bietet die aktuelle S3- Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ aus dem Jahr 2015, welche noch bis 2020 Gültigkeit besitzt. Die Leitlinie vertritt den Standpunkt, dass Schmerzen negative Einflüsse auf die Behandlung der Patienten und Patientinnen haben und setzt sich für einen hohen qualitativen Standard bei der Behandlung der kritisch Erkrankten ein (AWMF 2015). Dennoch wird anhand der aktuellen Literatur deutlich, dass der Stressor Schmerz vom Behandlungsteam noch unzureichend behandelt und wahrgenommen wird (Larsen 2016). Dies kann zu Angst und Frustration führen, welche Aggressionen seitens des kritisch Erkrankten auslösen können (Larsen 2016; Meraner/ Sperner-Unterweger 2016).

3.2.2 Delir

Das Delir ist ein Zustand der Verwirrung, dessen Ursache in einer Störung der Funktionsfähigkeit des Gehirnes liegt (Larsen 2016). Eine geeignete Definition bietet hier das ICD-10, welches wie folgt das Delir definiert:

„Ein ätiologisch unspezifisches hirnorganisches Syndrom, das charakterisiert ist durch gleichzeitig bestehende Störungen des Bewusstseins einerseits und mindestens zwei der nachfolgend genannten Störungen andererseits: Störungen der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Psychomotorik, der Emotionalität oder des Schlaf-Wach-Rhythmus. Die Dauer ist sehr unterschiedlich und der Schweregrad reicht von leicht bis zu sehr schwer.“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2018, o.S.)

Der Zustand des Delirs ist keine eigenständige Erkrankung. Er resultiert aus medizinischen Faktoren und gilt daher als Komplikation. Das Delir wird durch die Beseitigung der auslösenden Faktoren, sowie symptomatisch behandelt (Larsen 2016). Die S 3 Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ bietet auch hier geeignete Richtlinien zur Behandlung des Delirs (AWMF 2015). Dennoch wird das Delir als eine der häufigsten Störungen bei kritisch Erkrankten wahrgenommen (Larsen 2016). Nach Larsen (2016) sind Folgen einer unzureichenden Behandlung des Delirs die verlängerte Dauer der Beatmung und des Aufenthaltes auf der Intensivstation, sowie negative Auswirkungen auf die

Sterblichkeit und kognitiven Langzeitergebnisse der Patienten und Patientinnen. Wassenaar et al. (2014) und McKinley et al. (2002) berichten zusätzlich, dass die Trübung des Bewusstseins und der Kontrollverlust des Körpers ängstliche Reaktionen bei dem kritisch Erkrankten auslösen können.

3.2.3 Angst

Neubert (2014) beschreibt die Angst als eine natürliche Reaktion des Körpers. Sie dient in Gefahrensituationen als überlebenswichtiger Mechanismus, welcher Reaktionen zur Flucht, zum Kampf oder weitere notwendige Verhaltensweisen ermöglicht. Diese Reaktionen werden im Fall einer Krisensituation automatisch vom Körper gesteuert. Dabei gehört der Aufenthalt auf einer Intensivstation für die kritisch Erkrankten zu einer belastenden und lebensbedrohlichen Situation, welche Ängste bei dem Betroffenen auslösen können (Neubert 2014). Daher befasst sich die S3 Leitlinien „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ mit dem Umgang von Angstreaktionen der kritisch Erkrankten (AWMF 2015). Diese natürlichen Angstreaktionen können sich negativ auf das Befinden der Patienten und Patientinnen auswirken (Neubert 2014). So kann es zu einer Störung des Heilungsprozesses und einer erhöhten Gefahr von Komplikationen kommen. Weitere emotionale Folgen, sowie Orientierungslosigkeit, Unruhe und erhöhte Erregbarkeit sind möglich (Neubert 2014). Ebenso beschreibt Neubert (2014), dass Angstreaktionen Stress auslösen und sowohl die Angst als auch der daraus resultierende Stress abhängig von der erlebten Belastung sind. Weiterhin stellt Schirmer et al. (2012) den Zusammenhang zwischen der Angst und den Aggressionen da. Dabei sind Aggressionen ein Schutzmechanismus der Patienten und Patientinnen auf erlebte Belastungssituationen (Schirmer et al. 2012). Meraner/ Sperner-Unterweger (2016) beschreibt diesen Zusammenhang auf eine ähnliche Weise. Dabei sind Aggressionen psychische Reaktionen auf hohe Belastungen, welche der Patient oder die Patientin während Krisensituationen auf den Intensivstationen erleben (Meraner/ Sperner-Unterweger 2016).

4 Aggressives Verhalten als Ausdruck von Belastung

Im folgenden Kapitel wird zunächst näher auf die Begrifflichkeit „Aggression“ eingegangen. Dabei werden Definitionen und Vergleiche der Begriffe Gewalt und Aggressionen vorgestellt und anschließend Arten und Formen von Aggressionen beschrieben. Hierfür werden zwei Beispiele aufgeführt, welche in den nachfolgenden Kapiteln aufgegriffen werden. Weiterhin werde keine Aussagen über die Aggressionstheorien getroffen, da diese den Schwerpunkt der Thesis überschreiten. Zur Darstellung des Aggressionsgeschehens wird ein Modell vorgestellt. Es wurde aufgrund seiner anschaulichen und verständlichen Beschreibung, sowie seiner Bedeutung für die Präventionsarbeit ausgewählt. Anschließend werden Forschungsergebnisse zu den Themen aggressives Verhalten von Patienten und Patientinnen im Gesundheitssystem und Erleben, sowie Auswirkungen von Aggressionen auf die Pflegenden präsentiert.

4.1 Einordnung des Aggressionsbegriffes

Anhand der vorangegangenen Betrachtung des Belastungserleben der kritisch Erkrankten wird deutlich, dass Aggressionen Reaktionen auf das Erleben von Stressoren sein können (Meraner/ Sperner-Unterweger 2016). Ursprünglich kommt der Begriff „Aggression“ aus dem lateinischen. Mit „aggređi“ wurde das Angreifen oder Herangehen bezeichnet (Wahl 2009). In der heutigen Zeit ist eine allgemeingültige Definition des Begriffes nicht mehr möglich. Aufgrund von unterschiedlichen Betrachtungen des Wortes Aggressionen innerhalb der verschiedenen Forschungszweige wie die Kriminologie, Soziologie und Psychologie entstanden eine Vielzahl an Definitionen. Einige dieser Definitionen thematisierten die verschiedenen Formen des aggressiven Verhaltens. Weitere beschäftigten sich mit den Ursachen oder Konsequenzen (Wahl 2009).

Eine weitere Schwierigkeit ist die Abgrenzung der Begriffe Aggressionen und Gewalt. Die Gewalt kann als eine Teilmenge der Aggressionen angesehen werden. Für Wahl (2009) beinhaltet sie eine Machtausübung in Form einer vorsätzlichen Androhung oder Ausübung von schädlichen Angriffen mit dem Ziel dem Gegenüber zu etwas zu zwingen. Wohingegen Aggressionen Mechanismen sind, die zur

Durchsetzung oder Behauptung gegen schadenzuführende Faktoren eingesetzt werden (Wahl 2009). Es zeigt sich, dass hinter den Begriffen unterschiedliche Bestrebungen liegen. Während die Gewalt eine zwingende und durchsetzende Funktion ausübt, beinhaltet die Aggression eine Schutzfunktion, welche durch die Genetik, Sozialisation und Gesellschaft beeinflusst wird (Wahl 2009). Weitere Erkenntnisse zur Abgrenzung des Gewalt- und Aggressionsbegriffes bietet die Bezugswissenschaft der Pädagogik. Hierbei wird die Gewalt als ein Grenzen verletzendes und vorsätzlich schädigendes Verhalten angesehen. In Gegensatz dazu ist die Aggression ein Gefühl, welches Energie und Aktivität ausdrückt (Korn/Mücke 2011).

Im Vergleich zu den vorangegangenen Betrachtungen und Abgrenzungen des Begriffes Aggressionen beschreibt Kreddig/ Karimi (2013) Aggressionen als ein Ausdruck von Ärger. Dieser kann sich gegen den auslösenden Faktor, die eigene Person oder unbeteiligte Dritte richten. Über die Formen der Aggression werden von Kreddig/ Karimi (2013) folgende Aussagen getroffen:

„Aggressive Verhaltensweisen können in unterschiedlichen Formen auftreten. Es kann sich um verbale oder nonverbale, aktive oder passive und offene oder verdeckte Aggressionen handeln. Verbale Aggressionen umfassen alles, was verbal ausgedrückt werden kann, z.B. Bedrohungen oder Beschimpfungen. Nonverbale Aggressionen zeigen sich dagegen in der Mimik oder Gestik, beispielsweise durch eine bedrohliche Körperhaltung. Offen ausgedrückte Aggressionen bezeichnen alle sichtbar dargelegten aggressiven Verhaltensweisen, z.B. einen Streit. Sie sind oft leichter zu erkennen als verdeckte Aggressionen, bei denen oft einfach ein unangenehmes, aber schwergreifbares Gefühl „in der Luft liegt“. Zuletzt lassen sich aktive und passive Formen der Aggression unterscheiden. Aktive Formen umfassen z.B. einen Angriff oder einen offenen Konflikt. Passive Aggressionen sind dagegen durch Verweigerung, Nicht-Kooperation oder Ausweichen gekennzeichnet.“ (Kreddig/ Karimi 2013, S. 102-103)

Weitere Aussagen über Arten von aggressiven Verhalten werden von Walter et al. (2012) getroffen. Demnach gibt es zwei Aggressionsformen, welche in ihrer Absicht zu unterscheiden sind. Nach Walter et al. (2012) ist die erste Form der Aggression geplant und verfolgt ein genaues Ziel. Die zweite Form resultiert aus einem negativen Ereignis und ist emotional geprägt.

Anhand der vorangegangenen Betrachtungen wird deutlich, dass es unterschiedliche Definitionen, Formen und Arten von Aggressionen gibt. Diese

resultiert zum einen aus den unterschiedlichen Betrachtungsweisen des Begriffes Aggressionen (Wahl 2009). Zum anderen ist die Wahrnehmung und Einschätzung der ausschlaggebenden Ereignisse subjektiv geprägt. Die Entscheidung, ob das Verhalten des Gegenübers bedrohlich oder belastend ist, trifft die betroffene Person selbst (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2016). Daher fangen Aggressionen dort an, wo sich Betroffene aufgrund von vorsätzlichen verletzenden Verhalten Anderer geschädigt fühlen. Anhand dieser Definition möchte sich die vorliegende Thesis orientieren.

4.2 Das NOW-Modell

Ein Modell, welches einen Überblick auf das Aggressionsgeschehen im Gesundheitswesen bietet, ist das NOW-Modell von Walter et al. (2012). Das NOW-Modell betont die Interaktion im akuten Fallgeschehen, möchte aber auch personen- und umweltbetreffende Faktoren widerspiegeln (siehe A.7). Die Entwickler des Modelles bezeichnen es als Metamodell, welches zur Lehre und Analyse Verwendung finden kann. Es betrachtet die Interaktion zweier Akteure oder Akteurinnen, zum einen die Beschäftigten im Gesundheitswesen und zum anderen den Patienten oder die Patientin. Dabei sollen die vergangenen und zukünftigen Entwicklungen, welche für das gegenwärtige Ereignis ausschlaggebend sind, berücksichtigt werden. Das Modell verzichtet auf die Begrifflichkeiten Opfer und Täter und geht von Betroffenen aus (Walter et al. 2012). Weiterhin wird es als wichtig angesehen, die Sicherheitsaspekte und stabilisierenden Faktoren zu berücksichtigen. Als Resultat der Interaktion werden zwei Alternativen von den Entwicklern vorgeschlagen, ein respektvolles und integriertes oder ein gezwungenes Problemlösungsverhalten. Das respektvolle und integrierte Verhalten wird als ein für beide Akteure oder Akteurinnen gewinnendes Resultat bezeichnet. Wohingegen das gezwungene Verhalten mindestens einen Verlierer oder eine Verliererin beinhaltet. Unabhängig des Ergebnisses der Interaktion werden die zwei Akteure oder Akteurinnen geprägt und nehmen diese Erfahrungen in zukünftige Fallgeschehen mit (Walter et al. 2012).

In Bezug auf das NOW-Modell entwickelten Walter et al. (2012) ein Raster (siehe Tabelle 5). Dieses Raster betrachtet Faktoren, welche beeinflussende Wirkungen

auf die Akteure oder Akteurinnen haben. Dabei wurden Aspekte berücksichtigt, die sowohl negative als auch positive Einflüsse auf die Interaktion vorweisen (Walter et al. 2012). Diese werden mit den Begrifflichkeiten „Gleichgewicht und Sicherheitsgefühl fördernd“ und „Aggressives Verhalten fördernd“ beschrieben. Das Raster soll, wie das NOW-Modell, für die Lehre und Analyse Verwendung finden und eignet sich nach Walter et al. (2012) für die Erkennung deeskalierender Maßnahmen.

Tabelle 5: Raster der Wirkfaktoren nach dem NOW-Modell (Walter et al. 2012, S. 92)

Faktoren	Gleichgewicht und Sicherheitsgefühl fördernd	Aggressives Verhalten fördernd
Personale Faktoren beim Klienten		
Personale Faktoren beim Mitarbeiter		
Umgebungsfaktoren (stabile und variable)		
Interaktionelle Faktoren		
Beispiele für Auslöser		

4.3 Forschungsüberblick zum Thema aggressives Verhalten im Gesundheitswesen

Bei der Sichtung weltweiter Studien wird deutlich, dass Aggressionen im Gesundheitswesen alltägliche Erscheinungen sind (Ahmed 2012; Wei et al. 2016; Franz et al. 2010; Fujita et al. 2012; Hahn et al. 2012; Yoo et al. 2018; Lindner et al. 2015; Park et al. 2015; Schablon et al. 2012; Schablon et al. 2018; Shafran-Tikva et al. 2017; Ünsal Atan et al. 2013; Weidner et al. 2017; Zhang et al. 2017). Die Studie von Schablon et al. (2018) kam zu dem Ergebnis, dass innerhalb von zwölf Monaten 94,1% der teilnehmenden Befragten des Gesundheitswesens verbal angegriffen und 69,8% der Studienteilnehmenden körperlichen Aggressionen ausgesetzt waren. Laut Studien ist dabei der Bereich der Pflege besonders gefährdet (Lindner et al. 2015; Schablon et al. 2012; Franz et al. 2010). Die Studie aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal von Lindner et al. (2015) fand heraus, dass 132 von 142 befragten Pflegekräften (93%)

in den letzten sechs Monaten von verbalen Aggressionen betroffen waren. Zusätzlich wurden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Krankenhauses über ihre Erfahrungen bezüglich körperlicher Aggressionen befragt. Dabei hatte der Bereich der Pflege, in Hinblick auf andere Berufsgruppen im Krankenhaus, mit 46% das höchste Aufkommen an erlebten körperlichen Aggressionen in den letzten sechs Monaten ausgehend von Patienten und Patientinnen, sowie ihren Angehörigen (Lindner et al. 2015).

