

Originalien

Nervenarzt 2009 · 80:68–73
DOI 10.1007/s00115-008-2564-5
Online publiziert: 6. September 2008
© Springer Medizin Verlag 2008

D. Richter^{1,2} · K. Berger³

¹ LWL-Klinik Münster

² Fachbereich Gesundheit, Berner Fachhochschule, Bern

³ Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Münster

Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter

Prospektive und retrospektive Daten

Gewalttätige Übergriffe auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Institutionen des Gesundheitswesens sind ein gut dokumentiertes, aber schwer zu vermeidendes Problem [25, 28]. Vor allem Beschäftigte in psychiatrischen Kliniken, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Altenheimen berichten über dieses arbeitsplatzbezogene Risiko. In vielen Kliniken, Heimen und anderen Bereichen wurden mittlerweile Trainingsprogramme etabliert, mit deren Hilfe Mitarbeiter präventiv tätig werden sollen, um Gewalt zu mindern oder im Idealfall zu verhindern [27].

Die Forschung zu aggressiven Patientenübergriffen hat verschiedene körperliche Folgeschäden aufgezeigt [9, 23]. In der Regel leiden die betroffenen Mitarbeiter unter minderschweren physischen Schäden wie z. B. Kratzwunden, Bisswunden, Hämatomen oder ausgerissenen Haaren. Schwere Verletzungen dagegen, wie Knochenbrüche oder Bewusstlosigkeit, sind eher selten. Sie sind jedoch ebenso wie Todesfälle beschrieben worden. Diese Befunde aus der Literatur wurden in deutschen Studien bestätigt [26, 30]

Im Gegensatz dazu sind die psychischen Folgen für betroffene Mitarbeiter ein bisher vernachlässigtes Themengebiet. Paradoxerweise haben gerade psychiatrische Einrichtungen der psychischen Gesundheit ihrer Angestellten bis dato kaum Aufmerksamkeit gewidmet. Gleiches gilt auch für die Forschung. Es gibt bis heute nur

sehr wenige Studien mit methodisch zufriedenstellender Qualität, die sich mit der psychischen Befindlichkeit der Mitarbeiter nach einem Übergriff befassen [2, 7, 15, 37]. Zudem sind nur wenige Studien mit anerkannten Traumamessinstrumenten durchgeführt worden. Die überwiegende Mehrzahl der Untersuchungen hat phänomenologische Daten erhoben, allgemeine und Burn-out-Symptome erfasst oder aber eigene Instrumente entwickelt [3, 5, 6, 8, 11, 16, 20, 29, 34, 35]. Letztere wurden auch in einer systematischen Übersicht zusammengefasst [21].

Die drei bisher mit PTBS-Instrumenten durchgeführten Studien ergeben kein einheitliches Bild. Zwei dieser Studien dokumentierten Fälle mit posttraumatischen Belastungsstörungen nach Patientenübergriffen [1, 36], in der dritten war dies nicht der Fall [26].

Studiendesign und Methode

Studiendesign

Die nachfolgend berichtete Studie verfolgte das Ziel, die psychische Belastung von Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen und anderer Gesundheitsinstitutionen nach einem Patientenübergriff zu erfassen. Das Hauptzielkriterium der psychischen Belastung ist die Erfassung des Ausmaßes der posttraumatischen Belastungsstörung. Darüber hinaus wurden

Daten über weitere psychische und soziale Folgen des Übergriffs erhoben (Behandlungs- und Bewältigungsprozess, Folgen für den Arbeitsalltag, Beziehung zu Patienten und Kollegen, Unterstützung durch die Einrichtung).

Die Durchführung der Studie erfolgte in zwei Schritten. Zunächst wurden Daten in einer prospektiven Längsschnittstudie (nachfolgend Studie 1 genannt) mit zwei Nachbefragungen erhoben und anschließend eine retrospektive Studie (nachfolgend Studie 2 genannt) durchgeführt. Ursprünglich war lediglich Studie 1 geplant. Es handelte sich dabei um eine prospektive Erhebung von Patientenübergriffen sowie die Befragung der Übergriffopfer zu drei Messzeitpunkten. Im Verlauf der Datenerhebung stellte sich heraus, dass für die Längsschnittstudie nur ein kleiner Teil der von Patientenübergriffen betroffenen Mitarbeitern erreicht und für die Teilnahme rekrutiert werden konnte. Hinzu kam, dass ca. ein Viertel der Teilnehmer des Basisinterviews die weitere Teilnahme an den beiden Nachbefragungen ablehnte. Die Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Studienteilnehmern bei PTBS-Untersuchungen sowie das erhebliche Risiko des Verlusts von Respondenten in Längsschnittuntersuchungen sind in der Literatur hinlänglich bekannt [4, 18]. Aufgrund dieser Responseproblematik ist die Größe der Untersuchungsgruppe in Studie 1

für weitergehende Analysen und Aussagen nicht ausreichend. Die Autoren entschieden deshalb, eine ergänzende, retrospektive Studie durchzuführen. In dieser Studie 2 wurden die gleichen Untersuchungsinstrumente verwendet wie in Studie 1. Die Ergebnisse beider Studien werden aufgrund der unterschiedlichen Zeithorizonte jedoch getrennt dargestellt.

