

**Bochumer
Masterarbeiten
2014**

MASTER

**KRIMINOLOGIE UND
POLIZEIWISSENSCHAFT**

Björn Stapel

**Gewalt gegen medizinisches und
pflegerisches Personal in
Krankenhäusern**

**Eine quantitative Untersuchung am AMEOS
Klinikum Aschersleben**

E-Book

www.felix-verlag.de



ISBN 978-3-86293-096-8

Masterarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Criminology and Police Science

im Blended Learning Studium
„Kriminologie und Polizeiwissenschaft“
an der Juristischen Fakultät
der Ruhr-Universität Bochum



Thema: Gewalt gegen medizinisches und
pflegerisches Personal in Krankenhäusern
Unterthema: Eine quantitative Untersuchung am
AMEOS Klinikum Aschersleben

Erstgutachter: Herr Prof. Dr. Peter Löbbbecke
Zweitgutachter: Herr Dipl.-Päd. Thomas A. Fischer

vorgelegt von:

Björn Stapel

Plötzkyer Str. 29,

39122 Magdeburg

0151 / 50835181

bjoern.stapel@polizei.sachsen-anhalt.de

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	5
Abkürzungsverzeichnis	6
1. Einleitung.....	8
2. Theoretische Grundlagen	11
2.1 Aktueller Forschungsstand	11
2.2 Definition des Gewaltbegriffs.....	17
3. Methodisches Vorgehen.....	21
3.1 Einholung der erforderlichen Genehmigungen	21
3.2 Methoden der Datenerhebung und -aufbereitung.....	22
3.3 Fragebogenkonstruktion.....	23
3.3.1 Aufbau.....	24
3.3.1.1 Teil A – Spezifika der Gewalterfahrung	25
3.3.1.2 Teil B – Anzeigeverhalten.....	27
3.3.1.3 Teil C – Subjektives Sicherheitsgefühl.....	29
3.3.1.4 Teil D – Möglichkeiten der Prävention und der Nachsorge.....	31
3.3.1.5 Teil E – Statistische Angaben.....	32
3.3.2 Frage- und Antwortformulierungen.....	34
3.3.3 Reduzierung von Antwortverzerrungen	36
4. Feldphase.....	38
4.1 Verteilung und Rückgabe der Fragebögen.....	38
4.2 Beschreibung der Grundgesamtheit	40
5. Rücklauf und Datenaufbereitung	42
5.1 Auftretende Probleme.....	42
5.2 Rücklaufquote vor der Datenbereinigung	43
5.3 Rücklaufquote nach der Datenbereinigung	45
5.4 Repräsentativität der Stichprobe	47
6. Auswertung	49
6.1 Anzahl und Ausmaß der gewalthaltigen Übergriffe	50
6.2 Qualität der gewalthaltigen Übergriffe	53
6.2.1 Gewaltarten.....	53

6.2.2	Gewaltarten nach gegenwärtigem Beruf	56
6.2.3	Fazit	57
6.3	Raum- und zeitbezogene Merkmale.....	57
6.3.1	Tatorte nach Kliniken und Abteilungen des Krankenhauses	57
6.3.2	Tatorte nach Bereichen des Krankenhauses	59
6.3.3	Tatzeiten	60
6.3.4	Fazit	61
6.4	Personenbezogene Merkmale / Risikofaktoren	62
6.4.1	Opfermerkmale.....	62
6.4.2	Fazit	65
6.4.3	Tätermerkmale	65
6.4.4	Fazit	68
6.5	Auslöser der Gewalt	69
6.5.1	Situationsbezogene Faktoren.....	69
6.5.2	Situative Rahmenbedingungen	70
6.5.3	Fazit	71
6.6	Auswirkungen und Folgen für das Personal	72
6.6.1	Unmittelbare Folgen / Auswirkungen.....	72
6.6.2	Mittelbare Folgen / Auswirkungen	74
6.6.3	Auswirkungen auf das subjektive Sicherheitsgefühl.....	79
6.6.3.1	Kognitive Dimension	79
6.6.3.2	Affektive und konative Dimension.....	81
6.6.4	Angsträume im Krankenhaus	84
6.6.5	Fazit	87
6.7	Anzeigeverhalten.....	90
6.7.1	Hinzuziehung der Polizei und Anzeigenerstattung	91
6.7.2	Gründe für die Anzeigenerstattung.....	93
6.7.3	Gründe gegen die Anzeigenerstattung.....	96
6.7.4	Fazit	99
6.8	Möglichkeiten der Prävention und der Nachsorge	102
6.8.1	Wissen um vorhandene Betreuung und Ansprechpartner.....	102
6.8.2	Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen	103

6.8.3	Maßnahmen zur Angstreduzierung	106
6.8.4	Einstellungsmessung zu Vor- und Nachsorgemaßnahmen.....	108
6.8.5	Fazit	111
7.	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.....	114
8.	Literaturverzeichnis	122
	Anhänge.....	131
Anhang 1:	Grundauswertung	131
Anhang 2:	Datentabellen.....	151
Anhang 3:	Fragebogen	193
Anhang 4:	Genehmigung des Forschungsprojektes	203
	Eidesstattliche Erklärung.....	204

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fragebogenverteilung und Rücklaufquoten.....	44
Tabelle 2: Einzelvergleiche zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe	47
Tabelle 3: Clustering der Antworten zu Frage 2	50
Tabelle 4: Tatorte der gewalthaltigen Übergriffe nach Klinik und Abteilung .	58
Tabelle 5: Person des Täters bezogen auf Anzahl der Täter	66
Tabelle 6: Alkohol- bzw. Suchtmittelmissbrauch nach Täteralter	68
Tabelle 7: Auslöser der Gewalt nach beruflicher Position	69
Tabelle 8: Konsequenzen der Gewalt für die Opfer	72
Tabelle 9: Situationen des Zurückdenkens	76
Tabelle 10: Angstorte nach Gewalterfahrung.....	85
Tabelle 11: Hinzuziehung der Polizei nach Gewalterfahrung.....	91
Tabelle 12: Gründe für die Anzeigenerstattung.....	94
Tabelle 13: Gründe für die Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung.....	95
Tabelle 14: Gründe gegen die Anzeigenerstattung	97
Tabelle 15: Gründe gegen die Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung..	99
Tabelle 16: Gewünschte Betreuungs-, Sorge- u. Schulungsmaßnahmen..	104
Tabelle 17: Maßnahmen zur Angstreduzierung	107

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm Rücklaufquote	46
Abbildung 2: Verteilung des Fragebogenrücklaufs nach Alter.....	48
Abbildung 3: Häufigkeit des Auftretens gewalthaltiger Übergriffe.....	51
Abbildung 4: Gewaltarten bezogen auf Teilnehmer mit Gewalterfahrung	53
Abbildung 5: Darstellung der Gewaltarten als Anteile der Kategorien verbale Gewalt und körperliche Gewalt	55
Abbildung 6: Verteilung der Gewaltarten innerhalb der Berufsgruppen	56
Abbildung 7: Tatorte der gewalthaltigen Übergriffe nach Bereichen	59
Abbildung 8: Verteilung der gewalthaltigen Übergriffe nach Geschlecht.....	62
Abbildung 9: Gewalthaltige Übergriffe nach gegenwärtigem Beruf	63
Abbildung 10: Zurückdenken an die Gewalterfahrung	75
Abbildung 11: Selbsteinschätzung der Belastung nach gegenwärtigem Beruf	77
Abbildung 12: Verteilung kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht.....	80
Abbildung 13: Verteilung der kognitiven Dimension der Kriminalitätsfurcht nach Gewalterfahrung.....	81
Abbildung 14: Verteilung affektive und konative Dimension der Kriminalitätsfurcht	82
Abbildung 15: Verteilung der affektiven und konativen Dimension der Kriminalitätsfurcht nach Gewalterfahrung	83
Abbildung 16: Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung	92
Abbildung 17: Gewünschte Betreuungs-, Sorge- u. Schulungsmaßnahmen nach Gewalterfahrung.....	104
Abbildung 18: Verteilung der gemessenen Einstellungen zu den Fragen 35 bis 37	109
Abbildung 19: Kopplung Einstellungen nach Gewalterfahrung.....	110

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Aufl.	Auflage
BGHSt	Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen
BKA	Bundeskriminalamt
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJ	Bundesministerium der Justiz
bzw.	beziehungsweise
bzgl.	bezüglich
d.h.	das heißt
dbzgl.	diesbezüglich
ebd.	ebenda
et al.	und andere
etc.	et cetera
EU-OSHA	Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz
ff.	fortfolgende
Fn.	Fußnote
ggf.	gegebenenfalls
h	Stunde(n)
Hg.	Herausgeber
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.
KW	Kalenderwoche
LKA	Landeskriminalamt
min	Minute(n)
n	Anzahl
o.	oder
o.g.	oben genannt
PKS	Polizeiliche Kriminalstatistik
PSB	Periodischer Sicherheitsbericht
Rn.	Randnummer
S.	Seite

StGB	Strafgesetzbuch
TVBZ	Tatverdächtigenbelastungszahl
u.a.	unter anderem
u. / &	und
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
zit.	zitiert

1. Einleitung

Nahezu omnipräsent werden in den Medien das Auftreten „falscher“ Ärzte, Pflegemissstände, neu entdeckte, multiresistente Krankheitserreger (u.a. MRSA) sowie nicht zuletzt ärztliche Behandlungsfehler thematisiert. Legt man die gesamte Medienberichterstattung zu Grunde, ließe sich ein recht dramatisches Bild vom Zustand des deutschen Gesundheitssystems zeichnen. Zugegebenermaßen eher seltene Studien, welche gewalthaltige Übergriffe gegen medizinisches und pflegerisches Personal analysieren, erhalten dagegen oftmals nur wenig mediale und öffentliche Aufmerksamkeit.

Aller Medienberichte zum Trotz, erwartet die Gesellschaft im Falle von Krankheiten und Verletzungen zu Recht eine adäquate medizinische und pflegerische Versorgung durch professionelles und fachkundiges Personal. Dieser hohen Erwartungshaltung auf Patientenseite stehen immer knapper werdende personelle und damit zeitliche sowie materielle Ressourcen auf Seiten der medizinischen Leistungserbringer gegenüber. Die daraus resultierenden Spannungsfelder sind nur ein möglicher Grund dafür, dass die entstehenden menschlichen Interaktionen im medizinischen und pflegerischen Bereich nicht selten die Grenzen eines friedlichen Miteinanders überschreiten und ärztliches sowie pflegerisches Personal häufig die Projektionsfläche für aggressive und gewalthaltige Übergriffe darstellt. Mittlerweile werden Aggression und Gewalt auch im Gesundheitswesen verstärkt als Problem wahrgenommen. Schon seit Anfang der 1990er Jahre widmet sich daher eine Vielzahl englischsprachiger Studien diesem Thema.¹ Vieles deutet darauf hin, dass Gewalttätigkeiten gegenüber ärztlichem und pflegerischem Personal in Krankenhäusern häufiger vorkommen, jedoch im Nachhinein durch die Opfer gegenüber Kollegen und Vorgesetzten nur in den wenigsten Fällen darüber berichtet oder dies bei der Polizei zur Anzeige gebracht wird.² Das

¹ Vgl. hierzu u.a. Al-Sahlawi *et al.* (1999); Atawneh *et al.* (2003); BMA (2008); Cembrowicz & Shepherd (1992); Duncan *et al.* (2001); Lau *et al.* (2004); Lundström *et al.* (2007); Lyneham (2000); Rippon (2010); Whittington *et al.* (1996); Whittington (1997); Die Aufzählung ist nicht abschließend. Weitere themenbezogene Literatur kann dem Literaturverzeichnis entnommen werden.

² Vgl. u.a. BMA (2008); Cembrowicz & Shepherd (1992), S. 188 ff.; Duncan *et al.* (2001), S. 58 und 68; D'Urso *et al.* (1989), S. 97-98; Ericksen (2008), S. 39ff.; Ferrinho *et al.* (2003), S. 1; Hegney *et al.* (2010), S. 197; Pich *et al.* (2010), S. 271; Zeh *et al.* (2009), S. 457.

hat zur Folge, dass solcherlei Vorfälle nicht in den amtlichen Kriminalitätsstatistiken - u.a. der Polizeilichen Kriminalstatistik – ausgewiesen werden. Wie unter Gliederungspunkt „2.1 Aktueller Forschungsstand“ erläutert wird, blieb das Thema „Gewalt gegen ärztliches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern“ in Deutschland trotz dieser Erkenntnisse bis heute weitestgehend wissenschaftlich unerforscht.³ Auch vor diesem Hintergrund scheint eine Erhebung des Ausmaßes der Gewaltanwendungen und –erfahrungen nur durch empirisch angelegte Forschung möglich. Nur eine „Aufhellung“ des auch in deutschen Krankenhäusern zu vermutenden hohen Dunkelfeldes und damit einhergehend eine detaillierte Beschreibung der Spezifika und Charakteristik der gewalthaltigen Vorfälle lassen geeignete und zielgerichtete Präventions- und Schutzmaßnahmen möglich erscheinen.⁴ Eine einheitliche Definition des Gewaltbegriffs ist für den Vergleich der erhobenen Daten mit anderen Studien immanent notwendig und wird in Gliederungspunkt „2.2 Definition des Gewaltbegriffs“ vorgenommen. Im weiteren Verlauf wird das methodische Vorgehen beschrieben. Zur Erreichung der Forschungsvorhaben wird durch den Forscher deskriptiv vorgegangen. Erhebungsinstrument ist ein zuvor erstellter, schriftlicher Fragebogen („questionnaire“), welcher stark strukturiert ist und damit der quantitativen Erhebung von Daten dient. Der Fragebogen wurde an alle am AMEOS Klinikum Aschersleben (Untersuchungsraum) beschäftigten Ärzte und Krankenschwestern sowie Mitarbeiter der Funktionsbereiche und die Physiotherapie ausgegeben.⁵ Die Modalitäten zur Aus- und Rückgabe der Fragebögen sowie die Beschreibung der Grundgesamtheit werden unter Gliederungspunkt „4. Feldphase“ thematisiert. Im sich anschließenden Gliederungspunkt werden Berechnungen zur Rücklaufquote und Methoden der Datenaufbereitung beschrieben. Schwerpunkt der Arbeit ist die unter Gliederungspunkt „6. Auswertung“ vorgenommene Untersuchung der erhobenen Daten. Durch die Analyse der Daten sollen Informa-

³ Vgl. hierzu Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012).