Weiterhin belegen Studien, dass Pflegende auf den Intensivstationen besonders häufig Aggressionen seitens der Patienten und Patientinnen ausgesetzt sind (Wei et al. 2016; Park et al. 2015; Hahn et al. 2012; Ahmed 2012; Fujita et al. 2012). Yoo et al. (2018) erklärt dieses Phänomen anhand des hohen Belastungserlebens der kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen und beschreibt mit Hilfe seiner Studie die häufigsten Formen an erlebten Aggressionen. Zu den häufigsten körperlichen Aggressionen zählen das Treten, gefolgt vom Kratzen, Spucken und Beißen. Bedroht werden die Pflegenden auf der Intensivstation mit der Androhung von Fäusten, einem wütenden Gesicht und dem Versuch ein Objekt zu werfen. Die verbalen Aggressionen zeigen sich in Form von Anschreien, Beleidigen und einer herablassenden Anrede (Yoo et al. 2018). Nach Hahn et al. (2012) haben Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf den Intensivstationen ein hohes Risiko körperliche Aggressionen zu erleben. Zudem sind laut Park et al. (2015) die Intensivstationen, im Vergleich mit weiteren Krankenhauseinheiten, am häufigsten von Gewaltandrohungen, körperlichen Angriffen und verbalen Aggressionen betroffen.

5 Aggressives Verhalten aus Sicht der Pflegenden

Es zeigt sich, dass der Bereich der Pflege besonders von Aggressionen ausgehend von Patienten und Patientinnen betroffen ist. Daher werden im Folgendem sowohl der Umgang mit aggressiven Verhalten als auch Folgen der Aggressionen für die Pflegenden beschrieben.

Yoo et al. (2018) und Schablon et al. (2018) beschreiben in ihren Studien Methoden zum Umgang mit aggressiven Verhalten, welche von Pflegenden angewandt

werden. Bei einem Vergleich der zwei Studien wird deutlich, dass ein Gesprächsversuch mit dem Patienten oder der Patientin eine der häufigsten angewandten Methoden zum Umgang mit aggressiven Verhalten ist. Während die Unterstützung eines Kollegen oder einer Kollegin bei Yoo et al. (2018) zu den häufigsten Reaktionen gehört, geben bei Schablon et al. (2018) 39,1 % der Befragten an Hilfe zu suchen. Dafür kommen Schablon et al. (2018) zu den Erkenntnissen, dass sich etwa die Hälfte der Befragten von aggressiven Patienten und Patientinnen entfernen und bei 32,5% der Studienteilnehmenden der Patient oder die Patientin mit Medikamenten beruhigt wurde. Diese Ergebnisse und die Erkenntnis, dass sich etwa zwei Drittel der Befragten unsicher im Umgang mit aggressiven Patienten und Patientinnen fühlen, zeigen, dass bisher angewandte Umgangsstrategien unzureichend bei einem Kontakt mit aggressiven Patienten und Patientinnen sind.

Weiterhin untersucht die Studie von Richter (2014) die Reaktionen von Pflegenden auf das Erleben von Aggressionen. Zu diesen zählen: Ignorieren, Rationalisieren, Hilflosigkeit und Enttäuschung (Richter 2014). Ähnliche Ergebnisse beschreibt Schablon et al. (2018) und benennt Ärger, Wut, Angst, Hilflosigkeit und Enttäuschung als mögliche Reaktionen. Daraus resultiert für die Betroffenen ein Gefühl von Unsicherheit und Anspannung, welche die Zusammenarbeit mit den Patienten und Patientinnen negativ beeinflusst (Schablon et al. 2018; Needham et al. 2004). Die weiteren Auswirkungen von Aggressionen sind abhängig von den individuellen Persönlichkeitsfaktoren des Betroffenen und der Konfliktsituation, wobei ein direkter Zusammenhang zwischen der Intensität der Aggressionen und den Auswirkungen auf den Betroffenen nicht erkennbar wäre (Nau/ Walter 2014; Nau et al. 2018). Nach Nau/ Walter (2014) und Nau et al. (2018) sind die Folgen des Erlebens von aggressiven Verhalten sowohl physisch als auch psychisch. Wobei die psychischen Folgen für Außenstehende nicht immer deutlich sichtbar sind. Franz et al. (2010) kamen zu der Erkenntnis, dass Aggressionen 55% der Studienteilnehmenden körperlich und 77,2% der Befragten emotional beeinträchtigen. Die Studie von Needham et al. (2005) geht von biophysiologicalen, emotionalen, kognitiven und sozialen Folgen aus und beschreiben ein Gefühl von Angst, Wut, Schuld, sowie Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung als Nachwirkungen des Erlebens von aggressiven Verhalten. Richter (2014) benennt

Schlafstörungen und die Kündigung des Arbeitsverhältnisses als mögliche Folgen nach dem Erleben von Aggressionen. Weitere potenzielle Auswirkungen wurden von Schablon et al. (2012) und Schablon et al. (2018) identifiziert. Demnach sind Stressreaktionen nach einem Kontakt mit aggressiven Patienten und Patientinnen möglich (Schablon et al. 2012). Zusätzlich gaben in der Studie von Schablon et al. (2018) 42% der Betroffenen Schmerzen, die länger als zehn Minuten anhielten, und 58% der Befragten sichtbare Verletzungen als Nachwirkungen von Aggressionen von Patienten und Patientinnen an. Weiterhin mussten 19% der Betroffenen einen Arzt aufsuchen (Schablon et al. 2018).

Die Kenntnisse über Anlaufstellen nach einem Kontakt mit aggressiven Patienten werden von Weidner et al. (2017) untersucht. Dabei haben 51,2% der Studienteilnehmenden Kenntnisse über besagte Angebote in ihren Institutionen. Demgegenüber stehen 32,2% der Befragten, die keine Anlaufstellen in ihrer Einrichtung kennen (Weidner et al. 2017)

Es zeigt sich, dass effektive Strategien für den Umgang mit aggressiven Patienten und Patientinnen benötigt werden. Diese sollten eine qualitativ hochwertige Behandlung für die kritisch Erkrankten sichern und den Pflegenden ein geschütztes Arbeitsumfeld bieten. Daher wird im folgenden Kapitel näher auf die Präventionsarbeit eingegangen.

6 Präventive Maßnahmen zur Verhütung aggressiven Verhaltens

Nachfolgend wird zunächst die Begrifflichkeit der Prävention, sowie deren Formen beschrieben und Rückschlüsse zum präventiven Umgang mit aggressiven Verhalten gezogen. Anschließend wird die Deeskalation als präventive Maßnahme zum Handling von Konfliktsituationen im Gesundheitswesen vorgestellt. Dabei wird die S3 Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (AWMF 2018) und das Institut für professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa®) beschrieben, sowie die Effekte von Deeskalationsschulungen anhand von Forschungsarbeiten erläutert. Das Institut für professionelles Deeskalationsmanagement wurde aufgrund seiner Aussagen über

die Aggressionsentstehung, welche sich mit den identifizierten Belastungserleben der kritisch Erkrankten decken, ausgewählt. Zusätzlich stimmen die von ProDeMa® verfolgten Ziele mit der dritten Forschungsfrage dieser Arbeit überein.

6.1 Prävention

Nach dem Bundesministerium für Gesundheit (2015) schließt die Prävention alle Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit ein. Die Prävention wird im Hinblick auf ihr zeitliches Eingreifen in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden. Weitere Unterscheidungsmöglichkeiten bietet der Ansatz der Prävention. Maßnahmen, welche das individuelle Verhalten betreffen, werden Verhaltensprävention genannt. Wobei Maßnahmen betreffend des Lebensumfeldes zugehörig der Verhältnisprävention sind (Bundesministerium für Gesundheit 2015). Nachfolgend werden die Formen der primären, sekundären und tertiären Prävention erläutert und in Zusammenhang mit der Aggressionsprävention gesetzt.

Laut dem Bundesministerium für Gesundheit (2015) hat die primäre Prävention das Ziel die Krankheitsentstehung zu verhüten. Demnach dient diese Form der Prävention, in Bezug auf Aggressionen, der Verhinderung der Entstehung des aggressiven Verhaltens. Die sekundäre Prävention beinhaltet nach dem Bundesministerium für Gesundheit (2015) Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten. In Zusammenhang mit Aggressionen werden Maßnahmen abgeleitet, die zur Früherkennung von aggressiven Verhalten eingesetzt werden. Die tertiäre Prävention greift nach dem Bundesministerium für Gesundheit (2015) nach der Entstehung einer Erkrankung ein. Es sollen die Folgen und die Möglichkeit einer potenziellen Verschlechterung der Krankheit verringert, sowie ein erneuter Ausbruch der Erkrankung verhindert werden. Abgeleitet werden in Bezug auf Aggressionen Handlungen, die einen erneuten Ausbruch und Folgen des aggressiven Verhaltens, verhindern.

Nach Walter et al. (2012) ist das NOW- Modell ein geeignetes Hilfsmittel, welches für die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention von aggressiven Verhalten eingesetzt werden kann. Aufgrund der Analyse von einflussnehmenden Faktoren in spezifischen Situationen können Kenntnisse über die Entstehung von Aggressionen und Maßnahmen zur Verhütung dieser abgeleitet werden. Weiterhin ist die

Evaluation des Konfliktsystems mit Hilfe des NOW-Modelles möglich (Walter et al. 2012). Dennoch wird für die Beantwortung der Fragestellung eine praxisnahe Methode gesucht, welche das Metamodell nicht bieten kann. Daher wurden nach weiteren Maßnahmen zur Verhütung von Aggressionen seitens der Patienten und Patientinnen recherchiert. Hierbei konnte eine präventive Methode zum Umgang mit aggressiven Patienten und Patientinnen speziell auf den Intensivstationen während der Recherchen nicht identifiziert werden. Daher wird auf die Methode der Deeskalation eingegangen, welche als empfohlene Maßnahmen zum Umgang mit aggressiven Verhalten im Gesundheitswesen gilt (Hallett/ Dickens 2017).

6.2 Deeskalation

Nach Walter et al. (2012) beinhaltet die Deeskalation Maßnahmen, die aufkommendes oder vorhandenes aggressives Verhalten lösen sollen. Die Bezugswissenschaft Pädagogik beschreibt die Deeskalation ähnlich. Hierbei dient die Deeskalation als gewaltfreies Mittel zur Lösung von Auseinandersetzungen und der Ausübung einer Schutzfunktion (Korn/Mücke 2011). Laut Schirmer et al. (2012) unterliegt die Deeskalation bestimmten Regelungen, welche sich größtenteils auf das Verhalten der Pflegenden beziehen. Zu diesen Regelungen zählen die gedankliche Vorbereitung der Situation, der Selbstschutz, die Ruhe, sowie Abstand bewahren und der Verzicht auf schnelle Bewegungen. Weiterhin soll sich um eine Kontaktaufnahme bemüht werden und in der Kommunikation auf die Verwendung einfacher Sätze, sowie aktives Zuhören geachtet werden (Schirmer et al. 2012). Zusätzlich merken Schirmer et al. (2012) an, frühzeitig Hilfe zu holen. Weitere Richtlinien bietet die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (AWMF 2018). Die S3-Leitlinie ist für den psychiatrischen Bereich ausgelegt und es wird deutlich, dass deeskalierende Maßnahmen gerade in diesen Bereich erforscht und evaluiert sind. Dennoch werden Anhaltspunkte innerhalb des Bereiches Deeskalation deutlich, die auf andere klinische Bereiche übertragbar sind. Im Vergleich mit Schirmer et al. (2012) verweisen die S3- Leitlinie ebenso auf einen Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Pflegenden und dem Erfolg der deeskalierenden Maßnahmen. Daher sind Schulungen zum Erlernen der richtigen Verhaltensweisen und Strategien der

Deeskalation notwendig. Weiterhin fasst die Leitlinie folgende Aussagen zusammen.

- *„Deeskalation soll durch eine Haltung vermittelt werden, die Empathie, Sorge, Respekt, Ernsthaftigkeit und Fairness signalisiert.*
- *Deeskalation sollte durch eine adäquate Risikoabschätzung begleitet werden; einige Situationen lassen sich nicht deeskalieren, sondern können nur durch die Anwendung physischer Mittel bewältigt werden.*
- *Risikoeinschätzungen und Interventionen sollten möglichst mit weiteren Mitarbeitenden abgesprochen werden.*
- *Deeskalation hat das Ziel, die Situation zu kontrollieren, aber nicht die Patientin oder den Patienten zu kontrollieren.*
- *Deeskalation ist am erfolgversprechendsten, wenn sie als frühe Intervention erfolgt. Je weiter die Eskalation vorangeschritten ist, desto geringer sind die Chancen.*
- *Ein zentrales Mittel der Deeskalation ist der Zeitgewinn bei Entscheidungen und Reaktionen.*
- *Deeskalierende Maßnahmen sollten mit dem notwendigen Selbstvertrauen und der entsprechenden Sicherheit vorgenommen werden, ohne jedoch provozierend zu wirken.“ (AWMF 2018, S. 113)*

Zudem unterscheidet die S3-Leitlinie in verbale und nonverbale Deeskalationstechniken. Entscheidend für die nonverbale Deeskalation ist die Mimik und Gestik. Die verbale Deeskalation bezieht sich auf die Lautstärke und Höhe der Stimme, sowie auf konkrete Aussagen. Dabei sollte auf eine wertschätzende Kommunikation geachtet werden (AWMF 2018). Zusätzlich werden weitere Techniken zur Deeskalation beschrieben. Zu diesen zählen Abwehrtechniken und Kombinationsprogramme, bei dem sowohl die Deeskalation als auch die Abwehrtechniken geschult werden (AMWF 2018).

Ein Programm zur Prävention, welches den Umgang mit aggressiven Verhalten und Schulungen zum Thema Deeskalation thematisiert, bietet das Institut für professionelles Deeskalationsmanagement. ProDeMa® ist für den Gesundheits- und Sozialbereich ausgelegt und wird im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.

6.2.1 Das Professionelle Deeskalationsmanagement

ProDeMa® verfolgt folgende drei Ziele. Zum einen soll eine Verhinderung oder Verminderung von aggressivem Verhalten auf Seiten der Patienten und

Patientinnen erreicht werden. Zum anderen soll die Eskalation einer Konfliktsituation durch Professionalität und den Einsatz von verbalen Techniken zur Deeskalation verhindert werden. Ein weiteres Ziel ist der Schutz des Gesundheitspersonals sowie der Patienten und Patientinnen vor körperlichen Angriffen durch den Einsatz von Abwehr-, Flucht- und Immobilisationstechniken (Prodema® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement 2019b). ProDeMa® geht von der Annahme aus, dass Aggressionen kein Ausdruck von Emotionen sind. Vielmehr wäre das aggressive Verhalten mit dem Ziel verbunden vorsätzlich schädigend zu sein (Wesuls et al. 2005). Als Ursachen von Aggressionen werden das Belastungserleben des Gesundheitspersonals und der Patienten und Patientinnen aufgeführt. Für ProDeMa® sind die Stressoren des Personals die hohe Verantwortung, sowie die Arbeitsbelastung und der Zeitdruck, dem die Beschäftigten ausgesetzt sind. Konflikte innerhalb des Behandlungsteams und die Auseinandersetzung mit den Schicksalen der Erkrankten werden als weitere Belastungen aufgeführt (Wesuls et al. 2005). Für die Patienten und Patientinnen sind nach ProDeMa® das Erleben von Ängsten, Sorgen, Schmerzen, Wut und der Verlust der Selbstbestimmtheit Stressoren, welche Aggressionen auslösen können. Zusätzliche Stressoren sind das Unverständnis über die Notwendigkeit von Maßnahmen innerhalb der Behandlung und Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem Erkrankten und den Behandlern. Nach ProDeMa® können ein Gefühl von Unverständnis und die Wahrnehmung nicht verstanden oder ernst genommen zu werden Frustrationen auslösen. Diese können zu Aggressionen führen (Wesuls et al. 2005). Bei einem Vergleich der Annahmen von ProDeMa® über die Ursachen der Entstehung von aggressiven Verhalten sind Übereinstimmungen mit dem identifizierten Belastungserleben der kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen zu finden. Daher wird eine Anwendbarkeit und Übertragbarkeit des Schulungsprogrammes von ProDeMa® auf die Intensivstation angenommen.