Die Durchführung der Untersuchung wurde von der gemeinsamen Ethikkommission des Universitätsklinikums der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Ärztekammer Westfalen-Lippe genehmigt.

Untersuchungsinstrumente und statistische Methoden

Grundlage der Datenerhebung in dieser Studie ist ein selbst entwickelter semi-quantitativer Fragebogen, der im Rahmen eines Interviews eingesetzt wurde. Der Fragebogen basiert auf einem schon früher eingesetzten Instrument [25, 26]. Zusätzlich zu dem selbst entwickelten Fragebogen wurden drei standardisierte Instrumente zur Erfassung von posttraumatischen Symptomen und anderen psychischen Folgen eingesetzt.

- Die Impact of Event Scale – Revised (IES-R) [33] ist eine Weiterentwicklung der Impact of Event Scale [12], einem der häufigsten eingesetzten Instrumente zur Erfassung von Psycho-traumata. Die hier angewandte deutsche Version des Fragebogens ist psychometrisch gut untersucht worden [17].
- Die Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian (PCL-C) ist die nichtmilitärische Version eines Instruments zur Bestimmung einer PTBS-Diagnose gemäß DSM-IV [32]. Die hier genutzte deutsche Übersetzung stammt von Teegen [31].
- Zur Erfassung weiterer psychischer Probleme wurde die Symptom-Checklist 90 – Revised (SCL 90-R) eingesetzt [10].

Da die nachfolgend beschriebenen Studienergebnisse explorativen Charakter haben, werden im Wesentlichen Häufigkeitsverteilungen und Skalenmittelwerte berichtet. Für die Längsschnittdaten der post-

Zusammenfassung · Abstract

Nervenarzt 2009 · 80:68–73 DOI 10.1007/s00115-008-2564-5
© Springer Medizin Verlag 2008

D. Richter · K. Berger

Psychische Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter. Prospektive und retrospektive Daten

Zusammenfassung

Hintergrund. Die psychischen Folgen von Patientenübergriffen auf Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen sind bisher kaum mit validierten und etablierten Instrumenten aus der Forschung über posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) untersucht worden.

Methode. In einer prospektiven Längsschnittstudie sowie in einer retrospektiven Untersuchung wurden 46 bzw. 88 Mitarbeiter aus Einrichtungen der Psychiatrie und des Gesundheitswesens nach einem erlittenen Patientenübergriff hinsichtlich der psychischen Folgen befragt. Es wurden anerkannte Instrumente aus der PTBS-Forschung eingesetzt (PCL-C, IES-R).

Ergebnisse. In den ersten Wochen nach dem Übergriff erfüllten 17% der Studienteilnehmer der prospektiven Studie die Kriterien für die Diagnose einer PTBS nach DSM-IV. Im Ver-

lauf von weiteren 2 und 6 Monaten sank der Anteil von Betroffenen mit einer PTBS-Diagnose auf 11%. In der retrospektiven Studie wurde bei 3% der Befragten im Mittel 1,5 Jahren nach dem Übergriff noch das Vollbild einer PTBS festgestellt.

Schlussfolgerung. Patientenübergriffe können posttraumatische Belastungsstörungen bei Mitarbeitern psychiatrischer Einrichtungen auslösen. Einrichtungen, in denen solche Vorfälle geschehen, müssen eine adäquate Nachsorge für die betroffenen Mitarbeiter organisieren.

Schlüsselwörter

Patientenübergriff · Posttraumatische Belastungsstörung · Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen

Psychological consequences of patient assaults on mental health staff. Prospective and retrospective data

Abstract

Background. Psychological consequences of patient assaults on staff members have rarely been examined with instruments established for post-traumatic stress disorder (PTSD) research. In prior studies, self-defined questionnaires and outcomes were used instead.

Methods. We conducted two studies, one prospective study with two follow-ups and one retrospective. Forty-six and 88 mental health care workers were interviewed, respectively, for psychological consequences after a patient assault. Validated instruments from post-traumatic stress disorder (PTSD) research were used (PCL-C, IES-R).