⁴ Vgl. Al-Sahlawi *et al.* (1999), S. 418 sowie Al-Sahlawi *et al.* (1999a), S. 304.

⁵ Das jeweils andere Geschlecht ist stets mitgedacht, wird aber aufgrund des Leseflusses im Textfeld nicht mit aufgeführt.

tionen gewonnen werden, um nachfolgend benannte, forschungsleitende Fragen zu beantworten.

- Wie oft, wann, wo und durch wen kommt es zu gewalthaltigen Übergriffen auf medizinisches und pflegerisches Personal?
- Um welche Arten von Gewalt handelt es sich?
- Gibt es stations- bzw. bereichsspezifische Unterschiede?
- Spielen bei der Tatausführung Alkohol, Drogen und andere berauschende Mittel eine Rolle?
- Welche unmittelbaren und mittelbaren Auswirkungen haben die gewalthaltigen Übergriffe für die Betroffenen?
- Ist das subjektive Sicherheitsgefühl der Opfer beeinträchtigt?
- Werden die Übergriffe zur Anzeige gebracht?
- Werden die Mitarbeiter auf gewalthaltige Übergriffe vorbereitet bzw. erfolgt eine Nachbereitung der Situation(en)?
- Welche präventiven Maßnahmen können zu einer Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls des Krankenhauspersonals beitragen?

Ziel der Arbeit ist es daher, etwaige, gewalthaltige Übergriffe am AMEOS Klinikum Aschersleben in Qualität und Quantität zu erfassen, deren unmittelbaren und mittelbaren physischen sowie psychischen Auswirkungen für die Opfer zu untersuchen, um hieraus geeignete Möglichkeiten der Prävention und der Nachsorge abzuleiten. Weitere Intention ist es, potenzielle Indikatoren für gewalthaltige Übergriffe im Untersuchungsraum herauszuarbeiten. Hintergrund ist die Annahme, dass das frühzeitige Erkennen von Gefahrensituationen den Mitarbeitern eine Art mentale Vorbereitung ermöglicht, die Aktivierung persönlicher sowie durch Schulungsmaßnahmen vermittelter Bewältigungsmechanismen und Schutzmaßnahmen fördert und damit die Handlungsfähigkeit in der jeweiligen Situation insgesamt erhöht.

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Aktueller Forschungsstand

Gewalt am Arbeitsplatz ist ein branchenübergreifendes, weltweites Phänomen.⁶ Insbesondere in der Dienstleistungsbranche, in welcher ein direkter Kundenkontakt stattfindet, ist das Risiko, Gewalt am Arbeitsplatz zu erfahren, besonders erhöht, wobei nach Angaben der Europäischen Union das Gesundheitswesen und der Einzelhandel die risikoreichsten Branchen darstellen.⁷ Dabei sind nicht die teils in den Medien dargestellten, dramatischen Fälle mit einer hohen Opferzahl, z.B. nach bewaffneten Überfällen oder gar Geiselnahmen, das Problem. Es sind vielmehr alltägliche, „eins-zu-eins“ Situationen, welche bei den Opfern weniger körperliche, sondern psychische und emotionale Verletzungen hervorrufen und so schwere Folgen für die Betroffenen, aber auch enorme Kosten für die Arbeitgeber nach sich ziehen.⁸

Auch für viele Menschen im Gesundheitssektor, insbesondere in Pflegeberufen, sind Gewalt und ihnen entgegengebrachte Aggressionen Teile ihres Berufsalltages.⁹ Ein Großteil der gegenwärtig auf dem Gebiet veröffentlichten Forschungsergebnisse ist englischsprachig und beschäftigt sich mit Gewalt in psychiatrischen Einrichtungen.¹⁰ Im englischsprachigen Raum haben eine seriöse Debatte und damit verbundene, umfassende Forschungsanstrengungen auf dem Gebiet in den 1980er Jahren begonnen.¹¹ Bis dahin ist im Vergleich zu anderen Berufsgruppen nur wenig belastbares Datenmaterial zur Thematik erhoben worden.¹² Die in den Folgejahren erhobenen Daten und veröffentlichten Ergebnisse spiegelten jedoch die bis dato nur „gefühlte“ oder vermutete Wirklichkeit wider. 33 - 86 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenschwestern und Krankenpfleger erfahren im Dienst Aggression oder Gewalt in Form von verbalen Anfeindungen, Beleidigungen oder Be-

⁶ Vgl. hierzu u.a. EU-OSHA (2002), FACTS-24; Chappell & Di Martino (2006), S. 3ff. sowie Schablon, Zeh & Wendeler *et al.* (2012), S. 2.

⁷ Vgl. hierzu u.a. EU-OSHA (2002), FACTS-24.

⁸ Vgl. Chappell & Di Martino (2006), S. V.

⁹ Vgl. Zeh, Schablon & Wohlert *et al.* (2009), S. 449, 457 sowie Pich *et al.* (2010), S. 268.

¹⁰ Vgl. ebd..

¹¹ Vgl. Whittington (1997), S. 49.

¹² Vgl. Rippon (2000), S. 452; Cembrowicz & Shepherd (1992), S. 118 sowie Wells & Bowers (1996), S. 326-327.

drohungen und 10 - 28 Prozent des medizinischen und pflegerischen Personals werden körperlich attackiert.¹³ Auch wenn die seit dieser Zeit erhobenen Daten aufgrund unterschiedlichster methodischer Herangehensweisen sowie verschiedener Erhebungsinstrumente und Datenquellen stark variieren, im Kern kommen alle zu folgendem Schluss:

Verglichen mit anderen Berufsgruppen haben Angestellte im Gesundheitswesen ein höheres Risiko, Gewalt und Aggressionen am Arbeitsplatz zu erfahren.¹⁴

Nach Rippon ist es aber nicht allein die (gestiegene) Anzahl der gewalthaltigen Übergriffe, sondern auch das Ausmaß bzw. die Intensität der Gewalterfahrungen, welche bei den Betroffenen oftmals tiefgreifende und teilweise posttraumatische primäre, sekundäre und tertiäre Viktimisierungen verursachen.¹⁵ Während die bei den Opfern entstandenen physischen Verletzungen oftmals schnell verheilt sind, überdauern die emotionalen und psychischen Wunden teilweise Monate und Jahre und haben negative Auswirkungen auf berufliche und private Lebensbereiche.¹⁶

Trotz dieser Erkenntnisse spielen die Themen Gewalt am Arbeitsplatz im Allgemeinen sowie Gewalt gegen medizinisches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern im Besonderen in Deutschland nur eine sehr kleine Rolle in Politik und Wissenschaft¹⁷ und sind bis heute weitestgehend unerforscht.¹⁸ Dabei zeigen die bisherigen (Studien-)Ergebnisse recht eindeutig, dass die Implementierung weiterer wissenschaftlicher Studien zur Erfassung gewalthaltiger Vorfälle in Qualität und Quantität dringend notwendig ist, da erst durch deren systematische Erhebung zielgerichtete, präventive Maßnahmen

¹³ Vgl. hierzu u.a. Studien von Al-Sahlawi *et al.* (1999); Al-Sahlawi *et al.* (1999a), Atwaneh *et al.* (2003), BMA (2008); Duncan *et al.* (2001), Ferns (2005) sowie Whittington *et al.* (1996). Anmerkung des Verfassers: Die (Prozent-)Zahlen variieren aufgrund der unterschiedlichen Dauer des gewählten Beobachtungszeitraums, der unterschiedlichen Untersuchungsräume im engeren Sinne sowie nicht einheitlich verwendeter Definitionen der Begriffe „Gewalt“ und „Aggression“. Auch können die unterschiedlichen zeitlichen, geografischen sowie soziodemografischen Faktoren der Studien als weitere Gründe angenommen werden, vgl. hierzu Ferns (2005), S. 180ff..

¹⁴ Vgl. u.a. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 2; Chappell & Di Martino (2006), S. 86ff.; Ferns (2005), S. 180ff.; Wells & Bowers (2002), S. 232, 238 sowie Pich *et al.* (2010), S. 268, 272ff..

¹⁵ Vgl. Rippon (2000), S. 452.

¹⁶ Vgl. a.a.O., S. 459.

¹⁷ Vgl. Richter (2007), S. 10, zit. nach: Richter (2002), S. 81ff.

¹⁸ Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 1 sowie Franz *et al.* (2010), S. 2.

möglich werden.¹⁹ Eines der wenigen deutschen Forschungsprojekte,²⁰ welches sich mit der Thematik befasst und ärztliches sowie pflegerisches Personal in Krankenhäusern einbezieht, wurde im Jahre 2012 veröffentlicht. In der Studie mit dem Titel „Prävalenz und Folgen von Gewalt und Aggression bei Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen – ein Survey“²¹ handelt es sich um eine retrospektiv angelegte Querschnittsanalyse. Die insgesamt 1973 Teilnehmer rekrutierten sich aus verschiedenen Branchen des Gesundheitswesens u.a. Krankenhäuser der Allgemein- und Regelversorgung, Mitarbeiter der Behindertenpflege sowie der stationären und ambulanten Altenpflege. Mittels eines standardisierten Fragebogens wurden Häufigkeit sowie Art und Schwere der Gewalterfahrungen erhoben, um davon ausgehend die Prävalenz und die Folgen von aggressiven Übergriffen auf die Beschäftigten des Gesundheitswesens zu untersuchen.²²

Im Ergebnis gaben 56% der Befragten an, im letzten Jahr Opfer körperlicher Gewalt geworden zu sein und 78% berichteten über erlebte verbale Aggressionen, welche ihnen entgegengebracht wurden.²³ Alarmierende 22% der Befragten mit Gewalterfahrung gaben an, verbale Gewalt täglich erfahren zu haben und immerhin 6% wurden täglich Opfer von körperlicher Gewalt.²⁴ Bezogen auf die Gruppe der Krankenhausmitarbeiter wurde in lediglich 6% der Fälle die Polizei zur Sache hinzugezogen und insgesamt in nur 41% der Fälle wurde durch die Betroffenen im Nachgang darüber berichtet.²⁵ Ferner gab nur ca. ein Drittel der Befragten an, dass sie die Unterstützung seitens ihres Arbeitgebers sowie der verschiedenen Leitungsebenen aus ihrer Sicht als

¹⁹ Vgl. Al-Sahlawi *et al.* (1999), S. 418; Al-Sahlawi *et al.* (1999a), S. 304.

²⁰ Eine systematische Forschung zu den Hintergründen von Gewalt und Aggressionen gegen Angestellte im Gesundheitswesen sowie deren Folgen für die Betroffenen steht in Deutschland noch am Anfang. Ergänzend seien an dieser Stelle weitere deutsche Studien genannt, welche sich dem Thema im Allgemeinen widmen, jedoch im Besonderen nicht auf Gewalt gegen medizinisches (ärztliches) und pflegerisches Personal in Krankenhäusern eingehen und auf die daher an dieser Stelle nicht näher eingegangen wird: Franz *et al.* (2010); Richter, D. & Berger K. (2001); Richter (2003); Weigl, M.; Hornung, S. & Glaser J. (2007); Püschel & Cordes (2001) sowie Zeh, Schablon, Wohler *et al.* (2009).

²¹ Sinngemäße Übersetzung des Titels ins Deutsche, im Original: „Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study“.

²² Vgl. hierzu Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 1.

²³ Vgl. a.a.O., S. 1 und 3.

²⁴ Vgl. ebd..