Bei der Anwendung des Schulungsprogrammes wird davon ausgegangen, dass für den Umgang mit Aggressionen geschultes Personal benötigt wird. Hierbei gilt als professionelles Arbeiten der Einsatz von deeskalierenden Maßnahmen. In diesem Sinne entwickelte ProDeMa® das Stufenmodell der Deeskalation. Dabei wird die Deeskalation wie folgt definiert:

„Deeskalation ist eine Maßnahme, welche die Entstehung oder die Steigerung von Gewalt und Aggression erfolgreich verhindern kann. Das Ziel jeder Deeskalationsmaßnahme ist es, aggressions- oder gewaltbedingte psychische oder physische Beeinträchtigungen oder Verletzungen eines Menschen zu vermeiden, wann und wo immer das möglich ist. Die Deeskalation stellt somit auch eine dauerhafte Arbeitsgrundhaltung dar, das tief verwurzelte Bedürfnis, das eigene Arbeitssystem möglichst frei von Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen zu halten und zu gestalten.“
(Wesuls et al. 2005, S. 19)

Die definierten Ziele der Deeskalation sollen mit Hilfe des sieben Stufenmodells erreicht werden (Prodema® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement 2019a). ProDeMa® geht davon aus, dass in jeder Phase der Konfliktsituation deeskalierende Maßnahmen angewendet werden können. Das beinhaltet sowohl die Vermeidung von Aggressionen als auch die Nachbearbeitung einer eskalierten Konfliktsituation (Prodema® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement 2019a). Dadurch können Rückschlüsse zur primären, sekundären und tertiären Form der Prävention gezogen werden. Die erste bis dritte Stufe der Deeskalation ordnen sich der primären Prävention zu. Die vierte bis sechste Stufe sind Teil der sekundären Prävention und die siebte Stufe ist der tertiären Prävention zugehörig (Prodema® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement 2019a)

Die erste Stufe der Deeskalation wird als Verhinderung der Entstehung von Gewalt und Aggression bezeichnet (Wesuls et al. 2005). Hierbei werden innerhalb der Schulungen Faktoren, welche die Entstehung von Aggressionen beeinflussen, thematisiert. Die vermittelten Inhalte sollen helfen Maßnahmen zur Beseitigung dieser Faktoren zu ermitteln und anzuwenden (Wesuls et al. 2005).

Als zweite Stufe der Deeskalation wird die Veränderung der Bewertungsprozesse aggressiver Verhaltensweisen benannt (Wesuls et al. 2005). Diese beinhaltet die Reflexion des Verhaltens und der Reaktion auf das Erleben von Aggressionen. Die Teilnehmer der Schulungen von ProDeMa® sollen lernen, sich vom aggressiven Verhalten der Patienten und Patientinnen abzugrenzen, um eine professionelle Beziehung aufrecht erhalten zu können (Wesuls et al. 2005).

Die dritte Deeskalationsstufe beinhaltet das Verständnis der Ursachen und Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen (Wesuls et al. 2005). ProDeMa® geht davon aus, dass Aggressionen einen Auslöser oder eine Intention haben. Die

Kenntnisse über diese Stressoren sind die Voraussetzung, um einen Zugang zu dem Patienten oder der Patientin zu finden. Hierbei führt ProDeMa® eine emphatische Grundhaltung des Gesundheitspersonals, die Eindämmung von Stressoren sowie aktives Zuhören als mögliche deeskalierende Maßnahmen an (Wesuls et al. 2005).

Die kommunikativen Techniken werden in der vierten Stufe der Deeskalation, welche als Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hochgespannten Patienten bezeichnet werden, erläutert (Wesuls et al. 2005). Hierbei benennt ProDeMa® zwölf Grundregeln (siehe A.8). Für ProDeMa® sind die benannten Grundregeln die Voraussetzung, um mit den Patienten oder Patientinnen in einer Konfliktsituation Kontakt aufzunehmen. Nachfolgend wären weitere Schritte der Deeskalation der Kontaktaufbau, die Findung möglicher Ursachen für das aggressive Verhalten, die Berücksichtigung der Bedürfnisse des Patienten oder der Patientin, gegebenenfalls die Offenbarung der eigenen Gefühle und die Reaktion auf eine negative Gesprächsentwicklung (Wesuls et al. 2005). Trotz der Anwendung von verbalen Deeskalationstechniken geht ProDeMa® davon aus, dass körperliche Angriffe auf das Gesundheitspersonal möglich sind. Daher wird die fünfte Stufe der Deeskalation angeführt (Wesuls et al. 2005).

Die fünfte Stufe der Deeskalation beschreibt die patientenschonenden Abwehr- und Fluchttechniken (Wesuls et al. 2005). ProDeMa® weist darauf hin, dass die körperliche Intervention als letztes Mittel zur Abwehr von Gefahren gilt. Dabei werden die körperlichen Interventionen in Abwehr- und Fluchttechniken, Kontrolltechniken, Immobilisationstechniken und Fixierungstechniken unterschieden (Wesuls et al. 2005). Nach ProDeMa® sollte die Auswahl der Techniken an die Patienten oder Patientinnen angepasst sein, Verletzungen und weitere Eskalationen vermeiden sowie leicht erlernbar und anwendbar sein. Weiterhin werden Verhaltensregelungen von ProDeMa® formuliert. Demnach sollte Unterstützung angefordert, Fluchtmöglichkeiten beachtet und Unbeteiligte, sowie gefährliche Gebrauchsgegenstände entfernt werden. Weiterhin ist auf eine sichere Position und eine beruhigende Körperhaltung zu achten (Wesuls et al. 2005). Das Schulungsprogramm ProDeMa® bietet innerhalb der fünften Deeskalationsstufe Techniken zu Abwehr von Würgeangriffen, Greifangriffen, sowie Stoß- und Schlagangriffe an (Wesuls et al. 2005).

Die sechste Deeskalationsstufe, welche die patientenschonenden Immobilisations- und Fixierungstechniken beinhaltet, verweist auf die Gefahr der falschen Umsetzung der Techniken (Wesuls et al. 2005). Dies kann zu psychischen und körperlichen Verletzungen, sowie Schmerzen seitens der Patienten und Patientinnen führen (Wesuls et al. 2005). Für ProDeMa® ist eine umfangreiche Informationsweitergabe an das Behandlungsteam über die geplanten Maßnahmen und die potenziellen gefährdenden Faktoren, wie ein mögliches Infektionsrisiko, wichtige Voraussetzungen für eine bevorstehende Immobilisation oder Fixierung (Wesuls et al. 2005). Weiterhin sollte der Ablauf der Intervention anhand von fünf W-Fragen geklärt werden (siehe A.9). Zusätzlich werden innerhalb der Schulung von ProDeMa® Techniken zur Durchführung von Immobilisation und Fixierung vorgestellt und mit Berücksichtigung der beschriebenen theoretischen Hintergründe simuliert (Wesuls et al. 2005).

Die letzte Stufe der Deeskalation beschäftigt sich mit den präventiven Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen (ProdeMa® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement 2019a). ProDeMa® weist darauf hin, dass nach einem Kontakt mit aggressiven Patienten oder Patientinnen psychische Folgen für das Gesundheitspersonal möglich sind. Daher wird die Notwendigkeit von kollegialer Nachsorge beschrieben. Diese sollte sich an der tertiären Prävention orientieren und eine Reflektion des Geschehenen ermöglichen, sowie künftige Konfliktsituationen verhindern (ProdeMa® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement 2019a).

Die praktische Anwendung von Schulungsprogrammen wie ProDeMa® und die Effekte von Deeskalationstrainings werden im nachfolgenden Kapitel anhand von Studien geprüft.

6.2.2 Anwendung und Effekte von Deeskalationsschulungen

Die Anwendung von Deeskalationstechniken und das Präventionsangebot in den Kliniken wurde im Rahmen der Studie „Gewalt in der Pflege-Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe“ von Weidner et al. (2017) untersucht. Dabei gaben 79,1 % der Befragten an, dass aggressives Verhalten gegenüber Pflegenden „eher selten“, „sehr selten“ oder „nie“

aufgearbeitet wurde. Bei 55,0 % der Studienteilnehmern wird die Frage nach einem Deeskalationsmanagement in ihren Instituten verneint. Weitere 49,8 % gaben an, dass es in ihren Einrichtungen keine Fort- oder Weiterbildungen oder ähnliche Aktionen zum Thema Gewalt in der Pflege gibt. Dabei hätten 78,3% der befragten Pflegenden ein Interesse an Fort- und Weiterbildungen zum Thema Aggressionen (Weidner et al. 2017).

Der Erfolg von deeskalierenden Maßnahmen ist für Walter et al. (2012) unter anderem abhängig von der Form der Aggression, welche von den Patienten und Patientinnen ausgehen. Dabei sind die Erfolgchancen geplante und zielgerichtete Aggressionen zu deeskalieren geringer, als die Deeskalation der emotionalen Form der Aggression (Walter et al. 2012). Die Effekte der Deeskalation werden im Folgenden anhand der aktuellen Forschungslage dargestellt. Dabei sind, wie bereits angemerkt, der Großteil der geführten Forschungsarbeiten aus dem psychiatrischen Bereich.

Richter/Needham (2007) untersuchen in Form eines systematischen Reviews die Effekte von Trainingsprogrammen innerhalb des Aggressionsmanagements für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens im psychiatrischen Bereich und in der Behindertenhilfe. Dabei wurde festgestellt, dass die Qualität der Studien zur Evaluation dieser Programme unzureichend ist. Zudem ergänzen Gaynes et al. (2017), dass aufgrund des Mangels an hochwertigen Studien derzeit keine endgültigen Empfehlungen zur Auswahl von Deeskalationsprogrammen gegeben werden können. Zusätzlich erschwerend wurde die Analyse und der Vergleich der verschiedenen Deeskalationsprogramme von Richter/Needham (2007) angesehen. Des Weiteren können keine Auswirkungen bezüglich des Aufkommens an Aggressionen auf Seiten der Patienten und Patientinnen nachgewiesen werden. Dennoch kommen Richter/Needham (2007) zu dem Ergebnis, dass Schulungen zum Thema Deeskalation die Kenntnisse über aggressives Verhalten verbessern. Dies kann den Teilnehmern der Schulungen ein subjektives Gefühl von Sicherheit geben.

Livingston et al. (2010) bestätigen mit ihrer Studie die Schwierigkeit des Vergleiches von unterschiedlichen Schulungsprogrammen für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen. Ebenso wird beschrieben, dass eine Reduzierung des

aggressiven Verhaltens von Patienten und Patientinnen nicht bestätigt werden kann. Dafür berichten Livingston et al. (2010) über eine verringerte Anwendung von Zwangsmaßnahmen an Patienten und Patientinnen nach Schulungen zur Deeskalation für Beschäftigte im Gesundheitswesen.

Heckemann et al. (2015) und Halm (2017) untersuchen die Effekte von Aggressionsmanagementprogrammen in Akutkliniken und kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie Richter/Needham (2007) und Livingston et al. (2010). Dabei wird auf einen Mangel an qualitativ hochwertigen Forschungen bezüglich der Auswirkungen von deeskalierenden Schulungen verwiesen. Dennoch beschreiben Heckemann et al. (2015) und Halm (2017), dass Schulungen das Selbstbewusstsein und Wissen der Pflegenden zum Umgang mit aggressiven Verhalten erhöhen können. Weiterhin berichtet Halm (2017) von einer verstärkten Berichterstattung von aggressiven Vorfällen nach deeskalierenden Trainingseinheiten. Dafür haben Trainingsprogramme keine Auswirkungen auf die Häufigkeit des Auftretens von aggressiven Patienten und Patientinnen (Heckemann et al. 2015).

Eine weitere Studie über die Auswirkungen von Deeskalationsschulungen bietet Price et al. (2015). Das Review bewertet die Effektivität von Deeskalationstechniken bei Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im psychiatrischen Bereich. Price et al. (2015) kommen zu dem gleichen Ergebnis wie Richter/Needham (2007), Gaynes et al. (2017), Halm (2017) und Heckemann et al. (2015). Demnach ist die Qualität der Studien über die Effekte von Deeskalationsschulungen ungenügend, weshalb es mehr hochwertiger Forschung in diesem Bereich bedarf. Daher kommen Price et al. (2015) zu dem Ergebnis, dass Aussagen über die Deeskalationsleistung von Teilnehmern nach einer Schulung nicht möglich sind. Weiterhin sind nach Price et al. (2015) und Hallett/ Dickens (2017) Aussagen über Faktoren, welche Einflüsse auf die Deeskalationsleistung haben können, aufgrund der unzureichenden Studienlage derzeit nicht möglich. Dennoch gehen Price et al. (2015) davon aus, dass Schulungen positive Auswirkungen auf das Deeskalationswissen und Vertrauen im Umgang mit aggressiven Verhalten haben könnten. Hierbei wird angemerkt, dass es bislang keinen Beweis für einen Zusammenhang zwischen dem Vertrauen im richtigen Umgang mit aggressiven Verhalten und der Bewältigung einer Konfliktsituation gibt (Price et al. 2015). Weiterhin wird vermutet, dass ein

übermäßiges Selbstbewusstsein auf Seiten des Gesundheitspersonals eine bedrohliche Wirkung auf den Patienten oder die Patientin haben kann. Zusätzlich würde der Zugang zu den Patienten und Patientinnen erschwert werden. Daher sollten nach Price et al. (2015) bei zukünftigen Forschungen der Fokus auf die Zusammenhänge der einflussnehmenden Faktoren auf die Bewältigung einer Konfliktsituation Berücksichtigung finden. Zusätzlich kritisieren Hallett/ Dickens (2017) das Fehlen einer einheitlichen Definition des Begriffes Deeskalation im Gesundheitswesen und evidenzbasierter Richtlinien für den Unterricht von Deeskalationstechniken. Weiterhin werden nach Hallett/ Dickens (2017) Studien, die den Einsatz von erlernten Deeskalationstechniken in realen Konfliktsituationen untersuchen, benötigt.

Zusammenfassend wird deutlich, dass aggressives Verhalten gegenüber Pflegenden kaum aufgearbeitet wird und es einen Mangel an präventiven und deeskalierenden Angeboten für Pflegenden zum Umgang mit Aggressionen in den Instituten gibt (Weidner et al. 2017). Gleichzeitig dominieren Studienarbeiten über die Auswirkungen und Effekte von Deeskalationsprogrammen im psychiatrischen Bereich (Richter/Needham 2007; Gaynes et al. 2017; Livingston et al. 2010; Price et al. 2015). Demzufolge besteht ein großer Forschungsbedarf in weiteren klinischen Bereichen, insbesondere im Intensivbereich. Zusätzlich ist die Übertragbarkeit der Forschungen im psychiatrischen Bereich auf den Bereich der Intensivpflege kritisch zu hinterfragen

7. Diskussion

Die vorliegende Thesis verdeutlicht, dass der Aufenthalt auf einer Intensivstation für die Patienten und Patientinnen ein einschneidendes Erlebnis darstellt. Die Erkrankten befinden sich in einem lebensbedrohlichen Zustand, welcher durch die Arbeit im interdisziplinären Team und den Einsatz vielzähliger Interventionen überwunden werden soll. Gleichzeitig ist der Aufenthalt auf der Intensivstation geprägt vom Verlust der Autonomie, dem Fehlen der gewohnten Umgebung, den Mangel an sozialen Kontakten und der Bedrohung des Lebens, sowie der Auseinandersetzung mit Ängsten (Larsen 2016). Zusammenfassend spricht Larsen

(2016) von einer Krisensituation, in der sich die Patienten und Patientinnen befinden. Daher ist im Umgang mit den Erkrankten eine emphatische Grundhaltung unter Berücksichtigung der Belastungsfaktoren ein wichtiger Bestandteil der pflegerischen Expertise. Doch Studienergebnisse zeigen, dass Pflegende auf den Intensivstationen sowohl die Intensität der Belastungen als auch die Stressoren für die Patienten oder Patientinnen nicht richtig einschätzen können (Pang/Sue 2008; Abuatiq et al. 2013). Daher wurden die größten Stressoren und Faktoren, welche nur eine geringe Belastung für den Erkrankten darstellen, aufgeführt (siehe Kapitel 3.2). Bei der Recherche nach geeigneter Literatur diesbezüglich wurde deutlich, dass das Belastungserleben von kritisch Erkrankten Bestandteil weltweiter Studien ist (Abuatiq et al. 2013; Alasad et al. 2015; Besendorfer 2004; Hweidi 2007; Lindberg et al. 2015; Maul 2006; McKinley et al. 2002; Pang/ Suen 2008; Wassenaar et al. 2014). Dabei sind Studien aus dem deutschsprachigen Bereich zu wenig vertreten, wodurch sich hier ein zukünftiger Forschungsbedarf ableitet. Die Stichprobengrößen der qualitativen Untersuchungen sind mit fünf bis vierzehn Teilnehmenden relativ klein gehalten (Besendorfer 2004; Lindberg et al. 2015; Maul 2006; McKinley et al. 2002). Demnach können die Ergebnisse dieser Studien nicht verallgemeinert werden. Dennoch konnten weitere Studien mit unterschiedlichen Studiendesigns herangezogen werden. Unter anderen die Querschnittsstudie von Hweidi (2007), welche bewertet und deren Eignung festgestellt wurde (siehe A.6.2).