Results. In the first weeks following patient assault, 17% of respondents of the prospective study fulfilled the diagnostic criteria for

PTSD according to DSM-IV. After further 2 and 6 months in the respective studies, the PTSD rates had decreased to 11%. In the retrospective study 3% of respondents still had a PTSD diagnosis on average 1.5 years after the assault.

Conclusions. Patient assaults can cause PTSD in staff members of mental health institutions. Institutions need to organise adequate care for their staff affected by assault.

Keywords

Patient assault · Post-traumatic stress disorder · Mental health staff

Tab. 1 Soziodemographische, berufliche und übergriffsbezogene Merkmale der StudienteilnehmerInnen

	Studie 1 (n=46)	Studie 2 (n=88)
Geschlecht weiblich [%]	50,0	55,7
Alter (Mittelwert) [Jahre]	38,0	43,1
Pflegedienst [%]	69,6	67,0
Ärztlicher Dienst [%]	6,5	3,4
Berufserfahrung [Jahre]	13,4	19,7
großer physischer Körperschaden [%]	15,2	28,4
ärztliche Behandlung des Körperschadens [%]	47,8	81,8
Psychotherapie angetreten [%]	26,1	13,6

traumatischen Belastung wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholungen durchgeführt.

Durchführung Studie 1

Für die Durchführung der 1. Studie wurden alle psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe und des Landschaftsverbandes Rheinland angeschrieben und zu jeweils einer Informationsveranstaltung in Westfalen und im Rheinland eingeladen. Das geplante Prozedere sah vor, dass die Einrichtungsleitungen Mitarbeiter ansprechen sollten, die von einem Patientenübergreif betroffen waren. Der Patientenübergreif war definiert als ein offensichtlich aggressiv motivierter Akt gegenüber dem Mitarbeiter mit Körperkontakt. Die Kontaktaufnahme mit der Studienleitung erfolgte anschließend durch den Mitarbeiter selbst. Die Studienleitung hatte aus Gründen der Anonymitätswahrung zu keiner Zeit Zugang zu den betroffenen Mitarbeitern, bevor diese sich selbst telefonisch meldeten. Aus diesem Grund können auch keine Aussagen zur Grundgesamtheit der von einem Übergreif betroffenen Mitarbeiter gemacht werden. In diesem Zusammenhang muss auch darauf hingewiesen werden, dass keine Möglichkeit besteht, die Repräsentativität der Ergebnisse zu beurteilen. Der Rekrutierungszeitraum erstreckte sich von Mai bis Oktober 2003.

Gemäß dem Studiendesign wurde zunächst ein Face-to-face-Interview mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt. Dieses Basisinterview fand ca. 7 Wochen nach dem Übergreif statt (Median: 49 Tage). Im Basisinterview wurden der Grundfragebogen, die beiden

PTBS-Instrumente PCL-C und IES-R sowie der Symptomfragebogen SCL-90R eingesetzt. Die Nachbefragungen 2 und 6 Monate nach dem Erstinterview wurden telefonisch durchgeführt. Hierbei wurden die Basisdaten auf den neuesten Stand gebracht und die beiden PTBS-Instrumente eingesetzt. Aufgrund des Umfangs eignet sich der SCL-90R nicht für ein telefonisches Interview.

Durchführung Studie 2

Die 2. Studie bestand in einer retrospektiven Rekrutierung von Mitarbeitern, die innerhalb der Jahre 2002 oder 2003 eine Unfallmeldung im Zusammenhang mit einem Patientenübergreif an die gesetzliche Unfallversicherung geschrieben hatten. Um die Datenbasis möglichst groß zu gestalten, wurden auch Einrichtungen außerhalb der psychiatrischen Versorgung mit einbezogen. Die Erweiterung des Rekrutierungsbereichs ist für das eigentliche Forschungsziel bezüglich des Verlaufs psychischer Belastungen nach einem Patientenübergreif nicht als wesentliche Einschränkung zu sehen.

Bei den gesetzlichen Unfallversicherungen wurden 350 betroffene Mitarbeiter identifiziert, die von den jeweiligen Verbänden 2-mal in einem Abstand von 4 Wochen angeschrieben und zur Mitarbeit an der Studie aufgefordert wurden. Von den 350 Angeschriebenen konnten schließlich 88 betroffene Mitarbeiter für ein Interview rekrutiert werden. Dies entspricht einer Ausschöpfungsrate von 25,1%.