²⁵ Vgl. a.a.O., S. 3.

angemessen empfanden.²⁶ Dabei ist es gerade diese Unterstützung, welche sich nach Ansicht der Autoren protektiv auf das Belastungsempfinden der Mitarbeiter auswirkt.²⁷ Wiederum jeder Dritte fühlte sich infolge des Vorfalls ernsthaft oder schwerer gestresst,²⁸ was wiederum negative Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit und Motivation, aber auch auf die Qualität der Arbeit hat.²⁹ Der Stress des täglichen Arbeitsumfeldes ist ohnehin ein wichtiger Parameter, welcher bei der Analyse des Phänomens betrachtet werden muss.³⁰ Bisher ist ungeklärt, ob der individuell empfundene (Arbeits-)Stress durch die gewalthaltige Erfahrung ausgelöst wird oder ob Faktoren wie eine hohe Arbeitsbelastung den individuellen Stress erhöhen und dieser dann gewalthaltige Erfahrungen katalysiert.³¹ Die Ergebnisse der o.g. Studie sprechen dafür, dass durchgeführte Trainings- und Schulungsmaßnahmen helfen, die Angestellten auf gewalthaltige Erfahrungen vorzubereiten und auf diese Weise wechselseitig sowohl den wahrgenommenen Stress als auch das Risiko, Opfer eines verbalen oder körperlichen Übergriffs zu werden, reduzieren.³²

Insgesamt indizieren die Ergebnisse nach Ansicht der Autoren Folgendes: *„Je besser die Einrichtung die Beschäftigten auf aggressive Klienten vorbereitet, desto geringer ist ihr Risiko, verbale und körperliche Gewalt zu erfahren.“*³³ Eine fehlende Unterstützung und der mangelnde Rückhalt auf Seiten der Arbeitgeber³⁴ lösen auf Opferseite berufliche Unzufriedenheit,³⁵ Selbstzweifel und das Gefühl der eigenen Wertminderung aus.³⁶ Aus Angst vor einem Konflikt mit dem Vorgesetzten oder gar dem Verlust des Arbeitsplatzes nehmen Betroffene entweder bereits geäußerte Vorhalte zurück oder akzeptieren leichtere Gewalt und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz als

²⁶ Vgl. a.a.O., S. 9; ähnlich hierzu Richter (2007), S. 63.

²⁷ Vgl. a.a.O., S. 9.

²⁸ Vgl. a.a.O. S. 1 und 4.

²⁹ Vgl. u.a. Arnetz & Arnetz (2001), S. 417ff. sowie Hegney *et al.* (2010), S. 201.

³⁰ Vgl. u.a. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 8-9.

³¹ Vgl. u.a. Hegney *et al.* (2010), S. 200.

³² Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 9.

³³ Vgl. a.a.O., S. 1 und 9 sowie Rippon (2000), S. 454.

³⁴ Vgl. a.a.O., S. 9.

³⁵ Vgl. Hegney *et al.* (2010), S. 201.

³⁶ Vgl. Rippon (2000), S. 288.

erforderlichen Preis der Arbeitswelt.³⁷ Weitergehende empirische Forschung auf diesem Gebiet ist immanent notwendig, da sich, wie beschrieben, erlebte Gewalt und Aggressionen negativ auf das psychische und physische Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirken kann,³⁸ aber auch die berufliche Unzufriedenheit schürt³⁹ und damit sowohl die Motivation der Mitarbeiter als auch die Qualität ihrer Arbeit eher negativ beeinflusst.⁴⁰ So stellte *Rippon* bereits im Jahr 2000 fest, dass mehr Angestellte im Gesundheitswesen als je zuvor an Symptomen des Posttraumatischen Belastungssyndroms leiden.⁴¹

Für den deutschen Raum hat *Richter* (2007) in einer Untersuchung das Ausmaß psychischer Belastungen und ihre Zusammenhänge nach Übergriffen durch Patienten und Bewohner in Gesundheitseinrichtungen beschrieben.⁴²

Der Schwerpunkt der Untersuchung lag darin, zu analysieren, ob Betroffene von Patientengewalt, ähnlich wie Opfer von kriminellen Handlungen außerhalb des Gesundheitswesens, Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) entwickeln.⁴³ Als Ergebnis wird durch den Autor konstatiert, „*dass Patientenübergriffe zu schweren psychischen Folgen für die betroffenen Mitarbeiter führen können.*“⁴⁴ Des Weiteren wurde erstmals für den deutschsprachigen Raum dokumentiert, dass von Patientengewalt betroffene Mitarbeiter Posttraumatische Belastungsstörungen ausbilden.⁴⁵ Hierbei kommt der subjektiven, individuellen Seite des Erlebens eine besondere Bedeutung zu.⁴⁶ Einerseits wiesen Betroffene „*mit einem schweren Körperschaden initial im Durchschnitt eine höhere posttraumatische Belastung auf.*“⁴⁷ Konträr hierzu berichteten die Personen, welche keine körperlichen Schäden erlitten, über eine größere posttraumatische Belastung als diejenigen mit geringerem Körperschaden.⁴⁸ Dieser Aspekt ist für die Frage der Nachsorge und eines

³⁷ Vgl. Chappell & Di Martino (2006), S. V.

³⁸ Vgl. Needham *et al.* (2005), S. 283, 285, 288-289ff..

³⁹ Vgl. Hegney *et al.* (2010), S. 201.

⁴⁰ Vgl. u.a. Pich *et al.* (2010), S. 273 sowie Arnetz & Arnetz (2001), S. 417, 423ff..

⁴¹ Vgl. Rippon (2000), S. 452. Anmerkung des Verfassers: Eingeschränkte Gültigkeit der Aussage für den angloamerikanischen Raum.

⁴² Vgl. Richter (2007), S. 10.

⁴³ Vgl. ebd..

⁴⁴ A.a.O., S. 77.

⁴⁵ Vgl. a.a.O., S. 60, 77.

⁴⁶ Vgl. a.a.O., S. 78.

⁴⁷ Ebd..

⁴⁸ Vgl. a.a.O., S. 60, 78.

etwaigen Meldesystems problematisch und gleichzeitig von immanenter Bedeutung. Hiernach reicht es nicht aus, nur Betroffenen mit sichtbaren Verletzungen (Körperschäden) Hilfsangebote im Rahmen der Nachsorge zukommen zu lassen. Vielmehr geht es darum, dass auch psychische Reaktionen der Opfer erkannt werden müssen, um an der jeweiligen Einrichtung den Bedarf an Nachsorge zu bestimmen und Hilfs- bzw. Unterstützungsangebote für alle Betroffenen hiernach auszurichten.⁴⁹ Da die wenigsten Betroffenen von selbst um Unterstützung bitten, sei ein „aufsuchendes“, d.h. aktives Anbieten seitens der Einrichtung von immenser Bedeutung.⁵⁰ Auch berichten viele Betroffene in der Untersuchung, dass das Gefühl des Unwohlseins am Arbeitsplatz auch längere Zeit nach dem Vorfall anhielt und die Arbeit mit den Patienten unter den Konsequenzen des Vorfalls gelitten hat.⁵¹ Hierdurch werden die Studienergebnisse aus anderen Ländern, dass solcherlei Gewalterfahrungen zum Teil negative Auswirkungen auf die (Arbeits-)Zufriedenheit⁵² sowie die Qualität der Arbeit haben⁵³ und damit neben internalen auch externe Folgen nach sich ziehen,⁵⁴ bestätigt. Der aktuelle Forschungsstand offenbart, dass Gewalt und Aggressionen gegenüber medizinischem und pflegerischem Personal häufig vorkommen. Durch die Betroffenen selbst wird über diese Vorfälle aus verschiedensten Gründen nur selten berichtet, bzw. diese zur Anzeige gebracht.⁵⁵ Ein Hauptgrund dafür dürfte sein, dass Betroffene solche gewalthaltigen Übergriffe mittlerweile als Teil ihrer beruflichen Arbeit akzeptiert haben.⁵⁶ Was als Gewalt oder gewalthaltiger Übergriff empfunden wird, dürfte ähnlich wie beim Begriff Kriminalität von zeit-, raum- und kulturabhängigen Festlegungen sowie Prozessen der Wahrnehmung des Ereignisses und deren Interpretation abhängen.⁵⁷

⁴⁹ Vgl. a.a.O., S. 78.

⁵⁰ Vgl. a.a.O., S. 86.

⁵¹ Vgl. Richter (2007), S. 79.

⁵² Vgl. Hegney *et al.* (2010), S. 201.

⁵³ Vgl. Arnetz & Arnetz (2001), S. 417, 423ff..

⁵⁴ Vgl. Needham *et al.* (2005), S. 288, 291ff..

⁵⁵ Vgl. Rippon (2000), S. 454; Hegney *et al.* (2010), S. 197, 198 sowie Pich *et al.* (2010), S. 271.

⁵⁶ Vgl. u.a. BMA (2008); Cembrowicz & Shepherd (1992), S. 188 ff.; Duncan *et al.* (2001), S. 58 und 68; D'Urso *et al.* (1989), S. 97-98; Ericksen (2008), S. 39ff.; Ferrinho *et al.* (2003), S. 1; Hegney *et al.* (2010), S. 197; Pich *et al.* (2010), S. 271 sowie Zeh *et al.* (2009), S. 457

⁵⁷ Vgl. BMI & BMJ (Hg.) (2006), S. 9.

Schlussendlich muss Gewalt im Allgemeinen und gegen medizinisches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern im Besonderen daher immer auch in einem sozialen Kontext betrachtet werden.⁵⁸ Denn Gewalt stellt häufig lediglich ein Abbild der Gesellschaft dar, in welcher sie ausgeübt wird.⁵⁹

2.2 Definition des Gewaltbegriffs

In verschiedenen Studien⁶⁰ zur Thematik wird die Wichtigkeit einer möglichst einheitlich verwendeten Gewaltdefinition herausgestellt. Verschiedentlich verwendete Definitionen der Begrifflichkeiten *Gewalt* und *Aggression* können de facto zu systematischen Verzerrungen führen, erschweren den Vergleich von zur Thematik bereits erhobenen Daten bzw. machen diesen sogar unmöglich.⁶¹

Bereits in Vorbereitung des Forschungsprojektes wurde definiert, was als *Gewalt* oder *gewalthaltiger Übergriff* verstanden werden soll. Der Gewaltbegriff wird nicht nur in verschiedenen Studien zur Thematik, wie zuvor beschrieben, unterschiedlich definiert, sondern hat sich auch im historischen und sozialen Kontext verändert und verkörpert in verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen unterschiedliche Bedeutungsinhalte. „*Kern aller Definitionen des Gewaltbegriffs ist [jedoch] die Negativbewertung.*“⁶²

Nimmt man eine grobe Unterteilung nach Wissenschaftsdisziplinen vor, können hier in der Rechtswissenschaft, den empirischen Sozialwissenschaften sowie der Politikwissenschaft zum Teil höchst unterschiedliche Definitionen des Gewaltbegriffs entnommen werden. Die Definition der Politikwissenschaft(en) ist eng mit den Begriffen der Staatsgewalt und der Gewaltenteilung verknüpft sowie untrennbar mit den Begrifflichkeiten Macht und Herrschaft verbunden und kann daher für das Forschungsprojekt vernachlässigt werden. Selbst innerhalb der zuerst genannten Rechtswissenschaften exis-

⁵⁸ Vgl. Whittington (1997), S. 50.

⁵⁹ Vgl. ebd..

⁶⁰ Vgl. u.a. Ferns (2005), S. 181; Needham *et al.* (2005), S. 284, Rippon (2000), S. 454; Wells & Bowers (2002), S. 238 sowie Whittington (1997), S. 49-50.

⁶¹ Vgl. ebd..

⁶² KrimLEX (2014): Stichwort – Gewaltkriminalität; Anmerkung des Verfassers: Jedoch ist die Begrifflichkeit in der Politikwissenschaft eher wertneutral besetzt (Stichworte: Gewaltenteilung und Gewaltmonopol) und das Wort „gewaltig“ trägt sogar einen positiven Bedeutungsinhalt in sich.

tieren deliktspezifisch unterschiedliche Definitionen des Gewaltbegriffs bzw. eines gewalttätigen Übergriffs.

Eine strafrechtlich relevante Körperverletzung gem. § 223 StGB begeht, „*wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt.*“⁶³ Unter einer körperlichen Misshandlung versteht man alle substanzverletzenden Einwirkungen auf den Körper sowie jede üble, unangemessene Behandlung, durch die das körperliche Wohlbefinden oder die körperliche Unversehrtheit nicht nur unerheblich beeinträchtigt wird.⁶⁴ Die Beeinträchtigungen müssen das körperliche Befinden betreffen. Störungen des seelischen Wohlbefindens, der Psyche des Menschen durch Angst, Panik oder Schlafstörungen werden vom § 223 StGB so lange nicht erfasst, sofern sie keine psychosomatischen Auswirkungen haben.⁶⁵

In der traditionellen Gewaltdefinition der Rechtswissenschaft zu § 240 StGB ff. wird Gewalt als „*körperliche Kraftentfaltung zur Überwindung eines geleisteten oder zu erwartenden Widerstandes*“ verstanden.⁶⁶

In der neueren Rechtssprechung wird die Erforderlichkeit einer körperlichen Kraftentfaltung aufgegeben und auf eine physische oder psychische Zwangswirkung auf das Opfer abgestellt. Laut Rechtssprechung des BGH ist „*Gewalt als Mittel zur Überwindung eines tatsächlich oder erwarteten Widerstandes, körperlich oder psychisch wirkender Zwang durch Entfaltung von Kraft oder durch sonstiges Verhalten, das als gegenwärtige Übelzuführung nach seiner Zielrichtung, Intensität und Wirkungsweise dazu geeignet und bestimmt ist, die Freiheit der Willensentschließung oder Willensbetätigung eines anderen aufzuheben oder zu beeinträchtigen.*“⁶⁷ Hiernach steht immer noch das bewusste sowie vorsätzlich oder fahrlässig begangene Handeln des Täters zur Erreichung eines bestimmten Zieles im Mittelpunkt.