Bei einem Vergleich der Studienergebnisse bezüglich des Belastungserlebens der kritisch Erkrankten zeigen sich sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede. Zum einen sind sich die Forscher über das hohe Belastungserleben der kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen einig. Zum anderen konnten unterschiedliche Stressoren identifiziert werden. In diesem Zusammenhang stellt die vorliegende Thesis die Belastungsfaktoren Schmerzen, Delir und Angst vor. In Bezug auf die Studien von Hweidi (2007), Alasad et al. (2015), Pang/ Suen (2008), Abuatiq et al. (2013), McKinley et al. (2002) und Wassenaar et al. (2014) haben diese Stressoren den größten Einfluss auf den kritisch Erkrankten während des Aufenthaltes auf der Intensivstation. Zudem wird ein Zusammenhang zwischen dem Erleben von Belastungen und den Aufkommen an Aggressionen beschrieben. Demnach kann das aggressive Verhalten der Erkrankten ein Schutzmechanismus oder auch eine

psychische Reaktion sein, welche aus der Auseinandersetzung mit Stressoren resultieren können (Schirmer et al. 2012; Meraner/ Sperner-Unterweger 2016).

Bei der Betrachtung der Problematik des aggressiven Verhaltens von Patienten und Patientinnen zeigt sich, dass der Begriff „Aggression“ unterschiedlich ausgelegt werden kann und es verschiedene Arten, sowie Formen von aggressiven Verhalten gibt (siehe Kapitel 4). Zudem wurden aktuelle Studien und Veröffentlichungen gesichtet, die das Vorkommen und die Auswirkungen von Aggressionen im Gesundheitswesen und speziell auf den Intensivstationen dokumentieren (Ahmed 2012; Franz et al. 2010; Fujita et al. 2012; Hahn et al. 2012; Lindner et al. 2015; Needham et al. 2005; Park et al. 2015; Richter 2014; Schablon et al. 2012; Schablon et al. 2018; Shafran-Tikva et al. 2017; Ünsal Atan et al. 2013; Wei et al. 2016; Weidner et al. 2017; Yoo et al. 2018; Zhang et al. 2017). In diesem Zusammenhang wurden überwiegend Querschnittsstudien identifiziert, deren Stichprobengrößen zwischen 123 und 26979 Studienteilnehmern liegen. Weiterhin konnten insgesamt sechs deutsche Veröffentlichungen gewonnen werden (Franz et al. 2010; Lindner et al. 2015; Richter 2014; Schablon et al. 2012; Schablon et al. 2018; Weidner et al. 2017). Inhaltlich behandeln die Studien das Thema Aggressionen in Bezug auf das Gesundheitswesen oder in Beziehung zu den Pflegenden. Hierbei untersucht einzig die südkoreanische Studie von Yoo et al. (2018) gezielt das Aggressionsverhalten von kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen. Qualitativ wurden die Studien von Schablon et al. (2018) und Weidner et al. (2017) bewertet und deren Eignung festgestellt (siehe A.6.1; A.6.3). Im Rahmen der inhaltlichen Auswertung der Studien über das Vorkommen und Auswirkungen von Aggressionen im Gesundheitswesen wurde deutlich, dass der Bereich der Pflege und das Setting der Intensivstation besonders gefährdet sind, Aggressionen zu erleben (Wei et al. 2016; Park et al. 2015; Hahn et al. 2012; Ahmed 2012; Fujita et al. 2012). Zugleich konnte der Zusammenhang zwischen dem hohen Belastungserleben und dem Vorkommen an Aggressionen nochmals aufgegriffen werden. Nach Yoo et al. (2018) resultiert das aggressive Verhalten der kritisch Erkrankten aus der Auseinandersetzung mit Stressoren auf den Intensivstationen. Zusätzlich zeigt sich in Anbetracht der vermehrten Konfrontation der Pflegenden mit aggressiven Verhalten, die Notwendigkeit der Betrachtung der pflegerischen Sichtweise auf das Konfliktgeschehen (siehe Kapitel 5). Dabei wird anhand der Studie von Schablon et

al. (2018) deutlich, dass sich ein Großteil der Pflegenden auf Angriffe und Aggressionen von Patienten und Patientinnen nicht gut vorbereitet fühlen. Zudem kann das Erleben von Aggressionen bei Pflegenden ein Gefühl von Unsicherheit und Anspannung auslösen, welche die Zusammenarbeit mit den Patienten und Patientinnen negativ beeinflusst (Schablon et al. 2018; Needham et al. 2005). Weiterhin ist die Auseinandersetzung mit der Konfliktsituation für Pflegende mit negativen Folgen verbunden. Hierbei benennen die Forscher unterschiedliche Folgeerscheinungen. Während Nau/ Walter (2014) und Nau et al. (2018) physische und psychische Konsequenzen beschreiben, gehen Needham et al. (2005) von biophysiologicalen, emotionalen, kognitiven und sozialen Folgen aus. Die Studie von Schablon et al. (2018) dokumentiert das Vorhandensein von Schmerzen und Verletzungen als Nachwirkungen von Aggressionen von Patienten und Patientinnen. Hierbei erlitten 42% der Betroffenen Schmerzen, die länger als zehn Minuten anhielten, und 58% der Befragten sichtbare Verletzungen. Weitere 19% der Betroffenen mussten einen Arzt aufsuchen (Schablon et al. 2018). Als weitere potenzielle Auswirkung sieht Richter (2014) die Kündigung des Arbeitsverhältnisses.

Infolge der vorangegangenen Betrachtungen wurde die Notwendigkeit von effektiven Strategien für den Umgang mit aggressiven Patienten und Patientinnen abgeleitet. Aufgrund dessen wurde die Präventionsarbeit, sowie ihre verschiedenen Ansätze beschrieben und im Zusammenhang mit der Aggressionsprävention gesetzt (siehe Kapitel 6). Zudem wurde das NOW-Modell und das Raster der Wirkfaktoren von Walter et al. (2012) aufgegriffen. Das Modell bietet ein Überblick auf das Aggressionsgeschehen und wird von Walter et al. (2012) als ein Hilfsmittel, welches für die Prävention von aggressiven Verhalten eingesetzt werden kann, beschrieben. Dennoch fehlen konkrete Aussagen über die Anwendbarkeit und zu Vorgehensweisen in akuten Konfliktsituationen. Daher wurden nach weiteren Methoden zur Reduktion von aggressiven Verhaltensweisen gesucht. Hierbei konnten präventive Maßnahmen zum Umgang mit aggressiven Patienten und Patientinnen speziell auf den Intensivstationen während den Recherchen nicht identifiziert werden. Aus diesem Grund wurde die Methode der Deeskalation beschrieben (siehe Kapitel 6.1). Nach Hallett/ Dickens (2017) ist die Deeskalation eine empfohlene Maßnahme zum Umgang mit aggressiven Verhalten im

Gesundheitswesen. Zudem haben die deeskalierenden Maßnahmen nach Walter et al. (2012) die Funktion, aufkommendes oder vorhandenes aggressives Verhalten zu lösen. Daher wird zunächst davon ausgegangen, dass die Methode der Deeskalation zur Beantwortung der dritten Fragestellung geeignet ist.

Nach Schirmer et al. (2012) unterliegt die Deeskalation bestimmten Regelungen, welche sich größtenteils auf das Verhalten der Pflegenden beziehen. Weitere Richtlinien bietet die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ aus dem psychiatrischen Bereich (AWMF 2018). Anhand der Leitlinie wird deutlich, dass deeskalierende Maßnahmen gerade im psychiatrischen Bereich erforscht und evaluiert sind. Weiterhin wird das Professionelles Deeskalationsmanagement beschrieben, welches das Ziel verfolgt aggressives Verhalten auf Seiten der Erkrankten mit Hilfe von verbalen oder körperlichen Interventionen zu verhindern oder zu vermindern (ProDeMa® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement 2019b). Bei einem Vergleich der Aussagen von Schirmer et al. (2012), der S3 Leitlinie und ProDeMa® lassen sich Gemeinsamkeiten feststellen. Hierzu gehört die Abhängigkeit des Deeskalationserfolges vom Verhalten der Pflegenden, sowie die Betonung der Notwendigkeit von Schulungen zum Umgang mit aggressiven Erkrankten. Insbesondere auf einen emphatischen Umgang mit den Patienten und Patientinnen wird hingewiesen (Wesuls et al. 2005; AWMF 2018; Schirmer et al. 2012). Zusätzlich vertreten ProDeMa® und die S3 Leitlinie die Auffassung, dass geschultes Personal, welches frühzeitig deeskalierende Maßnahmen einsetzt, am erfolgreichsten eine Konfliktsituation deeskalierenden kann. Dennoch wird davon ausgegangen, dass nicht jeder Konflikt verbal gelöst werden kann, sodass körperliche Interventionen notwendig sind (Wesuls et al. 2005; AWMF 2018). Gleichzeitig betont ProDeMa® die Wichtigkeit der Kenntnis von Stressoren, welche aggressives Verhalten auslösen können (Welsus et al. 2005). Diese Aussage deckt sich mit den gewonnenen Ergebnissen der vorliegenden Thesis. Widersprüchliche Aussagen konnten bei einem Vergleich von Schirmer et al. (2012), der S3 Leitlinie und ProDeMa® nicht identifiziert werden.

Die Anwendung und Auswirkungen von Deeskalationsprogrammen in Rahmen des Aggressionsmanagement wurden anhand aktueller Forschungsarbeiten geprüft. Dabei sind ein Großteil der identifizierten Studien aus dem psychiatrischen Bereich

(Gaynes et al. 2017; Livingston et al. 2010; Price et al. 2015; Richter/ Needham 2007). Hierbei ist die Übertragung der Ergebnisse auf das Setting der Intensivstation eingeschränkt. Aus dem Bereich der Akutversorgung konnten mit Halm (2017) und Heckemann et al. (2015) nur zwei Studienarbeiten gewonnen werden, sodass sich diesbezüglich ein Forschungsbedarf ableitet. Die verwendeten Arbeiten sind narrative und systematische Reviews, sowie eine Querschnittserhebung (Gaynes et al. 2017; Hallett/Dickens 2017; Halm 2017; Heckemann et al. 2015; Livingston et al. 2010; Price et al. 2015; Richter/ Needham 2007; Weidner et al. 2017). Die Stichprobengrößen liegen zwischen 7 und 79 eingeschlossenen Studien, beziehungsweise 402 Studienteilnehmern. Qualitativ wurden die Studien von Halm (2017) und Price et al. (2015) bewertet. Hierbei wurde die Studie von Price et al. (2015) als qualitativ hochwertig eingestuft, während die Arbeit von Halm (2017) einen geringen qualitativen Standard erfüllt. Demnach gelten die Ergebnisse der Studie von Halm (2017) nicht als repräsentativ.

Bei der inhaltlichen Auseinandersetzung mit den Studienergebnissen zeigt sich, dass es nach Weidner et al. (2017) eine große Nachfrage von Pflegenden bezüglich Fort- und Weiterbildungen zum Thema Gewaltmanagement gibt. Wohingegen das reale Angebot derer in den Instituten zu gering ausfällt und Gewalterfahrungen zu wenig aufgearbeitet werden (Weidner et al. 2017). Zudem konnten innerhalb eines Zeitraumes von zehn Jahren, von 2007 bis 2017, keine neuen Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Deeskalationsschulungen im Rahmen des Aggressionsmanagement gesammelt werden (Richter/Needham 2007; Gaynes et al. 2017). Gleichzeitig kritisieren Experten die unzureichende Qualität der Studien und verweisen auf einen Bedarf an Forschungen, um Zusammenhänge und Einflüsse der Deeskalation besser verstehen zu können (Price et al. 2015; Hallett/Dickens 2017). Dennoch wird davon ausgegangen, dass Schulungen zur Deeskalation die Kenntnisse über aggressives Verhalten verbessern und das subjektive Selbstbewusstsein der Teilnehmenden im Umgang mit Aggressionen erhöhen, sowie den Einsatz von Zwangsmaßnahmen reduzieren (Richter/Needham 2007; Livingston et al. 2010; Heckemann et al. 2015; Price et al. 2015). Demgegenüber können Aussagen über die Deeskalationsleistung in Konfliktsituationen oder Empfehlungen zur Auswahl von Deeskalationsprogrammen nicht getroffen werden (Gaynes et al. 2017; Hallett/ Dickens 2017). Zudem wird ein

Rückgang an aggressivem Verhalten auf Seiten der Patienten und Patientinnen anhand der Studien nicht bewiesen (Richter/Needham 2007; Livingston et al. 2010; Heckemann et al. 2015). Aufgrund der eingeschränkten Übertragbarkeit der Studienergebnisse aus dem psychiatrischen Bereich auf das Setting der Intensivstation kann die vorliegende Auswertung nur einen ersten Eindruck bezüglich der Wirksamkeit von Deeskalationsprogrammen bieten. Dennoch kann in Hinblick auf die erste Einschätzung der Eignung der Deeskalation zur Reduktion von aggressivem Verhalten, diese nicht bestätigt werden.

Die vorliegende Thesis weist sowohl methodische als auch inhaltliche Limitationen auf. Zum einen wurde der inhaltliche Fokus auf das aggressive Verhalten von Patienten und Patientinnen gelegt und die Gruppe der Angehörigen bei den Betrachtungen ausgeschlossen. Im Zuge weiterer Forschungsarbeiten wäre die Betrachtung der Situation der Angehörigen sinnvoll, da diese neben den Patienten und Patientinnen die häufigsten Täter von aggressivem Verhalten im Gesundheitswesen sind (Park et al. 2015, Yoo et al. 2018). Zusätzlich verdient die Problematik des Belastungserlebens der kritisch Erkrankten eine eigenständige Betrachtung. Die vorliegende Thesis verweist lediglich auf den Zusammenhang zwischen dem hohen Belastungserleben und dem aggressivem Verhalten der Erkrankten. Dabei sind weitere Einflüsse, Auswirkungen und Reaktionen denkbar. Im Rahmen dessen wäre ein qualitativer Forschungsansatz geeignet. Hierbei könnten die individuellen Eindrücke der Patienten und Patientinnen auf den Intensivstationen besser herausgearbeitet werden. Zudem wäre die Möglichkeit geboten, belastungsreduzierende Interventionen abzuleiten. Diese könnten im Rückschluss auf die Problematik des aggressivem Verhaltens von kritisch Erkrankten neue Ansatzpunkte bieten, um Aggressionen auf den Intensivstationen zu reduzieren.