Bei dieser retrospektiven Studienanlage wurde lediglich ein Interview mit den Teilnehmern geführt, das im Median nach 551 Tagen nach dem Übergreif stattfand.

Der halbstandardisierte Basisfragebogen wurde unverändert eingesetzt. Ebenfalls eingesetzt wurden die standardisierten Instrumente SCL90-R, IES-R und PCL-C.

Ergebnisse

Studie 1

Stichprobe und Merkmale des Übergreifs

Für die Teilnahme an der Studie 1 der Untersuchung konnten initial 46 Mitarbeiter gewonnen werden, von denen jedoch 11 die weitere Teilnahme an den Nachbefragungen verweigerten. Die weiteren Teilnehmer unterschieden sich von den Nichtteilnehmern tendenziell durch eine geringe psychische Belastung. Nichtteilnehmer wiesen signifikant mehr Arbeitsunfähigkeitstage auf als die Teilnehmer an den Nachbefragungen.

Das Durchschnittsalter betrug 38 Jahre und es nahmen exakt jeweils zur Hälfte Männer und Frauen teil (■ **Tab. 1**). Die mittlere Berufserfahrung betrug 13 Jahre. Bei den Teilnehmern handelte es sich überwiegend um Angehörige des Pflegedienstes. Der übrige Anteil setzt sich aus Angehörigen des Ärztlichen Dienstes, des Sozialdienstes sowie aus Erzieherinnen und Erzieher zusammen. Letztere stammten überwiegend aus den Wohneinrichtungen der Landschaftsverbände, in denen primär nichtmedizinische bzw. nichtpflegerische Mitarbeiter beschäftigt sind.

Der Körperschaden nach dem Übergreif war überwiegend als leicht einzustufen, schwere Körperschäden (Bewusstlosigkeit, Knochenbrüche, tiefe Schnittverletzungen) wurden von 15% der Befragten berichtet. In ärztliche Behandlung hatten sich 47% der Teilnehmerinnen und -teilnehmer begeben, und eine Psychotherapie angetreten hatten 26%.

Ausmaß der PTBS und anderer psychischer Symptome

Zum Zeitpunkt des Erstinterviews in Studie 1 (n=46) wiesen 17% der Befragten das Vollbild einer PTBS auf (■ **Tab. 2**). Weitere 32% in dieser Stichprobe hatten so schwere Symptome, dass sie in 2 der 3 Syndrome über dem Cut-off-Wert nach DSM-IV lagen und die Diagnose einer

partiellen PTBS gestellt werden konnte. Insgesamt konnte die Hälfte der Befragten als belastet im Sinne der PTBS gelten.

Bei den Teilnehmern der Längsschnittuntersuchung (n=35) ergaben sich folgende Ergebnisse: Den Cut-off-Wert für eine Diagnose nach DSM-IV erfüllten beim Erstinterview 17%, beim ersten Folgeinterview 8% und beim zweiten Folgeinterview 11%. Der zuletzt genannte kleine Anstieg ist wegen der kleinen Stichprobe auf eine Person zurückzuführen, die durch einen erneuten Übergriff retraumatisiert worden war. Der Anteil partieller PTBS ging von ursprünglich 28% über 11% auf schließlich 3% zurück.

Ein ähnliches Bild ergab die Verlaufsanalyse der IES-R-Daten (■ **Tab. 3**). Sowohl die Gesamtbelastung als auch die Unterskalen Intrusion, Vermeidung und Übererregung gingen über den Zeitverlauf in der Varianzanalyse statistisch signifikant zurück, wobei die Übererregungsskala die statistische Signifikanz knapp erreichte.

Ungefähr 80% der Teilnehmer gaben an, von ihren Kollegen gut unterstützt worden zu sein. Diese Einschätzung wurde nur zu einem geringen Teil auch auf die Leitung der Einrichtung übertragen. Obwohl knapp zwei Drittel der Respondenten mit ihren Vorgesetzten über den Vorfall ein Gespräch führten, fühlten sich nur ca. 40% ausreichend von der Leitung unterstützt. Des Weiteren berichteten Teile der Befragten über eine anhaltende Unsicherheit am Arbeitsplatz und über eine negative Veränderung in ihrer Arbeitsbeziehung zu den Patientinnen und Patienten (■ **Tab. 4**). Die Arbeitsausfallzeit betrug im Mittel 12 Tage.