Neuere sozialwissenschaftliche Ansätze stellen nun nicht mehr länger die Täterposition, sondern die Schädigung des Opfers in den Mittelpunkt und

⁶³ Vgl. u.a. dejure.org (2013), § 223 StGB, online verfügbar unter: <http://dejure.org/gesetze/StGB/223.html>, zuletzt geprüft am 18.02.2014.

⁶⁴ Vgl. Fischer (2012), § 223 StGB, Rn. 3a; zit. nach BGHSt 14, S. 269, 271, BGHSt 25, S. 277ff..

⁶⁵ Vgl. Ehrhardt (2013), S. 158.

⁶⁶ Vgl. Ehrhardt (2013), S. 174.

⁶⁷ Ebd., zit. nach BGHSt 25, S. 237. Ausführlich hierzu vgl. Fischer (2012), § 240 StGB, Rn. 8-13.

definieren Gewalt als „zielgerichtete direkte physische Schädigung von Menschen durch Menschen.“⁶⁸ Andere sozialwissenschaftliche und empirisch-kriminologische Ansätze betrachten die unterschiedlichen Erscheinungsformen der Gewalt, insbesondere körperliche, psychische, sexuelle, ökonomische, rituelle und strukturelle (indirekte) Gewalt sowie die Schädigung durch Unterlassen, mit dem Zweck die komplette Bandbreite und Vielschichtigkeit der Gewaltphänomene zu erfassen und zu erklären.⁶⁹ Dies ist die Grundlage für sehr weite Definitionen des Gewaltbegriffs, welcher, „je weiter er gefasst wird, an Konturen sowie analytischem Potenzial [verliert].“⁷⁰ Ferner führt die Einbeziehung der Schädigung durch Unterlassen „zu umfassenden Erweiterungen des Bedeutungsgehaltes des Gewaltbegriffs und zu Mehrdeutigkeiten, die den Gewaltbegriff unspezifisch und untauglich für Analysen werden lassen.“⁷¹

Festzuhalten bleibt, dass nicht nur ein stark überbestimmter, sondern auch ein stark unterbestimmter Gewaltbegriff (z.B. durch Einengung der Gewalt auf körperlich wirkenden Zwang) zu analytischen Problemen führt.⁷² Nicht zuletzt deswegen soll sich der Gewaltbegriff im Forschungsprojekt an dem inhaltlich begrenzten personalen Gewaltbegriff orientieren, welcher sowohl physische als auch psychische Gewalt beinhaltet, sodass auch Formen verbaler und nonverbaler Aggressionen z.B. Beleidigungen, Bedrohungen und/oder Diskriminierungen miteinbezogen werden.⁷³ Struktureller Unterschied zur rein physischen Gewalt ist, dass nicht allein der Täter das Gelingen der Handlung und/oder der Verletzung des Opfers durchsetzen kann (Täterperspektive), sondern in einem interaktiven Geschehen durch das Opfer die Einstufung der Handlung als Gewalt sowie eine daraus entstandene und als solche empfundene physische oder psychische Verletzung resultieren muss (Opferperspektive).⁷⁴ Im Forschungsprojekt wird diese Definition

⁶⁸ Nunner-Winkler (2004), S. 21.

⁶⁹ Vgl. ebd. sowie KrimLEX (2014): Stichwort – Gewaltkriminalität.

⁷⁰ Ebd..

⁷¹ KrimLEX (2014): Stichwort – Gewaltkriminalität.

⁷² Vgl. ebd..

⁷³ Vgl. ebd..

⁷⁴ Vgl. ebd..

zugrunde gelegt, sodass die Begriffe *Gewalt* bzw. *gewalthaltiger Übergriff* wie folgt definiert werden:

Gewalt umfasst jede zielgerichtete, direkte körperliche und/oder psychische Schädigung von Menschen durch Menschen, welche vom Opfer als solche empfunden wird.⁷⁵

*Gewalthaltige Übergriffe*⁷⁶ sind alle Handlungen, die die zielgerichtete, direkte körperliche und/oder psychische Schädigung von Menschen durch Menschen hervorrufen und vom Opfer als solche empfunden werden.

Mit diesen Begriffsdefinitionen wird auch der auf europäischer Ebene politisch publizierte Definition Rechnung getragen, nach welcher Gewalt bei der Arbeit „*physische Gewalt sowie verbale Beleidigungen und Bedrohungen [...] von Außenstehenden [...] gegenüber Personen bei der Arbeit*“ [beinhaltet], wobei *Gesundheit, Sicherheit und Wohlbefinden der Beschäftigten gefährdet wird.*⁷⁷

In der Studie „Prävalenz und Folgen von Gewalt und Aggression bei Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen – ein Survey“⁷⁸ wird die Definition der „Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz“ verwendet. Gewalt soll hiernach auch jede Form von verbalen sowie geschlechtsbezogenen oder sexuellen Aggressionen sowie körperliche Gewalt beinhalten.⁷⁹ All diese Tathandlungen lassen sich unter den Begriff der personalen Gewalt subsumieren, sodass der zu Beginn geforderten Klarheit und immanenten Vereinheitlichung des Gewaltbegriffs Rechnung getragen wird⁸⁰ und eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten möglich erscheint.

⁷⁵ Die Definition des Gewaltbegriffs nach *Nunner-Winkler* wurde im Forschungsprojekt auf den inhaltlich eng begrenzten Begriff der personalen Gewalt übertragen und stellt damit eine Erweiterung der o.g. Gewaltdefinition dar. Vgl. hierzu *Nunner-Winkler* (2004), S. 21.

⁷⁶ Ganz bewusst wird im gesamten Forschungsprojekt nicht das Wort „gewalttätig“ verwendet, sondern der, mit einer neutraleren Konnotation verbundene, Begriff „gewalthaltig“ eingesetzt. Hierdurch wird versucht, die erlebte Gewalterfahrung zu entdramatisieren, um hiermit bei den Adressaten die Assoziation zu erzeugen, dass es eben keiner besonderen Schwere der Gewalterfahrung bedarf. Vgl. Häder (2010), S. 210 sowie Abschnitt Methodik u.a. Gliederungspunkt 3.3.3.

⁷⁷ EU-OSHA (2002), Facts 24, S. 1.

⁷⁸ Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 2.

⁷⁹ Vgl. ebd..

⁸⁰ Vgl. u.a. Needham *et al.* (2005), S. 284 sowie Rippon (2000), S. 454.

3. Methodisches Vorgehen

3.1 Einholung der erforderlichen Genehmigungen

Zur Realisierung des Forschungsprojektes war die Einholung der Genehmigung seitens der Klinikleitung des AMEOS Klinikums Aschersleben erforderlich. Hierfür wurde bereits im Vorfeld der Befragung Kontakt zur Klinikleitung des AMEOS Klinikums Aschersleben hergestellt und ein Gesprächstermin mit dem ärztlichen Direktor vereinbart.

Bei dem Termin wurde seitens des ärztlichen Direktors die generelle Bereitschaft des Klinikums für die Teilnahme am Projekt und auch das Eigeninteresse an den erhobenen Daten erklärt. Aufgrund des an der Befragung teilnehmenden Personenkreises musste nach Auskunft des ärztlichen Direktors auch die Pflegedienstleitung in persona des Pflegedirektors in das Forschungsvorhaben einbezogen werden.

Zu einer Pflegedienstberatung wurde dem Pflegedirektor das Forschungsvorhaben erläutert. Auch hier wurde dem Forscher zu erkennen gegeben, dass seitens der Pflegedienstleitung der Durchführung des Projektes nichts entgegenstehe. Allerdings sei es weiterhin notwendig, den Betriebsrat vom Forschungsprojekt in Kenntnis zu setzen. Seitens des Forschers wurde daher zum Betriebsratsvorsitzenden Kontakt aufgenommen. Seinerseits wurde die Zustimmung des Personalrates eingeholt und die schriftliche Genehmigung⁸¹ des Forschungsprojektes erteilt. Dass die erhobenen quantitativen (Roh-)Daten aus Gründen der garantierten Anonymität der Adressaten ausschließlich im Besitz des Forschers verbleiben müssen, wurde seitens der Beteiligten akzeptiert.

Für alle weiteren Fragen, das Forschungsprojekt betreffend, z.B. in Bezug auf die Verteilung der Fragebögen sowie die Erhebung der Daten der Grundgesamtheit, stellte der Betriebsratsvorsitzende den ersten Ansprechpartner für den Forscher dar.

⁸¹ Siehe Anhang 4: Genehmigung des Forschungsprojektes.

3.2 Methoden der Datenerhebung und -aufbereitung

Zur Untersuchung und Beantwortung der forschungsleitenden Fragen wird durch den Forscher deskriptiv vorgegangen. Anhand eines zuvor erstellten schriftlichen Fragebogens (*questionnaire*), welcher an die an der Untersuchung teilnehmenden Personen (Untersuchungseinheit) ausgegeben wird, sollen sowohl die Quantität und Qualität der gewalttätigen Übergriffe gemessen als auch die Gründe für und gegen eine Anzeigenerstattung sowie die Auswirkungen auf die personale Kriminalitätsfurcht ermittelt werden. Methodisch kann dieses Vorgehen als quantitative, standardisierte (stark strukturierte) Befragung eingestuft werden.⁸² Bei einzelnen Fragen besteht für die Adressaten die Möglichkeit, einen Freitext einzutragen, sodass keine vollständige Strukturierung gegeben ist. Die starke Strukturierung und damit Standardisierung des Fragebogens soll dem Ideal der Objektivität Rechnung tragen, welches die Voraussetzung für valide und reliable Messungen ist.⁸³ Dass hierbei kaum Informationen jenseits des Spektrums der vorgelegten Antwortmöglichkeiten gewonnen werden,⁸⁴ wird zwecks Erleichterung der späteren Auswertung und höheren Vergleichbarkeit der Antworten in Kauf genommen. Da der Fragebogen durch die Adressaten eigenständig ausgefüllt wird, bringt dies die Vorteile einer erhöhten Flexibilität und Diskretion mit sich. Als Nachteile dieser Vorgehensweise seien an dieser Stelle die mögliche Unvollständigkeit ausgefüllter Fragebögen sowie eine geringere Rücklaufquote benannt.⁸⁵ Schon im Anschreiben zum Fragebogen weist der Forscher unter Benennung seiner telefonischen Erreichbarkeit darauf hin, dass er für teilnehmende Personen und deren aufkommende Fragen zum Forschungsprojekt sowie zur Datenerhebung und -verarbeitung im Allgemeinen und auch zum Ausfüllen des Fragebogens im Besonderen jederzeit zur Verfügung steht. Auch hierdurch soll den Nachteilen der Unvollständigkeit und Erhöhung der Rücklaufquote mit Offenheit und Transparenz (nicht Beeinflussung) präventiv entgegengewirkt werden.

⁸² Vgl. Diekmann (2011), S. 437 sowie Häder (2010), S. 192.

⁸³ Vgl. a.a.O., S. 438.

⁸⁴ Vgl. ebd..

⁸⁵ Vgl. Lehrstuhl für Kriminologie und Polizeiwissenschaft (2012): Empirische Forschung und Projekte; Lerneinheit III; Methoden quantitativer Sozialforschung, S. 7.

3.3 Fragebogenkonstruktion

Obgleich in der internationalen Forschung zum Thema bereits mehrere etablierte Erhebungsinstrumente⁸⁶ existieren, kann zum Zwecke der quantitativen Datenerhebung keines dieser Instrumente eins zu eins übernommen werden. Vielmehr wird unter Zugrundelegung der forschungsleitenden Fragen ein eigenes Erhebungsinstrument entwickelt, welches, abgestimmt auf den Ort und das Ziel der Datenerhebung, die Spezifika der Gewalt gegen medizinisches und pflegerisches Personal am AMEOS Klinikum Aschersleben sowie deren Auswirkungen objektiv, unabhängig und kritisch reflektiv erfasst. Hierbei wird teilweise auf benannte, etablierte Skalen zurückgegriffen und dort vorzufindende Frage-Antwort-Formulierungen in das eigene Erhebungsinstrument aufgenommen.

Der Fragebogen umfasst insgesamt 46 Fragen, verteilt auf zehn Seiten und wurde mittels der Fragebogensoftware GrafStat (Ausgabe 2011 / Ver 4.252)⁸⁷ erzeugt. Die Bearbeitungszeit ist individuell und hängt vom einzelnen Adressaten ab. Eine empirisch fundierte Richtzeit zum Ausfüllen des Fragebogens wird in der wissenschaftlichen Literatur zum Thema nicht angegeben,⁸⁸ jedoch dürfte die im Anschreiben des Fragebogens mit 20 Minuten angegebene Ausfüllzeit die Geduld der Befragten nicht überstrapazieren.⁸⁹ Dass die themen- und konditionsabhängige Aufmerksamkeit im Verlauf einer Befragung zunächst ansteigt und dann nachlässt („Spannungskurve“), wurde bei der Fragebogenkonstruktion berücksichtigt.⁹⁰ Um das Layout des Fragebogens formal freundlicher zu gestalten und zwecks der besseren Möglichkeiten der notwendigen grafischen Bearbeitung wurde der Fragebogen in ein *Microsoft Word*-Dokument kopiert. Zu betonen ist, dass die Umarbeitung in *Word* ausschließlich gestalterischen Aspekten diene. An den zuvor mittels *GrafStat* entworfenen Frage- oder Antwortformulierungen wurden

⁸⁶ Vgl. u.a. Palmstierna & Wistedt (1987), Staff observation aggression scale (SOAS); Nijman & Palmstierna *et al.* (1999), SOAS-R sowie Oud (2000), POPAS (Perception of Prevalence of Aggression Scale) Fragebogen.