Zusätzlich wird die Thesis durch die Verwendung eines literaturgestützten Studiendesigns limitiert. In Hinblick auf die Fragestellungen „Welche Belastungen sind Patienten und Patientinnen auf der Intensivstation ausgesetzt?“, „Wie stellt sich das aggressive Verhalten der Patienten und Patientinnen dar und welche Auswirkungen auf die Pflegenden sind möglich?“ und „Wie können Übergriffe von Patienten und Patientinnen auf das pflegerische Intensivpersonal reduziert werden?“ wäre ebenso ein qualitativer Ansatz denkbar. Interviews mit Pflegenden

und/ oder Patienten und Patientinnen auf den Intensivstationen hätten die Möglichkeit geboten neue Erkenntnisse zu gewinnen und diese in Beziehung miteinander zu setzen.

8. Zusammenfassung und Ausblick

Innerhalb dieser Thesis wurde versucht die Fragen *„Welche Belastungen sind Patienten und Patientinnen auf der Intensivstation ausgesetzt?“*, *„Wie stellt sich das aggressive Verhalten der Patienten und Patientinnen dar und welche Auswirkungen auf die Pflegenden sind möglich?“*, sowie *„Wie können Übergriffe von Patienten und Patientinnen auf das pflegerische Intensivpersonal reduziert werden?“* zu beantworten. Zunächst wurde dafür das Setting der Intensivstation vorgestellt und anhand von nationalen und internationalen Studien die Belastungsfaktoren der Patienten und Patientinnen analysiert. Anschließend konnte mit Hilfe geeigneter Literatur eine Einschätzung des Begriffes „Aggression“ erfolgen, sowie eine Darstellung des aggressiven Verhaltens von kritisch Erkrankten. Weiterhin wurden in diesem Zusammenhang die Auswirkungen der Aggressionen aus pflegerischer Sicht beleuchtet. Im letzten Schritt erfolgte, unter Verwendung von Fachliteratur, die Beschreibung der Präventionsarbeit und der Methode der Deeskalation, sowie eine Überprüfung der Wirksamkeit deeskalierender Maßnahmen in Bezug auf das aggressive Verhalten von Patienten und Patientinnen.

Die Analyse von Studien über die Situation von kritisch Erkrankten zeigte auf, dass der Aufenthalt auf einer Intensivstation geprägt durch den kritischen und lebensbedrohlichen Zustand der Erkrankten ist. Larsen (2016) spricht in diesem Zusammenhang von einer Krisensituation in dem sich die Patienten und Patientinnen befinden. Zusätzlich können die Vielzahl an notwendigen und lebensrettenden Interventionen eine belastende Herausforderung für die Erkrankten darstellen. Weitere Stressoren, wie das Erleben von Schmerzen und Ängsten, sowie den Verlust der Orientierung, konnten identifiziert und ausführlicher beschrieben werden. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen dem Erleben von Belastungen und der Entstehung von Aggressionen aufgezeigt werden. Nach Meinungen von Studien und Experten kann aggressives Verhalten infolge der

Auseinandersetzung mit Stressoren entstehen. Daher ist für Pflegende die Kenntnis über die Stressoren, welche die Erkrankten beeinflussen, wichtig.

Bezüglich des Aufkommens an aggressiven Verhalten von Patienten, sowie Patientinnen und deren Auswirkungen auf die Pflegenden konnten folgende Ergebnisse gesammelt werden. Zum einen ist der Begriff „Aggression“ vielfältig auslegbar und kann unterschiedliche Formen und Arten annehmen. Daher ist eine genaue Definition des Begriffes notwendig, um aggressives Verhalten von Erkrankten einzuordnen. Die vorliegende Thesis geht von der Annahme aus, dass Aggressionen dort beginnen, wo sich Betroffene aufgrund von vorsätzlichem verletzenden Verhalten Anderer geschädigt fühlen. In Hinblick auf diese Vorüberlegungen wurde deutlich, dass gerade Pflegende und das Setting der Intensivstation von Aggressionen ausgehend von den Patienten und Patientinnen betroffen sind. Diese Aggressionen werden verbal geäußert und/ oder körperlich ausgedrückt. Zum anderen konnte in Bezug auf die Studie von Schablon et al. (2018) gezeigt werden, dass sich Pflegende im Umgang mit Aggressionen nicht gut vorbereitet fühlen. Daraus kann eine Gefährdung der Versorgung der kritisch Erkrankten resultieren. Zusätzlich löst der Kontakt mit Aggressionen im Arbeitsalltag bei den Pflegenden ärgerliche, ängstliche, hilflose und enttäuschte Gefühle aus. Zudem wird die Gesundheit der Pflegenden durch die Auseinandersetzung mit Konflikten bedroht. Dabei sind physische, psychische, kognitive, emotionale und soziale Folgen möglich. Auf Grund dessen erscheint es als notwendig, dass Pflegende um Techniken und Strategien wissen, die eine Bewältigung der erlebten Aggressionen ermöglichen und das Aufkommen an Konfliktsituationen reduzieren.

Die Beschreibung der Präventionsarbeit in Bezug auf das Aggressionsmanagement verdeutlichte, dass ein präventiver Ansatz zur Eindämmung von Aggressionen theoretisch erfolgversprechend ist. In Rahmen dessen wurde Richtlinien und Regelungen bezüglich der Methode der Deeskalation aufgeführt. Zusätzlich wurde das Konzept ProDeMa® beschrieben, welches Schulungen im Rahmen des Deeskalationsmanagement anbietet. Die Überprüfung der Wirksamkeit von Schulungsprogrammen wie ProDeMa® ergab, dass Auswirkungen auf das Deeskalationswissen, das Selbstbewusstsein der Teilnehmenden und den Einsatz von Zwangsmaßnahmen möglich sein können. Hierbei nehmen Forscher an, dass Deeskalationsprogramme die Kenntnisse über aggressives Verhalten verbessern

und das subjektive Selbstbewusstsein der Teilnehmenden im Umgang mit Aggressionen erhöhen, sowie den Einsatz von Zwangsmaßnahmen reduzieren. Dennoch sind Aussagen über die Deeskalationsleistung in Konfliktsituationen oder Empfehlungen zur Auswahl von Deeskalationsprogrammen nicht möglich. Zudem ist ein Rückgang an aggressiven Verhalten auf Seiten der Patienten und Patientinnen anhand von Studien nicht belegbar. Daher ist die Wirksamkeit des Konzeptes der Deeskalation, in Bezug auf die Reduzierung von aggressivem Verhalten, nicht bewiesen. Weiterhin sind die zur Analyse herangezogenen Studien zum Großteil aus dem psychiatrischen Bereich, sodass eine Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Bereich der Intensivstation kritisch zu hinterfragen ist. Zudem verweisen die Forscher auf einen Mangel an qualitativ hochwertigen Studien. Daher wird ein Ausblick wie folgt abgeleitet.

Zukünftig werden qualitativ hochwertige Studien im Bereich des Aggressionsmanagements benötigt. Diese sollten weitere Bereiche im Gesundheitssystem, wie die Intensivstationen in den Krankenhäusern, abdecken. Dabei ist zum einen die Erforschung weiterer Ansatzpunkte, welche Aggressionen auf Seiten von Patienten und Patientinnen reduzieren, notwendig. Zum anderen werden Studien über das Konzept zur Deeskalation benötigt, welche den Fokus auf die tatsächlichen Deeskalationsleistungen der Anwender und die beeinflussenden Faktoren für den Erfolg der Deeskalation legen.

Insgesamt veranschaulicht die vorliegende Thesis, die Situation der kritisch Erkrankten unter Berücksichtigung der Belastungsfaktoren innerhalb der Intensivstationen. Dabei kann das Erleben von Stressoren ein Aufkommen an Aggressionen begünstigen. Infolge dessen wird die Gesundheit der Pflegenden und die Versorgung der Erkrankten gefährdet. Das Konzept der Deeskalation ist als alleiniges Mittel zur Reduzierung von aggressivem Verhalten nach derzeitigem Stand der Forschung nicht ausreichend. Es werden weitere Ansatzpunkte benötigt, um das aufgeführte Problem des hohen Aufkommens an Aggressionen auf den Intensivstationen zu bewältigen.

Literaturverzeichnis

Abuatiq, A.; Burkard, J.; Clark, M. J. (2013):

Literature Review: Patients' and Health Care Providers' Perceptions of Stressors in Critical Care Units. In: Dimensions of Critical Care Nursing 32 (1). S.22–27

Ahmed A.S. (2012):

Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. In: Eastern Mediterranean Health Journal 18 (4) S. 318-324

Alasad, J. A.; Abu Tabar, N.; Ahmad, M. M. (2015):

Patients' experience of being in intensive care units. In: Journal of Critical Care 30 (4). S. 859.e7-859.e11

AWMF (2015):

S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015). Online:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012l_S3_Analgesie_Sedierung_Delirmanagement_Intensivmedizin_2015-08_01.pdf. [Zugriff am 16.04.2019]

AWMF (2018):

S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“. Online:
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11.pdf. [Zugriff am 21.04.2019]

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2016):

Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen.
Paderborn: Bonifatius GmbH

Besendorfer, A. (2004):

„Ich wusste ja nicht, was passiert war ...“ Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen. In: intensiv – Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 12 (5). S.241-246

Bundesministerium für Gesundheit (2015):

Prävention. Online:
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html>. [Zugriff am: 18.4.2019]

Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (2019):

Patienteninformationen-Basisinformationen zur Intensivmedizin. Online:
<https://www.dgiin.de/patienten.html> [Zugriff am 02.04.2019]

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018):

F.05. Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt. Online: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f00-f09.htm> [Zugriff am 08.04.2019]

Franz, S.; Zeh, A.; Schablon, A.; Kuhnert, S.; Nienhaus, A. (2010):

Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. In: BMC Health Services Research 10:51 S. 1-8

Fujita, S.; Ito, S.; Seto, K.; Kitazawa, T.; Matsumoto, K.; Hasegawa, T. (2012):

Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. In: Journal of Hospital Medicine 7 (2) S. 79-84

Gaynes, B. N.; Brown, C. L.; Lux, L. J.; Brownley, K. A.; Van Dorn, R. A.; Edlund, M. J.; Coker-Schwimmer, E.; Weber, R. P.; Sheitman, B.; Zarzar, T.; Viswanathan, M.; Lohr, K. N. (2017):

Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. In: Psychiatric Services 68(8) S. 819-831

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019):

Intensivmedizinische Versorgung in Krankenhäusern (Betten) sowie Aufenthalte (Behandlungsfälle und Berechnungs-/Belegungstage).
Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Einrichtungsmerkmale. Online:
http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_202&OPINDEX=2&HANDLER=XS_ROTATE_ADVANCED&DATA_CUBE=_XWD_230&D.000=PAGE&D.001=DOWN&D.923=PAGE&D.100=ACROSS [Zugriff am 02.04.2019]

Gude, H.; Hackenbroch, V.; Jüttner, J. (2018):

Der Jahrhundertmörder. In: Spiegel Online 16

Hahn, S.; Müller, M.; Hantikainen, V.; Kok, G.; Dassen, T.; Halfens, R. J.G. (2012):

Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: results of a multiple regression analysis. In: International Journal of Nursing Studies 50 (3). S: 374-385

Hallett, N.; Dickens, G. L. (2017):

De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. In: International Journal of Nursing Studies 75. S. 10–20

Halm, M. (2017):

Aggression Management Education for Acute Care Nurses: What's the Evidence? In: American Journal of critical care 26(6) S. 504-508

Hannich, H.-J. (1987):

Die situationsspezifischen Belastungen der Intensivbehandlung. In: Hannich, H.-J.: Medizinische Psychologie in der Intensivbehandlung. Untersuchungen zur psychologischen Situation. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. S. 67-79

Heckemann, B.; Zeller, A.; Hahn, S.; Dassen, T.; Schols, J. M. G. A.; Halfens, R. J. G. (2015):

The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. In: Nurse Education Today 35 (1) S. 212 –219

Hweidi, I. M. (2007):

Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey. In: International Journal of Nursing Studies 44 (2). S. 227-235

Joanna Briggs Institute (2017):

Critical appraisal checklist for analytical cross-sectional studies. Online: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Appendix+7.5+Critical+appraisal+checklist+for+analytical+cross-sectional+studies>. [Zugriff am 02.05.2019]

Korn, J.; Mücke, T. (2011):

Gewalt im Griff 2: Deeskalations- und Mediationstraining. 3. Auflage. Weinheim, München: Juventa Verlag

Krankenpflegegesetz (2003):

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege. Online: https://www.gesetze-im-internet.de/kpflg_2004/BJNR144210003.html. [Zugriff am 07.05.2019]

Kreddig, N.; Karimi, Z. (2013):

Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement. Psychologie für die berufliche Praxis. Wiesbaden: Springer Fachmedien

Larsen, R. (2016):

Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 9. vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer

Larsen, R.; Müller-Wolff, T.; Pfeffer, S.; (2016):

Intensivpflege: Ziele und Strategie. In: Larsen, Reinhard: Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. 9. vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 529-532

Lindberg, C.; Sivberg, B.; Willman, A.; Fagerström, C. (2015):

A trajectory towards partnership in care – Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study. In: Intensive and Critical Care Nursing 31 (5). S. 294-302

Lindner, T.; Joachim, R.; Bieberstein, S.; Schiffer, H; Möckel, M.; Searle, J. (2015):

Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité - Universitätsmedizin Berlin. In: Notfall + Rettungsmedizin 3: S. 195-200.

Livingston, J. D.; Verdun-Jones, S.; Brink, J.; Lussier, P.; Nicholls, T. (2010):

A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. In: Journal of Forensic Nursing 6(1) S. 15–28

Maul, S. (2006):

Macht Intensivstation krank? Eine qualitative Studie über den Einfluss des Umgebungsfaktors auf die Bedürfnislage von Intensivpatienten. In: intensiv – Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie 14 (6). S. 285-290

McKinley, S.; Nagy, S.; Stein-Parbury, J.; Bramwell, M.; Hudson, J. (2002):

Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care. In: Intensive and Critical Care Nursing 18 (1). S. 27-36

Meraner, V.; Sperner-Unterweger, B. (2016):

Patienten, Ärzte und Pflegepersonal auf Intensivstationen. Psychologische und psychotherapeutische Interventionen. In: Der Nervenarzt 3 (87). S. 264-268

Nau, J.; Oud, N. E.; Walter, G. (2018):

Gewaltfreie Pflege. Praxishandbuch zum Umgang mit aggressiven und potenziell gewalttätigen Patienten. 1. Auflage. Bern: Hogrefe Verlag.