Erwartungsgemäß wiesen die Teilnehmer mit einem schweren Körperschaden beim Erstinterview eine besonders hohe PTBS-Belastung auf (IES-R-Gesamt: 64,1). Allerdings gaben die Befragten, die keinen Körperschaden zu beklagen hatten (46,3) und auch lediglich über zerstörte Kleidung oder Brillen berichteten (50,0), im Durchschnitt signifikant höhere IES-R-Gesamt-Werte an als ihre Kollegen, die einen kleinen Körperschaden aufwiesen (38,4). Weiterhin erwähnenswert ist die hohe posttraumatische Belastung der Respondenten, die ihren unmittelbaren emotionalen Zustand nach dem Über-

griff nicht sicher einschätzen konnten. So wiesen beispielsweise die Befragten, die auf die Frage nach dem Geschocktsein mit „weiß nicht“ antworteten, im Durchschnitt eine erheblich höhere und statistisch signifikante posttraumatische Belastung auf als diejenigen, die sicher nicht geschockt oder die sicher geschockt waren (IES-R-Gesamt: 60,0 vs. 45,7).

Studie 2

Stichprobe und Merkmale des Übergriffs

In Studie 2 wurden 88 retrospektive Interviews durchgeführt. Die Teilnehmergruppe ähnelte der in Studie 1 hinsichtlich einer großen Anzahl von Merkmalen. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen dürften im Wesentlichen auf die kleinen Stichproben zurückzuführen sein (■ **Tab. 1**).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Studie 2 waren im Mittel 5 Jahre älter als in Studie 1. Der Altersunterschied bildet sich auch in der mittleren Berufserfahrung beider Stichproben ab, die rund 6 Jahre mehr betrug.

Schwere Körperschäden (Bewusstlosigkeit, Knochenbrüche, tiefe Schnittverletzungen) wurden von 28% der Befragten berichtet. Dementsprechend war der Anteil der Mitarbeiter, der ärztlich behandelt werden musste, auch deutlich höher als in Studie 1 (■ **Tab. 1**). Dagegen hatten erheblich weniger Teilnehmer eine Psychotherapie nach dem Übergriff in Anspruch genommen als in der Längsschnittstudie.

Ausmaß der PTBS und anderer psychischer Symptome

Bedingt durch den erheblich längeren Zeitraum zwischen Vorfall und Interview war der Anteil der PTBS-Erkrankten zum Interviewzeitpunkt in Studie 2 deutlich niedriger. Ein Vollbild wiesen 3% der Befragten auf und eine partielle PTBS konnte bei 14% der Teilnehmer diagnostiziert werden. Die niedrigere PTBS-Belastung zum Interviewzeitpunkt spiegelte sich auch in den Skalenwerten der IES-R wider.

Da die niedrigere PTBS-Belastung mehrere Monate nach dem Übergriff erwartet worden war, wurde innerhalb des Interviews detailliert auf erinnerte Symp-

Tab. 2 Posttraumatische Belastungsstörung gemäß PCL-C (DSM-IV)

Studie/Zeitpunkt	[%]
Studie 1; Erstinterview (n=46)	17,4%
Studie 1; Erstinterview, FU (n=35)	17,1
Studie 1; 2 Monate, FU (n=35)	8,6
Studie 1; 6 Monate, FU (n=35)	11,4
Studie 2 (n=88)	3,4

FU Follow-up-Stichprobe, PCL-C Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian.

tome nach dem Übergriff eingegangen. Die Respondenten wurden gebeten (gemäß der Vorgaben der PTBS-Instrumente) zu beschreiben, welches Erleben sie in den Wochen nach dem Übergriff hatten. Berichtet wurden wiederkehrende negative Gefühle (60%), Übervorsichtigkeit (60%), unwillkürlich an die Situation denken müssen (59%), plötzliche Bilder des Vorfalls wiedererleben (55%), Durchschlafprobleme (52%). Ein etwas geringerer Anteil der Befragten berichtete über Reizbarkeit (47%), Konzentrationsprobleme (45%) und Schreckhaftigkeit (44%). Obwohl aus diesen Angaben keine retrospektive Diagnose ermittelt werden kann, zeigte sich eine insgesamt deutliche Belastung auch der Teilnehmer in Studie 2. Es ist somit davon auszugehen, dass die PTBS-Belastung nach dem Übergriff erheblich höher war und im Zeitverlauf auf die oben berichtete Belastung zurückgegangen ist.

Eine ähnliches Bild ergab die Analyse des Ausmaßes der psychischen Symptome nach der Symptom-Checklist 90-R. In sämtlichen Unterskalen der SCL 90-R lag die Belastung in Studie 2 unter der der Befragten im Erstinterview in Studie 1.