⁸⁷ von Diener 12/2011. Informationen zu GrafStat sind online unter <http://www.grafstat.de> verfügbar, zuletzt geprüft am 25.02.2014.

⁸⁸ Vgl. Häder (2010), S. 230.

⁸⁹ Vgl. a.a.O., S. 230, 243 sowie Diekmann (2011), S. 484.

⁹⁰ Vgl. ebd..

seitens des Forschers keinerlei Veränderungen vorgenommen. Vor dem Hintergrund der Ausgabe und damit des Ausdrucks der Fragebögen und um Verschiebungen oder Veränderungen im vorgenommenen Layout zu vermeiden, wurde das erstellte *Word*-Dokument in ein *pdf*-Dokument umgewandelt. Der doppelseitige und farbige Ausdruck erfolgte als *pdf*-Dokument. Durch die formal freundlichere Gestaltung wird gleichzeitig die Übersichtlichkeit des Fragebogens erhöht.⁹¹

3.3.1 Aufbau

Die insgesamt 47 Fragen wurden durch den Forscher in fünf Teile gegliedert.⁹²

Teil A – Spezifika der Gewalterfahrung

Teil B – Anzeigeverhalten

Teil C – Subjektives Sicherheitsgefühl

Teil D – Möglichkeiten der Prävention und der Nachsorge

Teil E – Statistische Angaben⁹³

Die Befragungsteilnehmer werden durch geeignete „*Überleitungssätze*“ zwischen einzelnen Fragen und den Frageblöcken auf die bevorstehenden Fragen und deren Thematiken vorbereitet, was ihnen eine Art mentale Vorbereitung ermöglicht.⁹⁴ Dem eigentlichen Befragungsbeginn (Teil A) ist ein Anschreiben voran gestellt. Ziel des Anschreibens ist es die Person des Forschers sowie das Thema der Befragung vorzustellen sowie die Wichtigkeit der Teilnahme des einzelnen Adressaten zu verdeutlichen und für diese zu werben. Die Vorstellung des Forschers und die Art der Projektbeschreibung sowie die bewusst ausführlich gehaltenen „Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens“ sollen Unabhängigkeit, Objektivität und Transparenz vermitteln und auf diese Weise helfen, bei den Adressaten nicht nur Interesse, sondern auch Vertrauen zum Projekt und dem Forscher aufzubauen. Weiterhin dienen die detaillierten Ausfüllhinweise der Minimierung von Fehlern,

⁹¹ Siehe im Anhang befindlicher Fragebogen.

⁹² Vgl. Häder (2010), S. 230.

⁹³ Zur Platzierung des Themenkomplexes (sozial)statistische Angaben am Ende des Fragebogens vgl. Diekmann (2011), S. 484 - 485 sowie Häder (2010), S. 230.

⁹⁴ Vgl. ebd..

welche bei der Beantwortung der einzelnen Fragen gemacht werden und dem zuvor benannten Ideal einer „Spannungskurve“ wird somit Rechnung getragen.⁹⁵

3.3.1.1 Teil A – Spezifika der Gewalterfahrung

Die Erwartungshaltung der Adressaten gegenüber der gesamten Studie orientiert sich im Wesentlichen an der ersten Frage.⁹⁶ Auch deswegen wurden die Fragen, welche der quantitativen und qualitativen Erfassung der gewalthaltigen Erfahrung dienen, zu Beginn des Fragebogens gestellt und damit das Thema der Gesamtuntersuchung herausgestellt. Dieser Teil A umfasst die Fragen 1 bis 21 und bezieht sich auf einen oder mehrere in der Vergangenheit erlebte(n), gewalthaltige(n) Übergriff(e) (situationsbezogen). Um die Erscheinungsform dieser Erfahrung möglichst allumfassend zu beschreiben, wurden Fragen formuliert, welche sich an der „Kriminalistischen Delikts-Analyse“⁹⁷ orientieren. Die Spezifika des gewalthaltigen Übergriffs u.a. Tatzeit, Tatort, Tatopfer, Täter, Tathergang und Tatfolgen werden hierdurch in ausführlicher Form erfasst.

Hierbei wird bewusst die Person des Tatopfers⁹⁸ in den Mittelpunkt gestellt, um dessen persönliche und subjektive Erinnerungen der gewalthaltigen Situation zu erheben und die individuellen Auswirkungen der Belastung zu erfassen (vgl. hierzu Fragen 4, 5, 19, 20 und 21).

Auch in diesem Zusammenhang wurde Frage 1, in welcher der Adressat gefragt wird, ob er oder sie „in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus Opfer von körperlicher, verbaler, sexueller und/oder psychischer Gewalt geworden ist“, ganz bewusst als *Filterfrage*⁹⁹ konzipiert. Durch die sich anschließenden Fragen werden sehr spezielle Merkmale des gewalthaltigen Vorfalls erfasst. Diese können und sollen aufgrund der hohen Spezifität ausschließlich durch die Personen beantwortet werden, welche direktes Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs im genannten Zeitraum geworden sind.

⁹⁵ Siehe hierzu Gliederungspunkt 3.3 nach Diekmann (2011), S. 484 sowie Häder (2010), S. 243.

⁹⁶ Vgl. Häder (2010), S. 243.

⁹⁷ Vgl. Weihmann (2011), Kriminalistik – Handbuch, Kapitel 24.

⁹⁸ Gemeint sind Männer und Frauen.

⁹⁹ Vgl. Diekmann (2011), S. 478 sowie Häder (2010), S. 230.

Würden auch *indirekt* Betroffene, also Personen, welche die Tat lediglich als Zeugen miterlebt haben oder nur vom Hörensagen kennen, mit einbezogen werden, würde dies zu einer irrealen Erhöhung der Vorfallszahlen und damit einer Verzerrung der quantitativen sowie wahrscheinlich auch der qualitativen Ergebnisse führen.¹⁰⁰

Der in Frage 1 erfasste Zeitraum von 12 Monaten wurde aus unterschiedlichen Gründen bewusst gewählt. Einerseits wird sich hiermit an den bisher zum Thema international veröffentlichten Studien¹⁰¹ orientiert, um eine Vergleichbarkeit der erhobenen Daten zu gewährleisten.

Andererseits wäre bei einer Erhöhung des Zeitraums der Opferwerdung in Frage 1 auf z.B. 24 Monate die Wahrscheinlichkeit höher, dass bei einer Vielzahl der Adressaten eher rudimentäre Erinnerungen an den Vorfall vorliegen und die Fragen nur ungenau beantwortet werden.

Allein der erfragte Zeitraum von 12 Monaten verlangt eine gute Erinnerungsfähigkeit der Adressaten. Ein detailliertes Erinnern an Datum und Uhrzeit der Tathandlung dürfte in den allermeisten Fällen unmöglich sein, sodass die Fragen 9 und 10 bewusst allgemeiner gehalten wurden und trotz alledem durch ihre Auswertung Rückschlüsse auf tageszeit- oder schichtspezifische Schwerpunktzeiten möglich erscheint. Gerade weil Kriminalitätserfahrungen zwar ubiquitär, jedoch nicht alltäglich sind, dürften sich die erfragten, allgemeinen Erinnerungen in den Gedächtnissen der Adressaten verankert haben.

Des Weiteren erfolgt durch die Filterung in Frage 1 eine, für das in Teil C zu untersuchende subjektive Sicherheitsgefühl, notwendige Teilung der Adressaten. Hiernach soll das Phänomen untersucht werden, dass Personen, welche Opfer von leichter bis mittelschwerer Kriminalität werden im Allgemeinen

¹⁰⁰ Erläuterung des Verfassers: Dem Verfasser ist bewusst, dass auch eine „nur“ *indirekte* Betroffenheit Folgen einer primär Viktimisierung (Näheres hierzu siehe u.a. KrimLEX (2013): Stichwort – Gewalt.) nach sich ziehen und, wie direkte Opferwerdung, physische und psychische Krankheitssymptome wie z.B. Schlaf- und Appetitlosigkeit, Reizbarkeit, Angstzustände u.v.m. und sogar psychische Krankheiten wie z.B. Depression oder Posttraumatische-Belastungsstörungen hervorrufen kann. Gerade diese nicht offenkundig ersichtlichen, sondern erst in der weiteren Folgewirkung entstehenden psychischen Auswirkungen, werden durch die Opfer krimineller Viktimisierung als besonders belastend empfunden. Vgl. Haupt (2003), S. 28.

¹⁰¹ Vgl. u.a. Atawneh *et al.* (2003), S. 102ff.; BMA (2008); Schablon & Zeh *et al.* (2012), S. 2 sowie Whittington *et al.* (1996), S. 326ff.

keine höhere bzw. manchmal sogar weniger Kriminalitätsfurcht aufweisen als Nichtopfer.¹⁰² Ziel ist es zu untersuchen, ob sich das subjektive Sicherheitsgefühl von Betroffenen, welche in den letzten 12 Monaten Opfer eines gewalthaltigen Vorfalles am AMEOS Klinikum Aschersleben geworden sind, von denen unterscheidet, welche solche Erfahrungen im benannten Zeitraum nicht erlebt haben. Ferner sollen durch die Items in Teil A zeitliche und örtliche sowie personen- und situationsbedingte Gefahren zu erhoben werden, um hieraus „Brennpunkte“ zu erkennen und das Personal entsprechend zu sensibilisieren, bzw. Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen und eine „*tertiäre Viktimisierung*“¹⁰³ zu verhindern.

Die Frage 12, welche die Konsequenzen der Tathandlung für das Opfer erfragt sowie die Frage 16, welche die Auslöser der Tat erfasst, wurden einem bereits etabliertem Fragebogeninstrument, der „Staff Observation Aggression Scale - Revised (SOAS-R)“¹⁰⁴, entnommen und in ausformulierter Form in diesen Fragebogen eingefügt. Die zu den Fragen dazugehörigen Antwortmöglichkeiten wurden leicht umformuliert, sind aber in großen Teilen mit den im „SOAS-R“ vorgegebenen Antworten identisch.

Durch die Auswertung der Fragen in Teil A wird es möglich sein, nachfolgend benannte forschungsleitende Fragen zu beantworten:

- Wie oft, wann, wo und durch wen kommt es zu gewalthaltigen Übergriffen?
- Um welche Formen von Gewalt handelt es sich?
- Gibt es stations- bzw. bereichsspezifische Unterschiede?
- Spielen bei der Tatausführung Alkohol, Drogen und andere berauschende Mittel eine Rolle?

3.3.1.2 Teil B – Anzeigeverhalten

Der Teil B des Fragebogens umfasst die Fragen 22 bis 25 und dient der Erhebung des Anzeigeverhaltens. Um von möglichst jedem Befragungsteilnehmer seine persönlichen Motivgründe *für* oder *gegen* die Anzeigenerstattung bei der Polizei zu ergründen, wurden die Fragen des Teil B bewusst von

¹⁰² Kerner (2003), S. 3.

¹⁰³ Vgl. Haupt, (2003), S. 38.

¹⁰⁴ Vgl. Nijman & Palmstierna *et al.* (1999), S. 197ff..

Teil A abgekoppelt. Auf diesem Wege wird es möglich, die Antworten von *Tatopfern*, d.h. Personen, die bereits Gewalterfahrung im Krankenhaus gemacht haben, mit denen der *Nichtopfer* zu vergleichen.

Alle Befragungsteilnehmer sollen unabhängig von der Beantwortung der Fragen 22 und 23 sowohl Frage 24 als auch Frage 25 beantworten. Die Fragen des Teils B wurden daher zur Verdeutlichung bewusst auch im Konjunktiv formuliert. Intention des Forschers ist es, hierdurch von den Personen, welche bspw. keine Anzeige erstattet haben oder erstatten würden, die Motivgründe in Erfahrung zu bringen, welche für sie persönlich die Erstattung einer Strafanzeige indizieren.

Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten in den Fragen 24 und 25 wurden an bereits existierenden, wissenschaftlichen Daten zum Anzeigeverhalten ausgerichtet¹⁰⁵ und können in folgende Motivgründe eingruppiert werden:

- Frage 24:
- (A) täterorientierter Sühne- und Strafgedanke
 - (B) Weisungsgebundenheiten (formell / informell)
 - (C) Prävention- und Erziehungsgedanke(n)
 - (D) Geltendmachung zivilrechtlicher Ansprüche / Schadensersatz bei Versicherung und/oder Täter
 - (E) Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit
 - (F) intrinsische Motivation durch subjektive Betroffenheit, z.B. Schaden / Folgen für das Opfer
- Frage 25:
- (A) berufliche Sozialisation
 - (B) intrinsische Motivation durch subjektive Betroffenheit, z.B. Angst / Mitleid
 - (C) Weisungsgebundenheiten (formell / informell)
 - (D) keine Erfolgsaussichten / rechtsstaatlicher Verdruss
 - (E) Schaden zu gering
 - (F) Unkenntnis über Möglichkeit und Folgen

Weiterhin wurde in beiden Fragen die Auswahl der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (insgesamt 14) bewusst auf maximal 3 Antwortmöglichkeiten

¹⁰⁵ Vgl. KrimLEX (2014), Stichwort – Anzeigeverhalten.

beschränkt. In Verhältniszahlen ausgedrückt, bedeutet dies, dass sich die Adressaten auf ca. 1 aus 5 Antworten festlegen und damit selbstständig eine Priorisierung vornehmen müssen.

3.3.1.3 Teil C – Subjektives Sicherheitsgefühl

Teil C umfasst die Fragen 26 bis 30. Er ist mit dem Titel „Subjektives Sicherheitsgefühl“ überschrieben. Das *subjektive Sicherheitsgefühl* bzw. die *subjektive Sicherheit* des Einzelnen „wird durch die individuelle Kriminalitätsfurcht, also durch das Empfinden von Bedrohung durch Kriminalität bestimmt.“¹⁰⁶

Die Kriminalitätsfurcht wiederum hat zwei Ausprägungen und wird in die personale und die soziale Kriminalitätsfurcht unterschieden.¹⁰⁷ Erstere bezieht sich auf die personale Bedrohungswahrnehmung durch Kriminalität, welche sich auf der Ebene von individuellen Risikoeinschätzungen, Opfer von Kriminalität zu werden, kognitiv niederschlagen kann.¹⁰⁸ Weiterhin kann sie Schutz- und Vermeidungsverhalten auslösen (konativ), bzw. wird von der Bewertung eigener Bewältigungsstrategien („coping“-Fähigkeiten)¹⁰⁹ derartiger Situationen und Furchtgefühlen, in Bezug auf eine drohende kriminelle Handlung (affektiv), beeinflusst.¹¹⁰ Alle Dimensionen beeinflussen sich auch direkt, sodass sich die individuelle Risikoeinschätzung (kognitiv) und das Empfinden von Gefühlen der Furcht (affektiv) ebenfalls auf ein mögliches Schutz- oder Vermeidungsverhalten (konativ) auswirken.¹¹¹

Die soziale Kriminalitätsfurcht beschreibt, in welchem Maße der Bürger das Gemeinwesen durch Kriminalität bedroht sieht, Kriminalität also als soziales Problem wahrgenommen wird.¹¹² Auf die soziale Kriminalitätsfurcht wird in dieser Arbeit nicht näher eingegangen.

Im Fokus der Forschungsarbeit steht die Untersuchung der personalen Kriminalitätsfurcht. Diese wiederum stellt sich als ein mehrdimensionales Gefü-

¹⁰⁶ Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 21.

¹⁰⁷ Vgl. BMI & BMJ (2006), S. 485, 490ff. zit. nach: Boers (2003) sowie Skogan (1993).

¹⁰⁸ Vgl. a.a.O., S. 491.

¹⁰⁹ Vgl. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 21.

¹¹⁰ Vgl. BMI & BMJ (2006), S. 491.

¹¹¹ Vgl. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 30. Zu den Wechselwirkungen der Dimensionen der Kriminalitätsfurcht existieren in der wissenschaftlichen Literatur jedoch ambivalente Meinungen, vgl. hierzu: BMI & BMJ (2006), S. 505ff..

¹¹² Vgl. BMI & BMJ (2006), S. 485, 490ff..

ge dar,¹¹³ welches sich, wie zuvor beschrieben, durch eine kognitive, affektive und konative Komponente auszeichnet.¹¹⁴ Die kognitive Dimension (Frage 26 und 27) befasst sich mit der Frage, für wie wahrscheinlich es eine Person hält, in einem bestimmten Zeitraum, Opfer einer Straftat zu werden.¹¹⁵ Grundlegend sind hier die eigene Lebenserfahrung, der eigene Lebensstil und der soziale Kontext sowie die eigene Realitätswahrnehmung.¹¹⁶ Die affektive Komponente (Frage 28) befasst sich mit der Frage, wie häufig eine Person in einem bestimmten Zeitraum die Befürchtung bzw. das Gefühl hatte, Opfer einer Straftat zu werden.¹¹⁷ Die Betonung liegt hier auf der gefühlsbezogenen Ebene. Die konative Dimension (Frage 29) fragt danach, ob in einem bestimmten Zeitraum bestimmte Maßnahmen vorgenommen worden sind, um einer Opferwerdung von Kriminalität vorzubeugen.¹¹⁸ Gemeint sind hier Verhaltensreaktionen in Form von Vermeidungsverhalten und Schutzmaßnahmen.¹¹⁹ Bei der Erfassung der drei Dimensionen der personalen Kriminalitätsfurcht wurde auf gängige Frageformulierungen¹²⁰ zurückgegriffen. Zu erwähnen ist weiterhin das so genannte „Kriminalitätsfurcht-Paradoxon“.¹²¹ Demnach äußern Personengruppen, die relativ selten Opfer von Straftaten werden, eine erhöhte Kriminalitätsfurcht. Personen, die häufiger Opfer von Straftaten werden, empfinden hingegen eine geringere Kriminalitätsfurcht.¹²²

Die Einflussfaktoren des subjektiven Sicherheitsgefühls können anhand mehrerer Erklärungsebenen erläutert werden. Im vorliegenden Forschungsprojekt werden die Viktimisierungsperspektive (Mikroebene) und die Soziale Kontrollperspektive (Mesoebene) näher beleuchtet. Die Individual- oder der Mikroebene befasst sich mit Formen direkter und indirekter Opferwerdung, also persönlichen Erlebnissen und zentralen Erfahrungsressourcen (Viktimisie-

¹¹³ Vgl. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 28.

¹¹⁴ Vgl. BMI & BMJ (2006), S. 77.

¹¹⁵ Vgl. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 29.

¹¹⁶ Vgl. ebd..

¹¹⁷ Vgl. a.a.O., S. 30.

¹¹⁸ Vgl. ebd..

¹¹⁹ Vgl. BMI & BMJ (2006), S. 77.

¹²⁰ Vgl. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 29, 30.

¹²¹ Vgl. hierzu u.a. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011) S. 27 zit. nach Schwind (2009).

¹²² Vgl. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 27 sowie Kerner (2003), S. 3.

runbsperspektive).¹²³ Die Mesoebene beleuchtet sowohl den unmittelbaren sozialen Nahraum, also die Beeinflussung des Sicherheitsgefühls durch die Beschaffenheit bestimmter Örtlichkeiten, als auch die Anwesenheit bestimmter Personen(-gruppen).¹²⁴ Die Soziale Problemperspektive (Makroebene), welche sich unter anderem mit der Beeinflussung der Kriminalitätsfurcht durch mediale Berichterstattung zum Thema Kriminalität beschäftigt,¹²⁵ sowie deren Auswirkungen werden im Forschungsprojekt nicht thematisiert. Das, für eine allumfängliche Gültigkeit der Ergebnisse, die Beeinflussung der Aussagen der am Forschungsprojekt teilnehmenden Personen in Bezug auf das subjektive Sicherheitsgefühl auch auf der Makroebene, z.B. die Art und Weise des Medienkonsums sowie deren Auswirkung untersucht und erörtert werden müssten, ist dem Forscher bekannt, jedoch nicht Ziel dieser Arbeit. Um auch hier der im Anschreiben formulierten Aussage, „*es gibt weder richtige noch falsche Antworten*“, gerecht zu werden, wurde auch die Möglichkeit eingeräumt, die Antwortalternative „*keine Angabe*“ anzukreuzen. Ein Entscheidungszwang ist somit nicht gegeben.

3.3.1.4 Teil D – Möglichkeiten der Prävention und der Nachsorge

In Teil D des Fragebogens (Fragen 31 bis 37) wird gezielt erfragt, welche Maßnahmen aus Sicht der Adressaten sinnvoll erscheinen, um gewalthaltigen Übergriffen im Krankenhaus vorzubeugen, bzw. sie beim Umgang in und nach solchen Situationen unterstützen würden. Auch hier scheint eine spätere Unterteilung der Befragungsteilnehmer in die Gruppen *Tatopfer* und *Nichtopfer* für eine vergleichende Analyse der Antworten als zweckmäßig, um so u.a. wesentliche Unterschiede im Antwortverhalten zu erkennen. Bei den Antwortmöglichkeiten zu Frage 33 („*Was [welche Maßnahmen] müsste eine solche Betreuung umfassen?*“) wird sich seitens des Forschers an ihm bekannten, gängigen Vor- und Nachsorgepraktiken sozialpädagogischer und psychologischer Dienste orientiert. Die Antwortmöglichkeiten zu Frage 34 („*Was könnte Ihrer Meinung nach zu einer Reduzierung Ihrer Ängste bzw. Ihres Unwohlseins führen?*“) rekrutieren sich zu Teilen aus gängigen Maß-

¹²³ Vgl. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 34 sowie BMI & BMJ (2006), S. 513.

¹²⁴ Vgl. ebd..

¹²⁵ Vgl. ebd..

nahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie dem kriminalistisch-kriminologischen Erfahrungswissen des Forschers.

In den Fragen 35 bis 36 wird die Einstellung der Adressaten zur individuellen Inanspruchnahme einer solchen Betreuung und der möglichen Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls erfragt. Weiterhin werden sie gebeten, ihre persönliche Einschätzung abzugeben, ob die aufgrund des Fragebogens erkannten Schulungs- und Betreuungsmaßnahmen auch tatsächlich in die Tat umgesetzt werden (Frage 37). Insbesondere die Auswertung dieser Frage ermöglicht es, das Zutrauen der Befragungsteilnehmer in den Arbeitgeber (AMEOS Klinikum Aschersleben) bzgl. der Umsetzung der erkannten Maßnahmen zu untersuchen. Anhand dieser einen Frage gleichzeitig Rückschlüsse auf motivationale Einstellungen bzw. die Arbeitszufriedenheit der Befragungsteilnehmer (Mitarbeiter des AMEOS Klinikums Aschersleben) zu ziehen, wäre wenig wissenschaftlich. Jedoch dürfen hier abzusehende Tendenzen auch nicht unterbewertet werden.

Die Auswertung der Fragen des Teils D wird es ermöglichen, nachfolgende, forschungsleitende Fragen zu beantworten:

- Werden die Mitarbeiter auf gewalthaltige Übergriffe vorbereitet, bzw. erfolgt eine Nachbereitung der Situation(en)?
- Welche präventiven Maßnahmen können zu einer Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls des Krankenhauspersonals beitragen?

3.3.1.5 Teil E – Statistische Angaben

In Teil E (Fragen 38 bis 43) werden die sozialstatistischen bzw. demografischen Informationen der Teilnehmer ermittelt. Nur unter ihrer Einbeziehung wird auch eine Analyse und Vergleichbarkeit der Antworten nach Geschlecht, (Dienst-)Alter, beruflicher Stellung und/oder der Dienstregelung möglich. Weiterhin spielen sie eine gewichtige Rolle zur Überprüfung der Gütekriterien empirischer Forschung. Zu Gunsten der Steigerung des Vertrauens der Befragungsteilnehmer und um deren subjektive Ängste, identifiziert zu werden, zu reduzieren, wird darauf verzichtet, die Station bzw. den Bereich, d.h. den Arbeitsort im engeren Sinne, zu erfassen. Hierdurch soll zum einen die ga-

rantierte, uneingeschränkte Anonymität und zum anderen die vertrauliche Behandlung der gegebenen Antworten unterstrichen werden. Weiterhin werden seitens des Forschers positive Rückkopplungen auf die Ausschöpfung erhofft.¹²⁶ Zur Beantwortung der forschungsleitenden Fragen ist die jeweilige Stations- bzw. Bereichszugehörigkeit von *Nichtopfern* unwesentlich. In den Fragen 6 und 7 werden die Örtlichkeiten erfasst, auf welche sich die konkrete Gewalterfahrung von *Tatopfern* beziehen. Allein dies zu erfassen, ist erklärtes Ziel des Forschungsprojektes.

Zum Abschluss der Befragung sollen in Anlehnung an die Studie von *Klockars et al.* (2000) einige Hinweise auf die Güte der Antworten im Hinblick auf die *direkte und indirekte Einschätzung der Ehrlichkeit* bei der Beantwortung des Fragebogens getroffen werden.¹²⁷ Hierfür werden die Adressaten einerseits gebeten, einzuschätzen, inwiefern sie glauben, dass andere an der Befragung teilnehmende Personen ehrlich geantwortet haben (Frage 44: *indirekte Ehrlichkeit*). Andererseits werden sie direkt gefragt, inwieweit sie selbst die Fragen ohne Probleme beantworten konnten (Frage: 45: *direkte Ehrlichkeit*). In o.g. Studie berichten die Autoren, dass 2,2% der Fragebögen aufgrund eigener und selbst eingeräumter Unehrlichkeit bei der Beantwortung ausgeschlossen werden konnten.¹²⁸ Weiterhin wird in Anlehnung an die Studie des KFN zu „Polizei im Wandel“ (2002) davon ausgegangen, dass subjektive, „*individuelle Einschätzungen und Bewertungen* [vom Bearbeitungsort abhängen können, da] *beim Ausfüllen des Fragebogens* [am Arbeitsplatz bzw. -ort] *mit Nachfragen bzw. einer Beeinflussung durch Kollegen und Vorgesetzte gerechnet werden muss.*“¹²⁹ Aus diesem Grund wird auch der Ort erfragt, an welchem die Adressaten den Fragebogen ausgefüllt haben (Frage 46).