Nau, J.; Walter, G. (2014):

Pflege in Bedrängnis. Aggression macht Angst-Angst macht Aggression. In: Hax-Schoppenhorst, Thomas; Kusserow, Anja: Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 239-249

Needham, I.; Abderhalden, C.; Halfens, R. J. G.; Fischer, J. E.; Dassen, T. (2005):

Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. In: Journal of Advanced Nursing 49(3) S. 283–296

Neubert, T. R. (2014):

Angst auf der Intensivstation. In: Hax-Schoppenhorst, Thomas; Kusserow, Anja: Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 175-181

Pang, P. S. K.; Suen, L. K. P. (2008):

Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions. In: Journal of Clinical Nursing 17 (20). S. 2681-2689

Park, M.; Cho, S. H.; Hong, H. J. (2015):

Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment. In: Journal of Nursing Scholarship 47 (1) S. 87-95

Price, O.; Baker, J.; Bee, P.; Lovell, K. (2015):

Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. In: The British Journal of Psychiatry 206 (6) S. 447–455

Prodema® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement (2019a):

Das ProDeMa®-Stufenmodell zur Deeskalation von Gewalt und Aggression. Online: <https://prodema-online.de/professionelles-deeskalationsmanagement/unser-konzept/stufenmodell/>. [Zugriff am 28.04.2019]

Prodema® Insitut für Professionelles Deeskalationsmanagement (2019b):

Was ist Prodema® (Professionelles Deeskalationsmanagement)?. Online: <https://prodema-online.de/professionelles-deeskalationsmanagement/unser-konzept/was-ist-prodema/>. [Zugriff am 28.04.2019]

Ramelsberger, A. (2018):

Ein Prozess, der jede Dimension sprengt. In: Süddeutsche Zeitung vom 30.10.2018

Richter, D. (2014):

Verbale Aggressionen gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: Das Gesundheitswesen 76 (08/09). S. 494–499

Richter, D.; Needham, I. (2007):

Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe-Systematische Literaturübersicht. In: Psychiatrische Praxis 34(1) S. 7-14

Schablon, A.; Zeh, A.; Wendeler, D.; Peters, C.; Wohlert, C.; Harling, M.; Nienhaus, A. (2012):

Frequency and consequences of violence and aggression toward employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. In: BMJ open 2 (5) S. 1-10

Schablon, A.; Wendeler, D.; Kozak, A.; Nienhaus, A.; Steinke, S. (2018):

Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany—A Survey. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 15 (6) S: 1-18

Schara, J. (2008):

Das Erleben der Intensivmedizin. In: Junginger, Theodor; Perneczky, Axel; Vahl, Christian-Friedrich; Werner, Christian: Grenzsituationen in der Intensivmedizin. Entscheidungsgrundlagen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. S. 17-22

Schirmer, U.; Mayer, M.; Vaclav, J.; Papenberg, W.; Martin, V.; Gaschler, F.; Özköylü, S. (2012):

Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. 3. Auflage. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2019):

Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses. Online: <https://www.sign.ac.uk/checklists-and-notes.html>. [Zugriff am 02.05.2019]

Shafran-Tikva, S.; Zelker, R.; Stern, Z.; Chinitz, D. (2017):

Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. In: Israel Journal of Health Policy Research 6 (1) S. 1-11

Ünsal Atan, S.; Baysan Arabaci L.; Sirin, A.; Isler, A.; Donmez, S.; Unsal Guler, M.; Oflaz, U.; Yalcinkaya Ozdemir, G.; Yazar Tasbasi, F. (2013):

Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey. In: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 20 (10) S. 882-889

Wahl, K. (2009):

Aggression und Gewalt. Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag

Walter, G.; Nau, J.; Oud, N. E. (2012):

Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber Verlag

Wassenaar, A.; Schouten, J.; Schoonhoven, L. (2014):

Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. In: International Journal of Nursing Studies 51 (2). S. 261-273

Wei, C.Y.; Chiou, S. T.; Chien, L. Y.; Huang, N. (2016):

Workplace violence against nurses--prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. In: International Journal of Nursing Studies 56. S. 63-70

Weidner, F; Tucman, D.; Jacobs, P. (2017):

Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (DIP)

Wesuls, R.; Heinzmann, T.; Brinker, L. (2005):

Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. 4. Auflage. Stuttgart: Unfallkasse Baden-Württemberg

Yoo, H.J.; Suh, E. E.; Lee, S.H.; Hwang, J. H.; Kwon J. H. (2018):

Experience of Violence from the Clients and Coping Methods Among Intensive Care Unit Nurses Working in a Hospital in South Korea. In: Asian Nursing Research 12 (2). S. 77-85

Zhang, L.; Wang, A.; Xie, X.; Zhou, Y.; Li, J.; Yang, L.; Zhang, J. (2017):

Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. In: International Journal of Nursing Studies 72 (1) S. 8-14

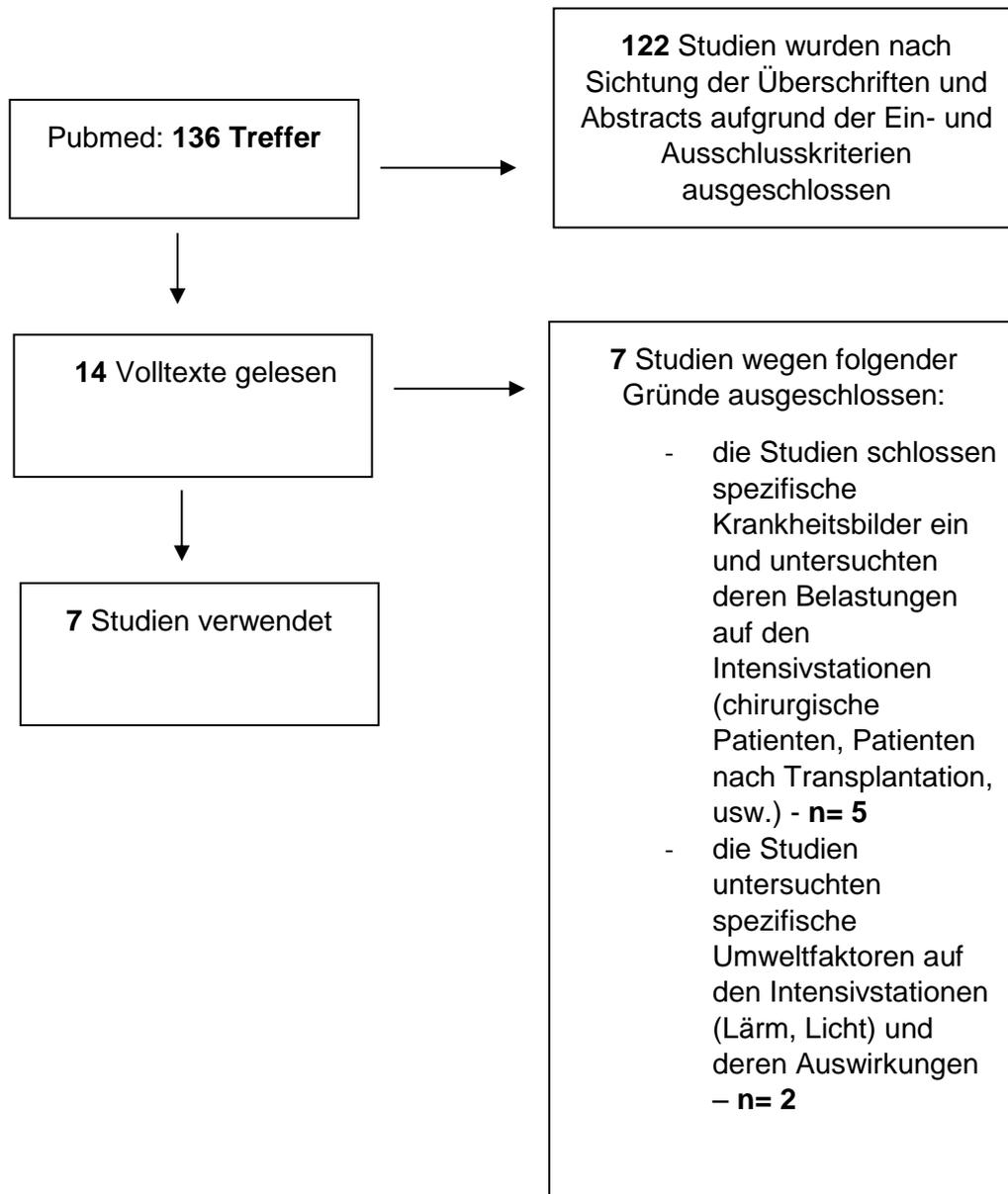
Anhang

A.1: Suchstrategien (eigene Darstellung, Stand März 2019)	a
A.2 PRISMA Flow-Diagramm zur ersten Fragestellung (eigene Darstellung)	b
A.3 PRISMA Flow-Diagramm zur zweiten Fragestellung (eigene Darstellung)	c
A.4 PRISMA Flow-Diagramm zur dritten Fragestellung (eigene Darstellung)	d
A.5 Auflistung und Auswertung der verwendeten Studien (eigene Darstellung)	e
A.6 Kritische Beurteilung ausgewählter Studien	q
A.6.1 Bewertung einer Querschnittstudie nach JBI (2017)	q
A.6.2 Bewertung einer Querschnittstudie nach JBI (2017)	r
A.6.3 Bewertung einer Querschnittstudie nach JBI (2017)	s
A.6.4 Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2019)	t
A.6.5 Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2019)	v
A.7 NOW- Modell (In Anlehnung an: Walter et al. 2012, S. 91)	x
A.8 Die 12 Grundregeln der Deeskalation (Wesuls et al. 2005, S. 34-37)	y
A.9 Koordination des Handlungsablaufes bei der Immobilisation von Patienten und Patientinnen (Wesuls et al. 2005, S. 56)	y

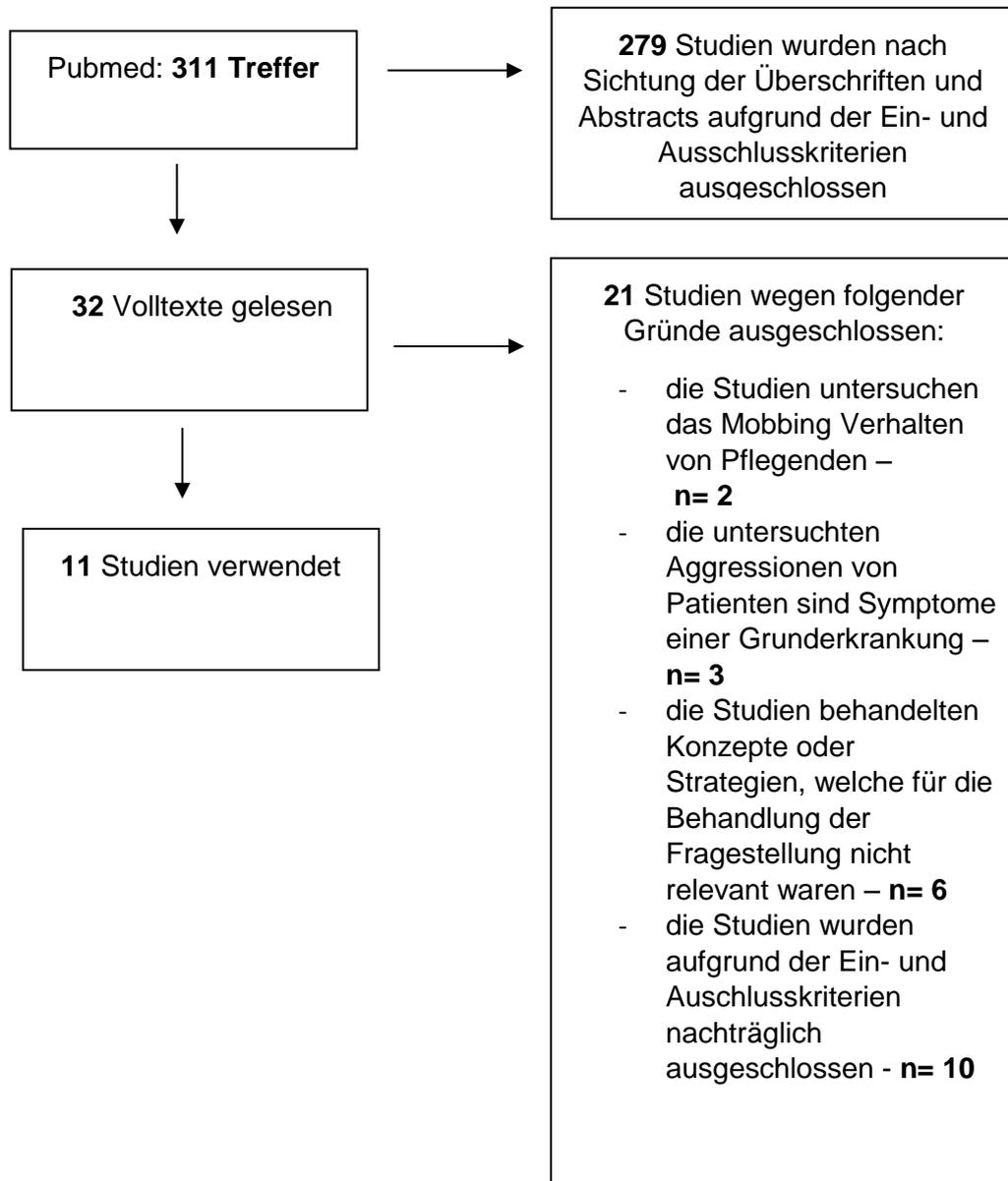
A.1: Suchstrategien (eigene Darstellung, Stand März 2019)

Forschungsfrage	Datenbank	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Treffer
Frage 1: <i>Welche Belastungen sind Patienten und Patientinnen auf der Intensivstation ausgesetzt?</i>	Pubmed	((("Patients"[Mesh]) AND "Intensive Care Units"[Mesh])) AND (((experience) OR perspective) OR perceptions) OR view))	Sprache: Englisch, Deutsch Zeitraum: 2000- 2019	136	7
Frage 2: <i>Wie stellt sich das aggressive Verhalten der Patienten und Patientinnen dar und welche Auswirkungen auf die Pflegenden sind möglich?</i>	Pubmed	(((((intensive care unit) OR intensive care units) OR intensive care) OR critical care))) AND (((patient) OR patients) OR client) OR clients))) AND (((nurse) OR nursing staff) OR care team)) AND (((workplace violence) OR violence) OR aggressive behavior)	Sprache: Englisch, Deutsch Zeitraum: 2000- 2019	311	11
Frage 3: <i>Wie können Übergriffe von Patienten und Patientinnen auf das pflegerische Intensivpersonal reduziert werden?</i>	Pubmed Suche 1	("Critical Care"[Mesh]) AND Aggression Management	Sprache: Englisch, Deutsch Zeitraum: 2000- 2019	20	1
	Pubmed Suche 2	((((de-escalation) OR aggression management program)) AND "Patients"[Mesh]) AND ((aggression) OR aggressive behaviour)		22	3