Die Unterstützungserfahrungen durch Kolleginnen und Kollegen sowie die Einschätzung der oftmals nicht erlebten Unterstützung durch die Leitung der Einrichtungen deckte sich mit den Ergebnissen der Studie 1. Jedoch gaben weniger Befragte an, Probleme im Umgang mit Patienten zu haben bzw. immer noch unsicher am Arbeitsplatz zu sein. Auch hier dürfte der längere Zeitraum zwischen Übergriff und Interview in Studie 2 für die Unterschiede relevant sein.

Die Ausfallzeit betrug 14 Tage. Dieser Mittelwert täuscht allerdings über die Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage, die nicht symmetrisch ist. Lediglich 38% der

Tab. 3 Verlauf der posttraumatischen Belastung gemäß IES-R (Studie 1: n=35)

	Interview 1	Interview 2	Interview 3	p (ANOVA)
IES-R Gesamt	42,8 (SA 16,4)	35,4 (SA 13,7)	32,3 (SA 13,9)	p<0,001 (df=2, F=12,062)
IES-R Intrusion	14,2 (SA 6,0)	10,1 (SA 4,2)	9,3 (SA 4,1)	p<0,001 (df=2, F=21,679)
IES-R Vermeidung	14,5 (SA 5,3)	11,3 (SA 5,2)	8,9 (SA 4,6)	p<0,001 (df=2, F=9,846)
IES-R Übererregung	14,1 (SA 5,9)	12,8 (SA 5,1)	12,1 (SA 5,6)	p=0,048 (df=2, F=3,170)

IES-R Impact of Event Scale – Revised, ANOVA Varianzanalyse mit Messwiederholungen; SA Standardabweichung.

Tab. 4 Erlebte Unterstützung nach dem Übergriff

	Studie 1 (n=46)	Studie 2 (n=88)
Gespräch mit Vorgesetztem/er	63,0%	63,6%
Ausreichende Unterstützung durch Leitung	39,1%	37,5%
Verschlechterung der Beziehung zu Patienten	34,8%	26,1%
Unsicherheit am Arbeitsplatz	39,1%	19,3%

Betroffenen hatten keine Ausfallzeiten, während knapp 18% der Teilnehmer länger als 4 Wochen krankheitsbedingt vom Arbeitsplatz fernbleiben mussten.

Diskussion

Da die hier beschriebenen Studien zu den ersten Untersuchungen der Übergriffthematik mit spezifischem Fokus auf Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheitswesen zählen, sind die Vergleichs- und Diskussionsmöglichkeiten sehr eingeschränkt. Als wichtigstes Ergebnis dieser Untersuchung bleibt festzuhalten, dass Patientenübergriffe zu schweren psychischen Folgen für die betroffenen Mitarbeiter führen können. Es konnte mit diesen Studien erstmalig für den deutschsprachigen Raum dokumentiert werden, dass von Übergriffen betroffene Mitarbeiter posttraumatische Belastungsstörungen ausbilden. Diese Tatsache war bisher nur aus Studien aus den Vereinigten Staaten und Großbritannien bekannt [1, 36]. Wie ein Vergleich mit einer deutschen PTBS-Studie, die die Folgen von kriminellen Handlungen ebenfalls mit dem IES-R untersuchte [17], zeigt, sind die Symptome in den ersten Wochen nach dem Übergriff ähnlich wie bei Opfern von Straßenskriminalität oder vergleichbaren Delikten. Festzuhalten bleibt weiterhin, dass der PTBS nicht notwendigerweise ein Körperschaden vorausgehen muss, da die körperlich nicht beeinträchtigen Mitarbeiter zum

Teil erhebliche psychische Belastungen davontragen.

Eine besondere Bedeutung unserer Ergebnisse liegt darin, dass sie aufzeigen, wie sich die posttraumatische Belastung im Zeitverlauf entwickelt. Unsere Daten bestätigen die Resultate der bisher einzigen Längsschnittstudie über psychische Folgen nach einem Übergriff [36]. Dort zeigte sich im Durchschnitt ein deutlicher Rückgang der posttraumatischen Belastung (gemessen mit der IES) innerhalb eines Monats nach dem Übergriff. Im Allgemeinen wird davon ausgegangen, dass die meisten Menschen mit einem akuten Belastungssyndrom sich innerhalb von 3 Monaten regenerieren [19].