Die letzten drei Fragen des Fragebogens gehören im engeren Sinne nicht zu Teil E des Fragebogens. Aus Gründen des Frageinhalts und des verfolgten

¹²⁶ Nachteil dieser Vorgehensweise ist, dass nicht nachvollziehbar ist, welche Stationen und Bereiche des Klinikums sich aus Sicht des Forschers mehr oder weniger zufriedenstellend an der Befragung beteiligt haben. Auch die Errechnung einer stations- oder bereichsbezogenen Rücklaufquote (Ausschöpfung) ist nicht möglich.

¹²⁷ Vgl. hierzu S. 17 sowie in Anlehnung KFN (2002), S. 39 sowie *Klockars et al.* (2000).

¹²⁸ Vgl. KFN (2002), S. 39.

¹²⁹ Ebd..

Zwecks werden sie an das Ende des Fragebogens gesetzt.¹³⁰ Aus Gründen der Lesbarkeit wird seitens des Forschers auf eine erneute, formelle Unterteilung des Fragebogens verzichtet. Die Befragten werden durch einen Überleitungssatz allerdings ausdrücklich auf den Sinn und Zweck der Fragestellung (Erhebung der Zuverlässigkeit der Antworten) hingewiesen.¹³¹

3.3.2 Frage- und Antwortformulierungen

Bei der Fragebogenkonstruktion wurde auf etablierte Skalen zurückgegriffen. Schon im Anschreiben unter „*Wichtige Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens*“ (Instruktionen) werden die Adressaten darauf hingewiesen, dass grundsätzlich „*nur eine Antwortalternative anzukreuzen*“ ist. Nur, wie auch in der Instruktion beschrieben, bei Fragen, welche explizit mit der Bemerkung „*Mehrfachnennung möglich*“ versehen sind, sollen mehrere Antwortalternativen zugelassen werden. Weiterhin können bei „*halboffenen Fragen*“ oder „*Hybridfragen*“¹³² durch die Befragten Freitexte als Antworten eingetragen werden. Ferner ist bei einigen Antwortalternativen eine Kombination aus Mehrfachnennung und Freitexteingabe vorgesehen. Auch dies ist in den Instruktionen sowie bei der jeweiligen Frage beschrieben. Die Freitexte sind so gestaltet, dass zu großen Teilen eine Ein-Wort-Antwort oder eine Zahl handschriftlich eingetragen werden muss. Dies soll einerseits den Aufwand bei der Auswertung minimieren, andererseits jedoch auch den Aufwand zur Beantwortung der Fragen und damit die benötigte Zeit zur Beantwortung des Fragebogens insgesamt möglichst gering halten.¹³³

Weiterhin erhöhen sich hierdurch die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität und Verbalisierungsproblemen wird vorgebeugt.¹³⁴

Gleichzeitig werden jedoch eine qualitative Auswertung der Antworten und damit die Möglichkeit der Datentriangulation unmöglich gemacht. Sich den

¹³⁰ In Anlehnung an KFN (2002), S. 39 sowie die Studie von Klockars *et al.* (2000).

¹³¹ Näheres hierzu siehe Anhang - „Fragebogen: Gewalt gegen medizinisches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern“.

¹³² Vgl. Diekmann (2011), S. 478; sowie in Anlehnung an KFN (2002), S. 13.

¹³³ Nach Rücksprache mit der Klinikleitung des AMEOS Klinikums Aschersleben darf die Beantwortung des Fragebogens während der Dienstzeit erfolgen. Die hierfür benötigte Zeit sollte jedoch 20 Minuten nicht überschreiten (Vgl. Anschreiben zum Fragebogen).

¹³⁴ Diekmann (2011), S. 230ff., 477.

Vorteilen dieser Art der Methodenkombination durchaus bewusst,¹³⁵ ist sie durch den Forscher nicht beabsichtigt.

Aufgrund der Vielzahl, der bei bestimmten Fragen durch den Forscher im Vorfeld erdachten und zur Beschreibung der einzelnen Phänomene notwendigerweise abzudeckenden Antwortmöglichkeiten, kann kein einheitliches Antwortformat entworfen werden. Bei einigen etablierten Skalen werden daher auch die Originalantworten beibehalten, da schon aus ihnen heraus Ergebnisse abgeleitet werden können. Auch werden Antwortmöglichkeiten mit numerischen Werten versehen, um eine Bearbeitung auf Basis von Intervallskalen zu fördern.¹³⁶ Weiterhin wird den Adressaten die Möglichkeit gegeben, auf bestimmte Fragen mit „keine Angabe“ oder „weiß nicht“ zu antworten. Auch hierauf werden die Befragten in den Instruktionen zum Ausfüllen des Fragebogens sowie bei spezifischen Fragen nochmals explizit hingewiesen.

In Anlehnung an die Frageformulierung nach *Diekmann*¹³⁷ wurden auch weitere Grundregeln, wie z.B. kurze, verständliche, präzise Frageformulierungen, keine Formulierung von Suggestivfragen oder mehrdimensionaler Fragen, beachtet.

Auf Eröffnungsfragen (so genannte „Eisbrecherfragen“ oder „warming up“)¹³⁸ wird zugunsten einer themenorientierten Straffung des Fragebogens verzichtet. Die Funktion dieser Eröffnungsfragen, um den Einstieg in die Befragung zu ermöglichen und zum Thema hinzuführen, wird durch das detaillierte Anschreiben übernommen. Die Möglichkeit, den Fragebogen mit den demografischen Informationen der Zielpersonen (Teil E – Statistische Angaben) zu beginnen und diese als „Eisbrecherfragen“ einzusetzen, wurde in Betracht gezogen. Befragungsteilnehmer stehen der Angabe von persönlichen Daten jedoch grundsätzlich eher skeptisch gegenüber, da hierdurch die Möglichkeit der persönlichen Identifizierung des jeweiligen Adressaten möglich erscheint. Um diese etwaigen Unzufriedenheiten nicht zu Beginn des Fragebogens

¹³⁵ Vgl. ebd..

¹³⁶ In Anlehnung an KFN (2002), S. 13.

¹³⁷ Vgl. Diekmann (2011), S. 477ff..

¹³⁸ Vgl. Diekmann (2011), S. 483.

hervorzurufen und hierdurch negative Auswirkungen auf die Rücklaufquote zu erzeugen, wird Teil E an das Ende des Fragebogens platziert.

3.3.3 Reduzierung von Antwortverzerrungen

Auch dem „Effekt der sozialen Erwünschtheit“ („social desirability effect“)¹³⁹ soll mittels verschiedener Methoden vorgebeugt werden. Hier ist zunächst die durch den Forscher angestrebte, neutrale Frageformulierung zu benennen. Da Begrifflichkeiten rund um das Thema Gewalt immer eine Wertbesetzung bei der jeweilig befragten Person nach sich ziehen, dieses jedoch im Fokus der Befragung steht, kann darauf nur in begrenztem Maße Rücksicht und Einfluss genommen werden. Allerdings wird durch den Forscher auf den Begriff „gewalttätig“ verzichtet und der eher neutral besetzte Begriff „gewalthaltig“ im Fragebogen genutzt.

Auch die durch den Forscher im Anschreiben formulierte, vollständig garantierte Anonymität der Adressaten (auch gegenüber Vorgesetzten, Klinikleitung etc.) sowie der im Anschreiben formulierte Appell, die Fragen „wahrheitsgemäß“ zu beantworten und der Hinweis „[...] es gibt weder richtige noch falsche Antworten [...]“ sollen diesem Phänomen entgegenwirken.

Entgegen dem Vorwissen des Forschers, dass sich Personen in Bezug auf die Bewertung eines bestimmten Sachverhaltes ungern ihr Nichtwissen eingestehen, wurde bei spezifischen Antwortkategorien die Kategorie *weiß nicht* vorgesehen. Inwieweit diese Kategorie durch die Befragten genutzt wurde und welchen Einfluss dies auf die zu beachtenden Gütekriterien hat, wird erst die Auswertung und Analyse der Fragebögen ergeben. Auf das Einpflegen einer „Phantomfrage“ oder die Anwendung von „Social-Desirability-Skalen“ (SD-Skalen), wird seitens des Forschers verzichtet.¹⁴⁰

„Als ‚Response-Set‘ werden systematische Antwortmuster von Befragten bezeichnet, die unabhängig vom Inhalt der Frage zustande kommen.“¹⁴¹ Manche Personen entwickeln eine Präferenz für die Mittelkategorie, andere können im Sinne der Akquisenz als „Ja-Sager“ bezeichnet werden.¹⁴² Um hier

¹³⁹ Vgl. Diekmann (2011), S. 447 ff., 481.

¹⁴⁰ Vgl. a.a.O., S. 450, 451.

¹⁴¹ A.a.O., S. 451; Hervorhebung im Original.

¹⁴² Vgl. a.a.O., S. 452; Hervorhebung im Original.

entgegen zu steuern, wurden durch den Forscher zunächst die Antwortkategorien „ja“, „nein“ und „weiß nicht“ von Frage zu Frage unterschiedlich angeordnet. Weiterhin soll hierdurch die Aufmerksamkeit und Konzentration der Adressaten bei der Beantwortung des Fragebogens hoch gehalten werden. Auch auf 5-Punkte- oder 7-Punkte-Skalen wird aus diesem Grund bewusst verzichtet und versucht, immer eine möglichst gerade Anzahl von Antwortkategorien vorzugeben, sodass sich die Adressaten für eine Tendenz entscheiden müssen.

Auf die Umpolung eines Items in Bezug auf die Zieldimension, um Personen auszuschließen, welche inhaltsunabhängige Angaben machen,¹⁴³ ist durch den Forscher zu Gunsten der Erleichterung der Auswertung bewusst verzichtet worden.

Indem in verschiedenen Fragen die Antwortkategorien „weiß nicht“ oder „keine Angabe“ auch im Sinne von keiner Meinung vorgeben sind, wird eine „Quasi-Filterfrage“ eingebaut, die der Identifizierung von meinungslosen Teilnehmern („Non-Attitude-Problem“) dient und diese herausfiltern sollen.¹⁴⁴

Auf die Gewährleistung der Anonymität der Befragungsteilnehmer wird im Forschungsvorhaben ganz besonderen Wert gelegt.

Schon im Anschreiben des Fragebogens¹⁴⁵ wird durch den Forscher darauf hingewiesen, dass die Fragebögen nicht mit Namen oder sonstigen der Identifizierung dienenden Zeichen zu versehen sind.

Nach Beantwortung des Fragebogens ist dieser an der Rezeption zu Händen des Betriebsrates abzugeben, sodass der Forscher auch hierbei keinen direkten Einfluss auf die Adressaten oder die Befragung im Ganzen nehmen kann. Ausschließlich auf expliziten Wunsch eines Adressaten, z.B. bei Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens oder zur zugesicherten Anonymität, wird vor, während oder nach der Befragung durch den Forscher ein direkter, persönlicher Kontakt hergestellt werden.

¹⁴³ Vgl. Diekmann (2011), S. 453.

¹⁴⁴ Vgl. a.a.O., S. 454.

¹⁴⁵ Siehe im Anhang befindlicher Fragebogen.

4. Feldphase

4.1 Verteilung und Rückgabe der Fragebögen

Angestrebtes Ziel des Forschers war es, eine Totalerhebung¹⁴⁶ am AMEOS Klinikum Aschersleben durchzuführen. Um die „*Untersuchung aller interessierenden Elemente*“ zu gewährleisten,¹⁴⁷ muss jeder Mitarbeiter des Klinikums,¹⁴⁸ welcher als ärztliches oder pflegerisches Personal sowie als Angestellter in den verschiedenen Funktionsabteilungen (Cardiopulmonale und Gastroenterologische Funktionsabteilung sowie Röntgendiagnostik), der Physiotherapie, dem Zentrallabor und der Pathologie tätig ist,¹⁴⁹ die Möglichkeit erhalten, an der Befragung teilzunehmen. Da die Zielpopulation („*Target population*“), Auswahlgesamtheit („*Frame population*“) und Survey-Population („*Survey population*“)¹⁵⁰ möglichst identisch sein sollen, ist es immanently notwendig, dass die genaue Anzahl der Mitarbeiter bekannt ist. Vor Beginn der Befragung konnte die exakte Anzahl der o.g. Mitarbeiter nicht eindeutig eruiert werden. Um jedoch ohne weiteren Zeitverzug mit der Befragung beginnen zu können, wurde die Anzahl der Mitarbeiter geschätzt und ein Druckauftrag für insgesamt 500 Fragebögen ausgelöst. Die Übergabe der Fragebögen an den Betriebsrat des AMEOS Klinikums Aschersleben erfolgte in der 39. und 42. KW des Jahres 2013. Als Bearbeitungszeit wurden den Adressaten 20 Tage eingeräumt. Zur Steigerung der Rücklaufquote wurde die Rückgabefrist so gewählt, dass diese nach einem Wochenende endete.¹⁵¹ Als (kleiner) materieller Anreiz, um die Adressaten zum Ausfüllen des Fragebogens zu motivieren, bzw. zur Teilnahme an der Untersuchung zu bewegen (Incentive), wurde jedem Fragebogen vor der Erstaussgabe eine kleine Tüte „Gummibärchen“ beigefügt. Auch dieses Instrument dient der Steigerung des Rücklaufs.¹⁵² Die personen- bzw. mitarbeiterbezogene Ausgabe der Fragebögen wurde durch den Betriebsrat eigenständig organisiert,

¹⁴⁶ Vgl. Häder (2010), S. 141.