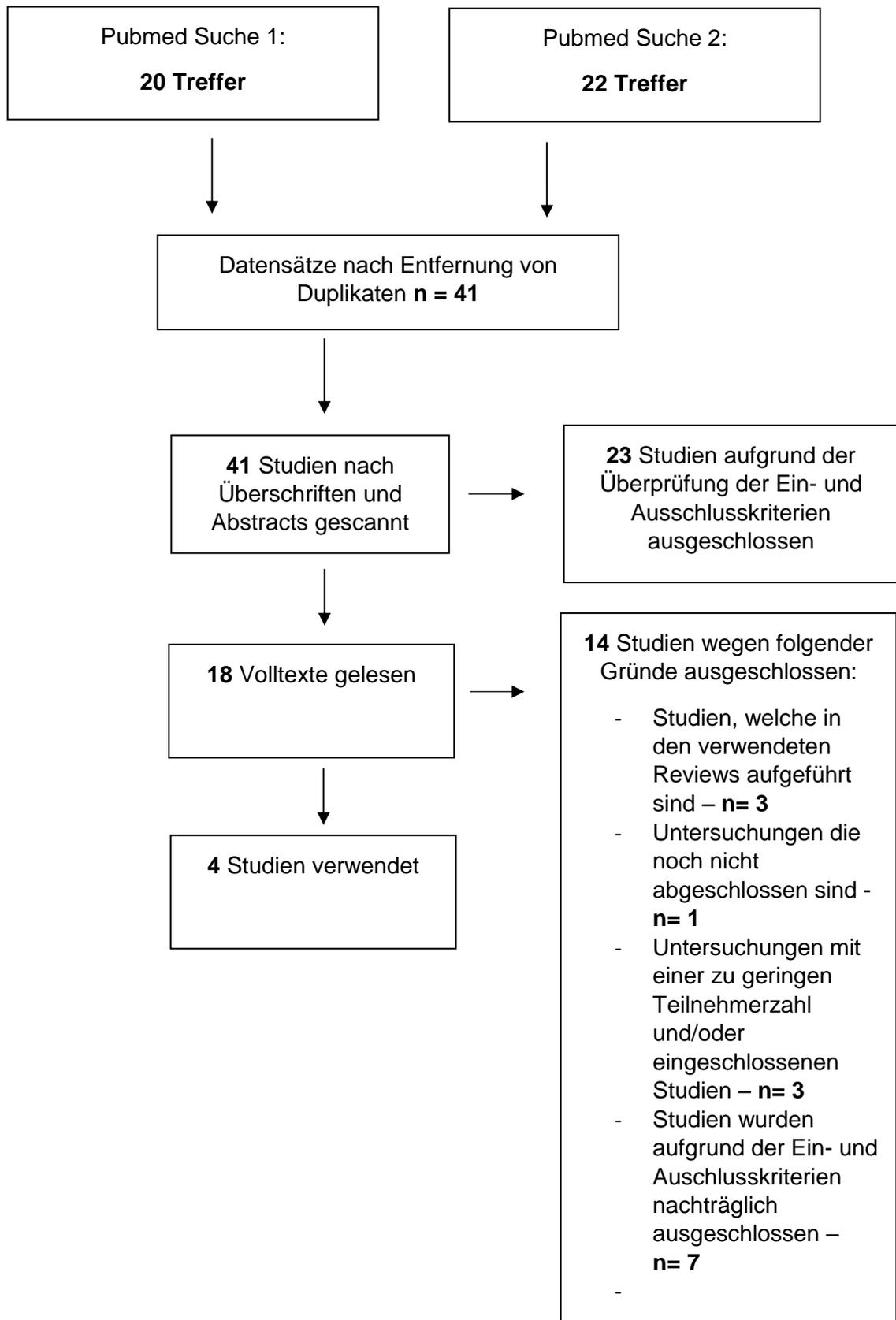
A.2 PRISMA Flow-Diagramm zur ersten Fragestellung (eigene Darstellung)



A.3 PRISMA Flow-Diagramm zur zweiten Fragestellung (eigene Darstellung)



A.4 PRISMA Flow-Diagramm zur dritten Fragestellung (eigene Darstellung)



A.5 Auflistung und Auswertung der verwendeten Studien (eigene Darstellung)

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Abuatiq et al. 2013 „Literature Review: Patients’ and Health Care Providers’ Perceptions of Stressors in Critical Care Units“	narratives Review	Analyse von Forschungen im geschichtlichen Zusammenhang, welche die Wahrnehmung von Stressoren von kritisch Erkrankten behandeln	Die Studie scheint ein Beleg dafür zu sein, dass das Erleben von Schmerzen ein bedeutender Stressor für die kritisch Erkrankten ist. Zusätzlich werden die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Pflegenden und Erkrankten in Bezug auf die Stressoren aufgegriffen.	Keine Bewertung
Ahmed Jordanien 2012 „Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment“	Querschnittsstudie n= 447 Studienteilnehmer	Ermittlung von Prävalenzen und Tätern von verbalen und körperlichen Angriffen gegenüber Pflegenden, sowie Ermittlung der Auswirkungen von Angriffen auf Pflegende	Die Studie scheint zu belegen, dass vor allem Pflegende auf den Intensivstationen von Übergriffen von Erkrankten und ihren Angehörigen betroffen sind.	Keine Bewertung
Alasad et al. Jordanien 2015 „Patients’ experience of being in intensive care units“	Exploratives Studiendesign n= 98 Studienteilnehmer	Beschreibung der Situation der kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen	Die Studie scheint zu belegen, dass kritisch Erkrankte auf den Intensivstationen oftmals an Schmerzen während ihres Aufenthaltes leiden.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Besendorfer Deutschland 2004 „Ich wusste ja nicht, was passiert war ...“ Das Erleben von Patienten auf Intensivstationen“	Qualitative Untersuchung n= 7 Studienteilnehmer	Herausarbeitung der Situation von Patienten und Patientinnen auf der Intensivstation, sowie die Erlangung eines Verständnisses für die Situation der Erkrankten	Die Studie scheint der Rolle der Pflegerinnen eine große Bedeutung in Bezug auf die Wahrnehmung und des subjektiven Wohlbefindens der Erkrankten zuzusprechen. Weiterhin wird die Orientierungslosigkeit als ein Stressor der kritisch Erkrankten aufgegriffen.	Keine Bewertung
Franz et al. Deutschland 2010 „Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey“	Querschnittstudie n= 123 Studienteilnehmer	Untersuchung von Häufigkeiten, Arten und Folgen von aggressiven Verhalten von Patienten und Patientinnen, sowie die Betrachtung der Aggressionen aus pflegerischer Sicht	Die Untersuchung scheint zu belegen, dass gerade Pflegerinnen von Auseinandersetzungen mit Patienten und Patientinnen betroffen sind. Diese Konflikte können die Gesundheit der Pflegerinnen gefährden.	Keine Bewertung
Fujita et al. Japan 2012 „Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan“	Querschnittstudie n= 8771 Studienteilnehmer	Erforschung der Prävalenz von Gewalt am Arbeitsplatz im Gesundheitsbereich	Die Studie scheint zu belegen, dass Pflegerinnen auf den Intensivstationen ein hohes Risiko haben, Angriffe von Erkrankten und ihren Angehörigen zu erleben.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Gaynes et al. 2017 „Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence“	Systematisches Review n= 17 eingeschlossene Studien	Überprüfung der Wirksamkeit von Strategien zur Verhinderung und Deeskalation aggressiven Verhaltens bei psychiatrischen Patienten in Akuteinrichtungen, sowie deren Vergleich	Das Review kritisiert die Qualität der Studien über die Wirksamkeit von Deeskalationsprogrammen und Strategien zur Verhinderung von aggressivem Verhalten. Daher scheinen ein Vergleich und eine Bewertung, sowie eine Empfehlung von Programmen nicht möglich.	Keine Bewertung
Hahn et al. Schweiz 2012 „Risk factors associated with patient and visitor violence in general hospitals: results of a multiple regression analysis“	Querschnittsstudie n= 2495 Studienteilnehmer	Untersuchung von Erfahrungen und Ableitung von Risikofaktoren von Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen zum Thema Gewalt von Patienten und Patientinnen, sowie deren Angehörigen	Die Studie scheint zu belegen, dass Mitarbeiter auf den Intensivstationen häufig Gewalt von Patienten und Patientinnen, sowie deren Angehörigen erleben.	Keine Bewertung
Hallett/Dickens 2017 „De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis“	Systematisches Review n= 79 eingeschlossene Studien	Analyse des Konzeptes der Deeskalation Beschreibung von theoretischen Grundlagen, um die Gewaltprävention im Gesundheitssystem zu fördern	Die Studie verweist auf fehlende qualitativ hochwertige Belege betreffend der Wirksamkeit von deeskalierenden Maßnahmen. Zusätzlich scheint das Thema Deeskalation im psychiatrischen Bereich am häufigsten vertreten. Weiterhin konnte ein Forschungsdefizit betreffend des Themas der Deeskalation formuliert werden.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Halm 2017 „Aggression Management Education for Acute Care Nurses: What's the Evidence?“	Systematisches Review n= 7 eingeschlossene Studien	Überprüfung der Wirksamkeit von deeskalierenden Schulungen für Pflegende in der Akutversorgung im Krankenhaus	Das Review übt Kritik an der Qualität der Studien, welche die Wirksamkeit von Schulungen untersuchen. Es werden Aussagen über Effekte bezüglich des Selbstbewusstseins der Pflegerinnen und deren deeskalierenden Kenntnisse, sowie der Berichterstattung von aggressiven Verhalten getroffen.	Bewertet nach dem Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2019)
Heckemann et al. 2015 „The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature“	narratives Review n= 9 eingeschlossene Studien	Überprüfung der Wirksamkeit von Aggressionsmanagement Programmen für Pflegende in der Akutversorgung im Krankenhaus	Die Studie scheint zu belegen, dass Programme im Rahmen des Aggressionsmanagement keine Auswirkungen auf das Aufkommen von aggressiven Verhalten ausgehend von Patienten und Patientinnen haben. Zusätzlich wird die Qualität der Studien über die Wirksamkeit von Aggressionsmanagement Programmen bemängelt.	Keine Bewertung
Hweidi Jordanien 2007 „Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: A questionnaire survey“	Querschnittsstudie n= 165 Studienteilnehmer	Untersuchung der Belastungsfaktoren von kritisch Erkrankten auf den Intensivstationen	Die Studie trifft Aussagen über die größten Belastungsfaktoren für die Patienten und Patientinnen. Weiterhin werden Faktoren benannt, welche einen geringen Einfluss auf die Erkrankten haben.	Bewertet nach dem Joanna Briggs Institute (JBI) (2017)

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Lindberg et al. Schweden 2015 „A trajectory towards partnership in care – Patient experiences of autonomy in intensive care: A qualitative study“	Qualitative Untersuchung n= 11 Studienteilnehmer	Untersuchung der Situation der kritisch Erkrankten unter Berücksichtigung der Autonomie der Patienten und Patientinnen	Die Studie scheint die komplexe Situation der Erkrankten zu belegen. Der Aufenthalt auf einer Intensivstation würde mit dem Verlust der Autonomie einhergehen. Wünsche bezüglich einer respektvollen Betreuung und einem Mitspracherecht im Zuge der Behandlung werden beschrieben.	Keine Bewertung
Lindner et al. Deutschland 2015 „Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité - Universitätsmedizin Berlin“	Quantitative Befragung n= 345 Studienteilnehmer	Untersuchung der Häufigkeit, Art und Umfang von Aggressionen gegenüber des Klinikpersonales im Akutbereich von Krankenhäusern	Die Untersuchung scheint zu belegen, dass gerade Pflegende aggressives Verhalten im Krankenhaus erleben. Hierbei wird der Vergleich zu anderen Berufsgruppen abgebildet. Zusätzlich wird das Erleben von verbalen und körperlichen Aggressionen berufsspezifisch angegeben.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Livingston et al. 2010 „A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff.“	narratives Review n= 29 eingeschlossene Studien	Überprüfung der Wirksamkeit von Schulungsprogrammen für Mitarbeiter, die Gewalt und Aggression in psychiatrischen Krankenhäusern verhindern sollen	Das Review scheint zu belegen, dass es zu wenige qualitativ hochwertige Studien über die Wirksamkeit von Programmen zum Aggressionsmanagement gibt. Daher kann das Review eine Reduktion von aggressiven Verhalten von Patienten und Patientinnen nicht bestätigen. Dennoch werden Aussagen über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen getroffen.	Keine Bewertung
Maul Deutschland 2006 „Macht Intensivstation krank? Eine qualitative Studie über den Einfluss des Umgebungsfaktors auf die Bedürfnislage von Intensivpatienten“	Qualitative Untersuchung n= 5 Studienteilnehmer	Gewinnung neuer Erkenntnisse bezüglich der Situation von kritisch Erkrankten auf der Intensivstation	Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die kritisch Erkrankten Belastungsfaktoren wahrnehmen und diese aufgrund der Notwendigkeit einer Behandlung akzeptieren.	Keine Bewertung
McKinley et al. Australien 2002 „Vulnerability and security in seriously ill patients in intensive care“	Qualitative Untersuchung n= 14 Studienteilnehmer	Entwicklung eines Verständnisses für die Erfahrungen von kritisch Erkrankten auf der Intensivstation	Die Studie scheint zu belegen, dass der Aufenthalt auf der Intensivstation für die Erkrankten mit dem Erleben von Ängsten verbunden ist. Hierbei werden die verschiedenen Faktoren, welche die Angst begünstigen, aufgeführt.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Needham et al. 2005 „Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review“	Systematisches Review n= 25 eingeschlossene Studien	Beschreibung der nicht körperlichen Auswirkungen von Aggressionen auf Pflegende	Das Review scheint zu belegen, dass Aggressionen biophysiological, emotionale, kognitive und soziale Auswirkungen auf Pflegende haben. Weiterhin werden Reaktionen von Pflegende nach der Auseinandersetzung mit Konfliktsituationen beschrieben.	Keine Bewertung
Pang/ Suen China 2008 „Stressors in the ICU: a comparison of patients' and nurses' perceptions“	quantitatives, vergleichendes und deskriptives Studiendesign n= 104	Vergleich der Wahrnehmung von kritisch Erkrankten und Pflegenden in Bezug auf die Stressoren auf den Intensivstationen	Die Studie beschreibt die unterschiedlichen Wahrnehmungen von kritisch Erkrankten und Pflegenden in Bezug auf die Stressoren. Zusätzlich werden die größten und geringsten Belastungsfaktoren aufgeführt.	Keine Bewertung
Park et al. Südkorea 2015 „Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment.“	Querschnittsstudie n= 970 Studienteilnehmer	Ermittlung von Häufigkeiten, Zusammenhänge und Tätern von Gewalt gegen Pflegende am Arbeitsplatz	Die Studie scheint zu belegen, dass der Bereich der Intensivstation am häufigsten von körperlichen und verbalen Aggressionen betroffen ist. Weiterhin werden die Patienten und Patientinnen als Haupttäter benannt.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Price et al. 2015 „Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression“	Systematisches Review n= 38 eingeschlossene Studie	Überprüfung der Wirksamkeit von Deeskalationsprogrammen in Bezug auf die klinische Sicherheit, sowie den Lern- und Leistungserfolg im psychiatrischen Bereich	Die Studie kann aufgrund des Mangels an qualitativen Studien nicht beweisen, dass Programme zur Deeskalation Auswirkungen auf das Aufkommen an aggressiven Verhalten haben. Weiterhin werden Aussagen über das Deeskalationswissen und das Selbstvertrauen der Programmteilnehmer getroffen.	Bewertung nach SIGN (2019)
Richter Deutschland 2014 „Verbale Aggressionen gegen Mitarbeitende im Gesundheitswesen: Ergebnisse einer qualitativen Studie“	Qualitative Untersuchung n= 74 Studienteilnehmer, 8 Fokusgruppeninterviews	Gewinnung neuer Erkenntnisse über das Erleben von verbalen Aggressionen durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen	Die Studie vermittelt Erkenntnisse über die angewandten Bewältigungsstrategien der Pflegenden nach dem Kontakt mit verbalen Aggressionen. Weiterhin werden die Reaktionen der Pflegenden auf das aggressive Verhalten beschrieben.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Richter/ Needham 2007 „Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe- Systematische Literaturübersicht“	Systematisches Review n= 39 eingeschlossenen Studien	Überprüfung der Wirksamkeit von Programmen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe	Das Review scheint zu belegen, dass Auswirkungen auf das Aufkommen an aggressiven Verhalten durch Programme zum Aggressionsmanagement nicht bewiesen werden kann. Zusätzlich wird von einem Mangel an hochwertigen Studien berichtet.	Keine Bewertung
Schablon et al. Deutschland 2012 „Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross- sectionalstudy.“	retrospektive Querschnittsstudie n= 1973 Studienteilnehmer	Ermittlung der Häufigkeit und der Konsequenzen von aggressiven Verhalten im Gesundheitswesen	Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen häufig von Aggressionen im Arbeitsalltag betroffen sind. Als mögliche Konsequenz werden Stressreaktionen benannt.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Schablon et al. Deutschland 2018 „Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany—A Survey“	Querschnittstudie n= 1984	Ermittlung der Häufigkeiten, Arten und Umgang mit aggressivem Verhalten im Gesundheitsbereich	Die Studie scheint ein Beleg dafür zu sein, dass aggressives Verhalten im Gesundheitsbereich häufig vertreten ist. Weiterhin werden der Umgang mit Aggressionen und die Folgen für das Gesundheitspersonal beschrieben.	Bewertet nach JBI (2017)
Shafran-Tikva et al. Israel 2017 „Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital - a systematic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments“	Querschnittstudie n= 678 Studienteilnehmer	Untersuchung der Arten und Tätern von Aggressionen, sowie Ermittlung der betroffenen Fachgebiete von Gewalt im Krankenhaus	Die Studie scheint zu belegen, dass Pflegende im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am häufigsten aggressiven Verhalten ausgesetzt sind. Weiterhin werden die Arten von erlebten Aggressionen aufgeführt.	Keine Bewertung
Ünsal Atan et al. Türkei 2013 „Violence experienced by nurses at six university hospitals in Turkey“	Querschnittsstudie n= 441 Studienteilnehmer	Analyse von Gewalt am Arbeitsplatz gegen Pflegende	Die Studie kommt zu der Erkenntnis, das Pflegende häufig Opfer von Übergriffen sind. Dies würde sich auf die Gesundheit und die Arbeitsleistung auswirken.	Keine Bewertung