Aus der allgemeinen PTBS-Forschung ist bekannt, dass das traumatische Erlebnis bei einem Teil der Betroffenen jedoch auch zu einem chronischen Krankheitsverlauf führen kann. Aus unseren Daten wurde deutlich, dass selbst nach durchschnittlich mehr als einem Jahr einige Personen noch so sehr unter der posttraumatischen Belastung leiden, dass sie als erkrankt gelten können. Wenn man die Studien zusammen betrachtet, dann bildet sich dort vermutlich der Verlauf über den gesamten Zeitraum ab. Obwohl die Kombination aus prospektiven und retrospektiven Daten aus methodischen Gründen sicher nicht unproblematisch ist, scheinen die Daten aus der zweiten Studie diejenigen aus der ersten gut zu ergänzen. Für ein solches Vorgehen spricht die relative

Homogenität der soziodemographischen und weiteren erhobenen Daten beider Phasen.

Ebenfalls bestätigt wurden frühere Resultate, die erhebliche Folgen von Patientenübergriffen zeigten, welche weit über die eigentliche psychische Befindlichkeit der Betroffenen hinausreicht [21]. Deutlich wurden bei unseren Daten vor allem die zum Teil negativen Auswirkungen auf den Arbeitsplatz. Viele Übergriffopfer fühlen sich noch längere Zeit nach dem Vorfall unsicher am Arbeitsplatz. Zudem leidet nach eigener Aussage die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten unter den Konsequenzen des Vorfalles.

Diese Schlussfolgerungen sind aber vor dem Hintergrund methodischer Probleme zu relativieren. Wie im Methodenteil dargelegt wurde, besteht in dieser Untersuchung ein Selektionsbias bezüglich der Teilnahme betroffener Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dieser Bias findet sich auch in allen bisher publizierten Studien, die Aspekte und Auswirkungen eines Patientenübergriffs untersuchen. Insofern ist die Repräsentativität der Stichprobe methodisch nicht abgesichert. Möglich ist eine Verzerrung der Teilnehmerzusammensetzung zugunsten der eher schwer in Mitleidenschaft gezogenen Mitarbeiter. Möglicherweise hat die Schwere des Übergriffserlebens zu einer Teilnahme an der Studie motiviert. Dagegen würde aber die auch hier berichtete Erfahrung sprechen, dass die psychische Belastung zu einer mangelnden Bereitschaft zur Studienteilnahme führen kann, wie dies die Entwicklungen vom Basisinterview zu den Folgeinterviews in Studie 1 nahelegen.

Fazit für die Praxis

Die Thematik der psychischen Folgen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach Patientenübergriffen im Gesundheitswesen bedarf größerer Aufmerksamkeit. Bei den Auswirkungen von Übergriffen erhalten bis heute in der Regel nur die Körperschäden die notwendige Beachtung. Dieser Umstand hängt nicht nur mit der in vielen Einrichtungen kaum bekannten Relevanz der psychischen Folgen zusammen. Ein weiteres Problem ist das in den meisten Einrichtungen genutzte Melde-

system bei Arbeitsunfällen, das nahezu ausschließlich auf Körperschäden ausgerichtet ist.

Eine adäquate Unterstützungsform nach Übergriffen sind Nachsorgeteams, die sich aus Kollegen der gleichen Hierarchiestufe zusammensetzen. Entsprechende Vorbilder existieren im militärischen Sektor [13, 14] und auch in Kliniken sind derartige Unterstützungsteams schon eingesetzt worden [22]. Konzeptionelle Überlegungen zu Inhalten von Nachsorgeinterventionen wurden ebenfalls bereits publiziert [24]. Erste Erfahrungen mit derartigen Nachsorgeteams in verschiedenen Kliniken des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe geben berechtigten Anlass zu der Vermutung, dass hiermit den Unterstützungsbedürfnissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hinreichend Rechnung getragen werden kann.

Korrespondenzadresse

PD Dr. D. Richter

Fachbereich Gesundheit,
Berner Fachhochschule
Murtenstraße 10, 3008 Bern
Schweiz
dirk.richter@bfh.ch

Danksagung. Die Durchführung dieser Studie wurde finanziell unterstützt vom Gemeindeunfallversicherungsverband Westfalen-Lippe, Münster, und vom Rheinischen Gemeindeunfallversicherungsverband, Düsseldorf.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Caldwell MF (1992) Incidence of PTSD among staff victims of patient violence. *Hosp Community Psychiatry* 43: 838–839
2. Cooper C (1995) Patient suicide and assault: Their impact on psychiatric hospital staff. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 33: 26–29
3. Croker K, Cummings AL (1995) Nurses' reactions to physical assault by their patients. *Can J Nurs Res* 27: 81–93
4. Dijkema M, Grievink L, Stellato R et al. (2005) Determinants of response in a longitudinal health study following the firework-disaster in Enschede the Netherlands. *Eur J Epidemiol* 20: 839–847
5. Evers W, Tomic W, Brouwers A (2002) Aggressive behaviour and burnout among staff of homes for elderly. *Int J Ment Health Nurs* 11: 2–9
6. Findorff-Dennis MJ, McGovern PM, Bull M et al. (1999) Work related assaults: The impact on victims. *AAOHN J* 47: 456–465
7. Flannery RB (2001) The employee victim of violence: Recognizing the impact of untreated psychological trauma. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 16: 230–233
8. Flannery RB, Fulton P, Tausch J et al. (1991) A program to help staff cope with psychological sequelae of assaults by patients. *Hosp Comm Psychiatry* 42: 935–938
9. Fottrell E (1980) A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals. *Br J Psychiatry* 136: 216–221
10. Franke GH (2002) SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Beltz, Göttingen
11. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM et al. (2004) An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota nurses' study. *Occup Environ Med* 61: 495–503
12. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W (1979) Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med* 41: 209–218
13. Jones N, Roberts P, Greenberg N (2003) Peer-group risk assessment: A post-traumatic management strategy for hierarchical organizations. *Occup Med* 53: 469–475
14. Keller M, Greenberg N, Bobo W et al. (2005) Soldier peer mentoring care and support: bringing psychological awareness to the front. *Mil Med* 170: 355–361
15. Lanza ML (1992) Nurses as patient assault victims: An update, synthesis and recommendations. *Arch Psychiatr Nurs* 6: 163–171
16. Lanza ML (1983) The reactions of nursing staff to physical assault by a patient. *Hosp Comm Psychiatry* 34: 44–47
17. Maercker A, Schützwohl M (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version. *Diagnostica* 44: 130–141
18. Matthieu M, Ivanoff A (2006) Treatment of human-caused trauma: Attrition in the adult outcomes research. *J Interpers Violence* 21: 1654–1664
19. McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A (2003) Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychol Sci Publ Interest* 4: 45–79
20. Murray MG, Snyder JC (1991) When staff are assaulted: A nursing consultation support service. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 29: 24–29
21. Needham I, Abderhalden C, Halfens RJG et al. (2005) Non-somatic effects of patient aggression in nurses: A systematic literature review. *J Adv Nurs* 49: 283–296
22. Paterson B, Leadbetter D, Bowie V (1999) Supporting nursing staff exposed to violence at work. *Int J Nurs Stud* 36: 479–486
23. Reid WH, Bollinger MF, Edwards JG (1989) Serious assaults by inpatients. *Psychosomatics* 30: 54–56
24. Richter D (2007) Patientenübergriffe – Psychische Folgen für Mitarbeiter: Theorie, Empirie, Prävention. Psychiatrie, Bonn
25. Richter D (1999) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter psychiatrischer Kliniken. Häufigkeit, Folgen, Präventionsmöglichkeiten. Lambertus, Freiburg
26. Richter D, Berger K (2001) Patientenübergriffe auf Mitarbeiter – Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. *Nervenarzt* 72: 693–699
27. Richter D, Needham I (2007) Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. *Psychiatr Prax* 34: 7–14
28. Richter D, Whittington R (eds) (2006) Violence in mental health settings: Causes, consequences, management. Springer, New York
29. Ryan JA, Poster EC (1989) The assaulted nurse: Short-term and long-term responses. *Arch Psychiatr Nurs* 3: 323–331
30. Steinert T, Vogel WD, Beck M et al. (1991) Aggressionen psychiatrischer Patienten in der Klinik. *Psychiatr Prax* 25: 221–226
31. Teegen F (2003) Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz – Prävention – Behandlung. Huber, Bern
32. Weathers FW, Litz BT, Huska JA et al. (1994) The PTSD checklist-civilian version. National center for PTSD, Boston
33. Weiss DS, Marmar CR (1996) The impact of event scale – Revised. In: Wilson JP, Keane TM (eds) Assessing psychological trauma and PTSD. Guilford Press, New York p 399–411
34. Whittington R, Wykes T (1992) Staff strain and social support in a psychiatric hospital following assault by a patient. *J Adv Nurs* 17: 480–486
35. Wykes T, Whittington R (1991) Coping strategies used by staff following assault by a patient: An exploratory study. *Work Stress* 5: 37–48
36. Wykes T, Whittington R (1998) Prevalence and predictors of early traumatic stress reactions in assaulted psychiatric nurses. *J Forensic Psychiatry* 9: 643–658
37. Wykes T, Whittington R (1994) Reactions to assault. In: Wykes T (ed) Violence and health care professionals. Chapman & Hall, London p 105–126