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Wassenaar et al. 2014 „Factors promoting intensive care patients’ perception of feeling safe: A systematic review“	Systematisches Review n= 11 eingeschlossene Studien	Analyse von Faktoren, welche das Sicherheitsgefühl von kritisch Erkrankten während ihres Aufenthaltes auf der Intensivstation beeinflussen	Die Studie scheint zu belegen, dass Pflegende das Sicherheitsgefühl der Patienten und Patientinnen positiv beeinflussen können. Als negative Einflüsse wird der Verlust der Kontrolle, Orientierungsprobleme und das Erleben von Ängsten beschrieben.	Keine Bewertung
Wei et al. Taiwan 2016 „Workplace violence against nurses-- prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study“	Querschnittstudie n= 26979 Studienteilnehmer	Ermittlung der Prävalenz und Zusammenhänge von Gewalt gegen Pflegende	Die Studie scheint zu belegen, dass der Bereich der Intensivstationen am häufigsten von Aggressionen gegenüber Pflegerinnen betroffen ist.	Keine Bewertung
Weidner et al. Deutschland 2017 „Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegerinnen und Schülern der Pflegeberufe“	Querschnittserhebung n= 402	Ermittlung von persönlichen Gewalterfahrungen von Pflegerinnen, sowie deren individuellen Kenntnisse und Erfahrungen zur Gewaltprävention in den Gesundheitseinrichtungen	Die Studie scheint zu belegen, dass Aggressionen im Arbeitsalltag zu wenig aufgearbeitet werden. Bei einem bestehenden Interesse an Fort- und Weiterbildungen zum Thema Gewaltprävention, ist das Angebot deren in den Instituten nur gering ausgeprägt.	Bewertet nach JBI (2017)

Studie	Studiendesign Stichprobe	Ziel der Studie	Beurteilung im Sinne der Forschungsfrage	Bewertung der Studie
Yoo et al. Südkorea 2018 „Experience of Violence from the Clients and Coping Methods Among Intensive Care Unit Nurses Working in a Hospital in South Korea“	Quantitative Datenerhebung, sowie Verwendung eines qualitativen Ansatzes bei der Durchführung von Einzelinterviews n= 200 Studienteilnehmer	Untersuchung von Erfahrungen von Pflegenden auf der Intensivstation zum Thema Gewalt von kritisch Erkrankten und deren Angehörigen, sowie Ermittlung von Bewältigungsmethoden	Die Studie dokumentiert das Ausmaß an erlebten Aggressionen, unter Berücksichtigung von verschiedenen Aggressionsarten. Weiterhin wird das Delir als ein Risikofaktor für das Auftreten von Aggressionen beschrieben. Zudem werden Bewältigungsstrategien aufgeführt.	Keine Bewertung
Zhang et al. China 2017 „Workplace violence against nurses: A cross- sectional study“	Querschnittsstudie n= 3004 Studienteilnehmer	Ermittlung der Häufigkeit von Gewalt am Arbeitsplatz gegen Pflegende und ihrer Einflussfaktoren	Die Studie scheint zu belegen, dass Pflegende häufig mit Aggressionen im Arbeitsalltag konfrontiert werden. Zusätzlich werden Risikofaktoren angegeben, welche das Erleben von aggressiven Verhalten begünstigen können.	Keine Bewertung

A.6 Kritische Beurteilung ausgewählter Studien

A.6.1 Bewertung einer Querschnittstudie nach JBI (2017)

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer Jasmin Runge Date 04.05.2019

Author Weidner, F.; Tucman, D.; Jabobs, P. Year 2017

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie „Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe“ von Weidner et al. bietet einen Überblick über die persönlichen Erfahrungen von Pflegenden zum Thema Gewalt im Berufsalltag. Zudem werden Hinweise zur individuellen und institutionellen Aggressionsprävention geboten.

A.6.2 Bewertung einer Querschnittstudie nach JBI (2017)

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer Jasmin Runge Date 05.05.2019

Author Hweidi, I. M. Year 2007

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include X Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie bietet einen Überblick über die größten Belastungsfaktoren für die Patienten und Patientinnen auf den Intensivstationen. Zusätzlich werden Faktoren benannt, welche einen geringen Einfluss auf die Erkrankten haben.

A.6.3 Bewertung einer Querschnittstudie nach JBI (2017)

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer Jasmin Runge Date 04.05.2019

Author Schablon, A.; Wendeler, D.; Kozak, A.; Nienhaus, A.; Steinke, S.

Year 2018

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Die Studie bietet einen Überblick über die Häufigkeiten, Arten und den Umgang mit aggressivem Verhalten im Gesundheitsbereich. Sie belegt, dass aggressives Verhalten im Gesundheitsbereich ein häufiges Phänomen ist.

A.6.4 Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2019)

		Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses	
<p>SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: <i>Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C., et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10 [cited 10 Sep 2012]</i></p>			
<p>Halm, M. (2017): Aggression Management Education for Acute Care Nurses: What's the Evidence? In: American Journal of critical care 26(6) S. 504-508</p>			
<p>Checklist completed by: Jasmin Runge</p>			
<p>Section 1: Internal validity</p>			
<i>In a well conducted systematic review:</i>		<i>Does this study do it?</i>	
1.1	The research question is clearly defined and the inclusion/ exclusion criteria must be listed in the paper.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/> If no reject
1.2	A comprehensive literature search is carried out.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Not applicable <input type="checkbox"/> If no reject
1.3	At least two people should have selected studies.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input checked="" type="checkbox"/>
1.4	At least two people should have extracted data.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Can't say <input checked="" type="checkbox"/>
1.5	The status of publication was not used as an inclusion criterion.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
1.6	The excluded studies are listed.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
1.7	The relevant characteristics of the included studies are provided.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.8	The scientific quality of the included studies was assessed and reported.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

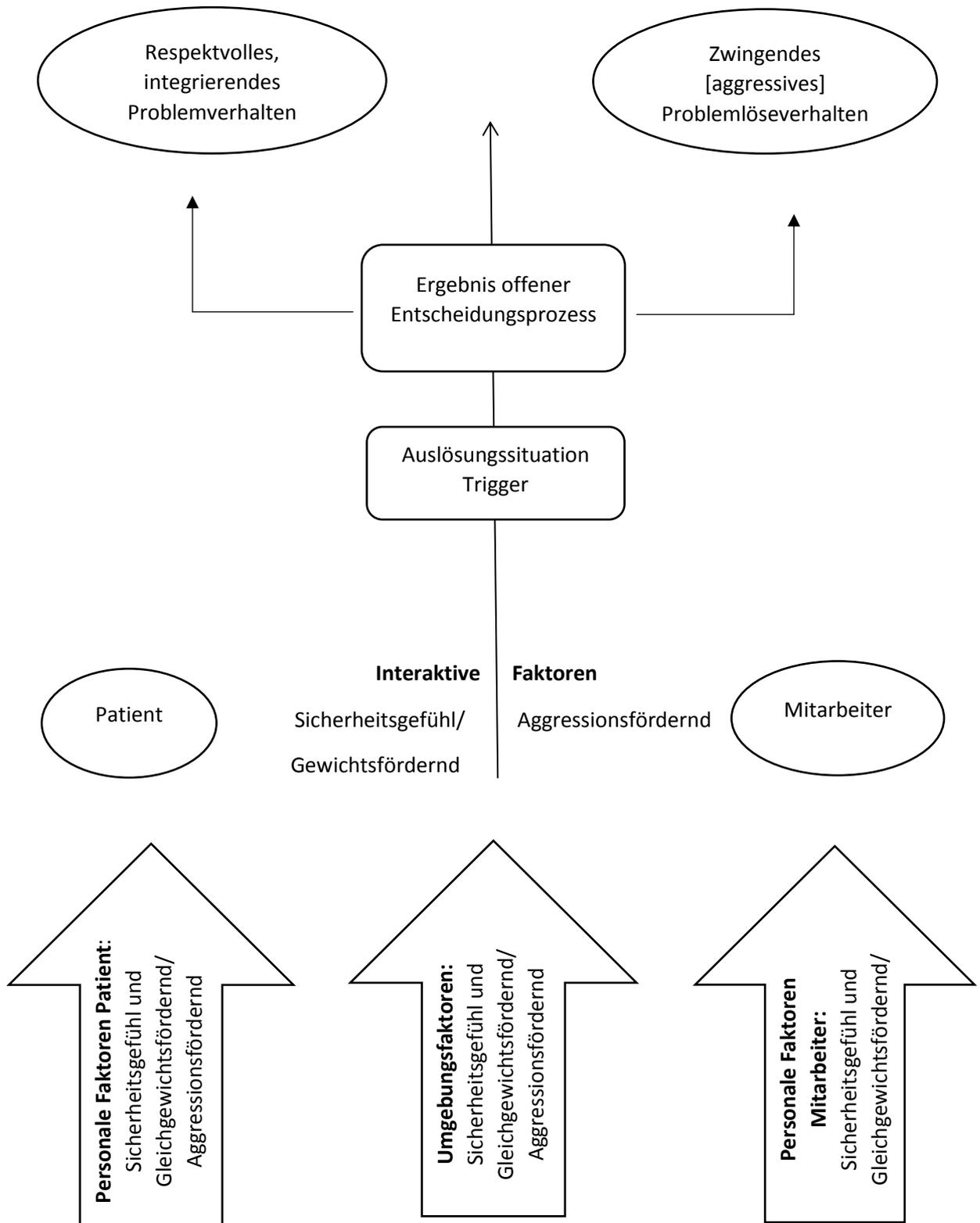
1.9	Was the scientific quality of the included studies used appropriately?	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.10	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Not applicable <input checked="" type="checkbox"/>
1.11	The likelihood of publication bias was assessed appropriately.	Yes <input type="checkbox"/> Not applicable <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.12	Conflicts of interest are declared.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality (++) <input type="checkbox"/> Acceptable (+) <input type="checkbox"/> Low quality (-) <input checked="" type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>	
2.3	<p>Notes: Anhand der Checkliste wird die geringe Qualität des Reviews deutlich. Inhaltlich kritisiert das Review von Halm (2017) die Qualität der eingeschlossenen Studien über die Wirksamkeit von deeskalierenden Schulungen. Es werden Aussagen über Effekte bezüglich des Selbstbewusstseins der Pflegenden und deren deeskalierenden Kenntnisse, sowie der Berichterstattung von aggressiven Verhalten getroffen.</p>		

A.6.5 Bewertung eines Systematic Reviews nach SIGN (2019)

		Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses	
SIGN		<p>SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: <i>Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C., et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10 [cited 10 Sep 2012]</i></p>	
<p>Price, O.; Baker, J.; Bee, P.; Lovell, K. (2015): Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. In: The British Journal of Psychiatry 206 (6) S. 447–455</p>			
<p>Checklist completed by: Jasmin Runge</p>			
<p>Section 1: Internal validity</p>			
<i>In a well conducted systematic review:</i>		<i>Does this study do it?</i>	
1.1	The research question is clearly defined and the inclusion/ exclusion criteria must be listed in the paper.	Yes X	No <input type="checkbox"/>
		If no reject	
1.2	A comprehensive literature search is carried out.	Yes X	No <input type="checkbox"/>
		Not applicable <input type="checkbox"/>	
		If no reject	
1.3	At least two people should have selected studies.	Yes X	No <input type="checkbox"/>
		Can't say <input type="checkbox"/>	
1.4	At least two people should have extracted data.	Yes X	No <input type="checkbox"/>
		Can't say <input type="checkbox"/>	
1.5	The status of publication was not used as an inclusion criterion.	Yes X	No <input type="checkbox"/>
1.6	The excluded studies are listed.	Yes X	No <input type="checkbox"/>
1.7	The relevant characteristics of the included studies are provided.	Yes X	No <input type="checkbox"/>

1.8	The scientific quality of the included studies was assessed and reported.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.9	Was the scientific quality of the included studies used appropriately?	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.10	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes <input type="checkbox"/> Can't say <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Not applicable <input checked="" type="checkbox"/>
1.11	The likelihood of publication bias was assessed appropriately.	Yes <input type="checkbox"/> Not applicable <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.12	Conflicts of interest are declared.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY			
2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality (++) <input checked="" type="checkbox"/> Acceptable (+) <input type="checkbox"/> Low quality (-) <input type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>	
2.3	<p>Notes:</p> <p>Das Review kann aufgrund des Mangels an qualitativen Studien nicht belegen, dass Programme zur Deeskalation Auswirkungen auf das Aufkommen an aggressiven Verhalten haben.</p>		

A.7 NOW- Modell (In Anlehnung an: Walter et al. 2012, S. 91)



A.8 Die 12 Grundregeln der Deeskalation (Wesuls et al. 2005, S. 34-37)

1. Wehret den Anfängen
2. An die eigene Sicherheit denken
3. Schaulustige entfernen
4. Beruhigen Sie sich selbst
5. Der angespannte Patient braucht einen Ansprechpartner
6. Achten Sie auf Ihre Körpersprache, Mimik, Gestik und Stimme
7. Stellen Sie Augenkontakt her
8. Versuchen Sie nie, den Patienten zu kontrollieren oder zu beherrschen
9. Lassen Sie sich nicht provozieren oder von verbaler Aggression treffen
10. Vermeiden Sie selbst provokative Begriffe, Vorwürfe, Ermahnungen oder Drohungen
11. Wertschätzende Haltung
12. Bedürfnisse und Gefühle herausarbeiten

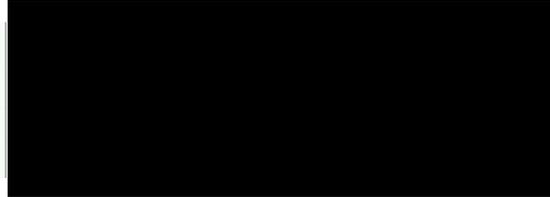
A.9 Koordination des Handlungsablaufes bei der Immobilisation von Patienten und Patientinnen (Wesuls et al. 2005, S. 56)

- Wer übernimmt die Einteilung der Aufgaben vorab?
- Wer übernimmt die Gesprächsführung vor und während des Zugriffs zur weiteren Deeskalation? Die Kontaktaufnahme mit dem Patienten sollte durch die Person geschehen, deren Chance auf Akzeptanz am Größten ist. Entscheidend ist dabei nicht die Berufszugehörigkeit.
- Wer übernimmt welche Körperseite?
- Wer gibt das Kommando? (nonverbales Zeichen vereinbaren, um einen schnellen und zeitgleichen Zugriff zu gewährleisten) = Koordinator
- Wer übernimmt die Vorbereitung des Isoliertraumes/Fixierungsbettes und -materials?

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, der 03.06.2019



Jasmin Runge