¹⁴⁷ A.a.O., S. 139.

¹⁴⁸ Anmerkung des Verfassers: Mitarbeiter der Verwaltung wurden explizit ausgenommen.

¹⁴⁹ Im Weiteren wird diese Gruppe der Mitarbeiter als „*sonstige Angestellte*“ bezeichnet.

¹⁵⁰ Näheres hierzu vgl. Diekmann (2011), S. 377; zit. nach Groves *et al.* (2004) sowie Laiho & Hietaniemi (2002).

¹⁵¹ Vgl. Diekmann (2011), S. 518 sowie Hippler (1985), S. 43, zit. nach Dillmann (1983), S. 359ff..

¹⁵² Vgl. Häder (2010), S. 246.

sodass das Messinstrument in zwei Wellen auf dem Dienstweg an alle Mitarbeiter der jeweiligen Stationen und Bereiche ausgegeben wurde.¹⁵³ Um eine lückenlose personenbezogene Ausgabe zu gewährleisten, wurde seitens des Betriebsrates vor der Ausgabe erhoben, wie viele Mitarbeiter auf der jeweiligen Station oder dem jeweiligem Bereich arbeiten.

Um den „Unit-Nonresponse“¹⁵⁴ zu reduzieren, wurden nach Ausgabe der Fragebögen die teilnehmenden Stationen und Klinikbereiche durch den Forscher an drei Tagen besucht. In kurzen, persönlichen Gesprächen mit anwesenden Schwestern, Pflegern und Ärzten wurde erfragt, ob die Fragebögen zum Thema „Gewalt gegen medizinisches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern“ angekommen seien, die Betroffenen bereits einen Fragebogen ausgefüllt haben oder noch weitere Fragebögen benötigt werden. Weiterhin wurden auftretende Probleme besprochen, persönliche Meinungen der Mitarbeiter eingeholt sowie nochmals die Bedeutung des Forschungsprojektes herausgestellt und eine Teilnahme erbeten.¹⁵⁵

Die Rückgabe der Fragebögen erfolgte anonymisiert. Jeder bearbeitete Fragebogen wurde durch den Teilnehmer in einem adressierten und verschlossenen Rückumschlag an der Rezeption zu Händen des Betriebsrates abgegeben. Hierdurch sollten subjektive Ängste des Einzelnen, bei der Befragung identifiziert zu werden, reduziert und ein Höchstmaß an Anonymität und Vertraulichkeit erzeugt werden.¹⁵⁶ Über die Rezeption wurden die Fragebögen dem Betriebsrat zugeleitet. Hier wurden die abgegebenen Fragebögen in den verschlossenen Rückumschlägen gesammelt und seitens des Forschers nach Ablauf der Bearbeitungszeit in Empfang genommen.

¹⁵³ Die sicherste Variante, um die angestrebte Totalerhebung zu realisieren, eine personen- bzw. mitarbeiterbezogene Verteilung der Fragebögen über die monatliche Gehaltsmitteilung, wurde von Seiten des AMEOS Klinikums Aschersleben als nicht notwendig angesehen. Sich den methodischen Vorteilen dieser Varianten durchaus bewusst, wurde seitens des Forschers aus Gründen der Forschungsgebundenheit der o.g. Eigenorganisation der Ausgabe über den Betriebsrat zugestimmt.

¹⁵⁴ Vgl. Häder (2010), S. 175.

¹⁵⁵ Systematische Nacherfassungen zur Maximierung der Rücklaufquote, wie bei der „Total-Design-Methode“ angewandt (Vgl. u.a. Diekmann (2011), S. 517ff. sowie Hippler (1985), S. 43 zit. nach Dillmann (1983)) waren aufgrund des Forschungsdesigns (vgl. Fn. 153) sowie des hiermit verbundenen, erheblich ansteigenden Zeit- und Kostenaufwandes nicht möglich.

¹⁵⁶ Vgl. Häder (2010), S. 132ff..

4.2 Beschreibung der Grundgesamtheit

Um die Qualität bzw. Aussagekraft der erhobenen Daten einzuordnen, müssen soziodemografische Daten der Grundgesamtheit erhoben werden. Erst nach der Analyse des Vorkommens dieser Merkmale in Grundgesamtheit und der Stichprobe kann entschieden werden, ob und inwieweit die erhobenen Daten Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zulassen (Repräsentativität) oder weitergehende Gewichtungen durchgeführt werden müssen.¹⁵⁷ In vorliegender Untersuchung werden dbzgl. die Variablen *Beruf* und *gegenwärtige berufliche Stellung / Position* auf ihre Verteilung in Grundgesamtheit und Stichprobe hin untersucht. Bei der Grundgesamtheit handelt es sich um eine bewusste Auswahl („*Judgment sample*“),¹⁵⁸ da ausschließlich alle Mitarbeiter des o.g. medizinischen und pflegerischen Personals des AMEOS Klinikums Aschersleben an der Befragung teilnehmen sollen. Laut Auskunft des Betriebsrates sind dies 415 Mitarbeiter (Stand: Oktober 2013). Der Betriebsrat überließ dem Forscher eine detaillierte Aufstellung, aus welcher die exakte Anzahl der ausgegebenen Fragebögen hervorgeht. Insgesamt 94 Fragebögen wurden an das ärztliche Personal und 262 Fragebögen an den Pflegedienst ausgegeben. Die übrigen 59 Teilnehmer rekrutieren sich aus der Gruppe der *sonstigen Angestellten*. Beim ärztlichen Personal lässt sich eine ausgewogene Geschlechterverteilung von Ärztinnen zu Ärzten konstatieren.¹⁵⁹ Unter den Mitarbeitern des Pflegedienstes ist das weibliche Geschlecht dominant. Das Verhältnis Pfleger zu Schwestern beträgt ca. 1 zu 22.¹⁶⁰ Die 59 Angestellten aus den verschiedenen Funktionsabteilungen, der Physiotherapie, dem Zentrallabor und der Pathologie sind ausschließlich weiblichen Geschlechts.

Angemerkt werden muss, dass eine Diskrepanz zwischen den übermittelten Zahlen bzgl. der mitarbeiterbezogenen Aufstellung für die Verteilung der Fragebögen und der Übersicht bzgl. der Unterteilung der Mitarbeiter nach Ge-

¹⁵⁷ Vgl. a.a.O. (2010), S. 180ff..

¹⁵⁸ Vgl. Diekmann (2011), S. 378.

¹⁵⁹ Laut Auskunft des Betriebsrates waren im November 2013 insgesamt 53 weibliche und 50 männliche Mitarbeiter im ärztlichen Dienst am Klinikum beschäftigt.

¹⁶⁰ Laut Auskunft des Betriebsrates waren im November 2013 insgesamt 245 weibliche und 11 männliche Mitarbeiter im Pflegedienst beschäftigt, welches dem o.g. Verhältnis entspricht.

schlechtern besteht. Jedoch ist davon auszugehen, dass die detailliert dargestellte Aufstellung über den Personalbestand eine größere Genauigkeit aufweist als die Gesamtübersicht nach Geschlechtern, da hier die Gefahr fehlerhafter Zusammenfassungen größer erscheint. Des Weiteren dürften die unterschiedlichen Erhebungszeiträume im Zusammenhang mit den gegenwärtig am Klinikum stattfindenden Umstrukturierungen im Personalbereich eine hinreichende Erklärung für die Unterschiede in den Zahlen darstellen.

5. Rücklauf und Datenaufbereitung

5.1 Auftretende Probleme

Größere Schwierigkeiten hatten die Befragten bei der Beantwortung der Fragen 24 und 25 des Fragebogens, welche zum Fragenkomplex „Teil B – Anzeigeverhalten“ gehören.¹⁶¹ Hier sollten Faktoren ergründet werden, welche für und gegen die Anzeigenerstattung bei der Polizei sprechen. Frage 24 wurde durch 12 Befragte (8,2%) nicht beantwortet. In 42 der 146 auswertbaren Datensätze (ca. 28,8%) wurde die Frage 25 durch die Befragten nicht beantwortet.¹⁶² Dies dürfte mit der Tatsache zusammenhängen, dass knapp 60% der Befragten im Falle eines gewalthaltigen Übergriffs eine Strafanzeige bei der Polizei erstatten würden. Allein die Möglichkeit, eine solche Handlung nicht zur Anzeige zu bringen, scheinen diese Befragten nicht in Betracht zu ziehen, sodass im Weiteren auch Gründe für die Nichterstattung einer Strafanzeige für diese Befragten scheinbar irrelevant waren. Ein Indiz hierfür ist, dass die Anzahl der Antworten zu Frage 25 aus der Gruppe der Teilnehmer, welche keine Strafanzeige erstatten würden, größer ist als die Anzahl der Antworten derer, welche eine Strafanzeige erstatten würden. Vor dem Hintergrund, dass die Gruppe der „mit Sicherheit“ oder „eher“ Anzeigenerstattenden eigentlich größer ist, indiziert dies die o.g. Annahme. Von der Möglichkeit, im Freitext zu Frage 25 nochmals einzutragen, dass man immer eine Strafanzeige erstatten würde, hat lediglich ein Teilnehmer Gebrauch gemacht. Weitere 13 Befragte (8,9%) haben Frage 30 nicht beantwortet.¹⁶³ Obwohl insgesamt 10 Teilnehmer von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, im Freitextfeld einzutragen, dass sie keine Angst haben, liegt auch hier die Annahme nahe, dass diejenigen, die sich im Krankenhaus nirgends besonders unwohl fühlen oder gar Angst haben, Frage 30 „ohne Antwort“ belassen haben.

Weiterhin muss konstatiert werden, dass die maximale Antwortzahl, welche bei einigen Fragen vorgegebenen war, durch die Teilnehmer nicht beachtet

¹⁶¹ Der Wortlaut der Fragen ist dem im Anhang befindlichen Fragebogen zu entnehmen.

¹⁶² Siehe im Anhang befindliche Grundausswertung (Fragen 24 und 25).

¹⁶³ Siehe im Anhang befindliche Grundausswertung (Frage 30).

wurde. Diese Fragen wurden als nicht instruktionsgemäß beantwortet eingestuft. Die eingetragenen Antworten wurden nur in die Auswertung mit einbezogen, wenn die Anzahl der nicht instruktionsgemäß beantworteten Fragen die Grenze von 15% (bis 6 Fragen pro Fragebogen) nicht überschritten hat. Ansonsten wurde der Fragebogen in Gänze ausgeschlossen.¹⁶⁴

5.2 Rücklaufquote vor der Datenbereinigung

Ein zentrales Problem postalischer Befragungen ist ein mögliches *Selektionsbias* aufgrund geringer Rücklaufquoten.¹⁶⁵ Generell liegen die Rücklaufquoten bei schriftlichen Umfragen weit unter denen der mündlichen Befragung.¹⁶⁶ Aufgrund des angelegten Forschungsdesigns konnte keine Rücklaufquote erwartet werden, wie sie bei einer schriftlichen Befragung bspw. unter konsequenter Anwendung der „Total-Design-Methode“ oder dem „Tailored Design“ erzielt wird.¹⁶⁷ Da es sich um eine Totalerhebung handelt, sind Grundgesamtheit und Stichprobe identisch und bestehen in dieser Untersuchung aus allen medizinischen und pflegerischen Mitarbeitern des Klinikums. Dies sind, wie unter Gliederungspunkt 4.2 erläutert, insgesamt 415 Mitarbeiter, sodass der Stichprobenumfang mit $n = 415$ angenommen wird. Nach Beendigung der Befragung wurden dem Forscher 84 Fragebögen durch den Betriebsrat zurückgegeben, was eine tatsächliche mitarbeiterbezogene Ausgabe der Fragebögen indiziert.¹⁶⁸ Nach vorläufigem Feldschluss am 04.11.2013 gingen sechs weitere, ausgefüllte Fragebögen ein, welche bei der Dateneingabe berücksichtigt werden konnten. Von 415 ausgegebenen Fragebögen wurden insgesamt 158 beantwortet und dem Forscher auf dem zuvor beschriebenen Rückgabemodus zugeleitet. Ausgehend von der Annahme, dass bei schriftlichen Befragungen ohne weitere Maßnahmen selten eine Rücklaufquote von 20% erzielt wird,¹⁶⁹ lässt sich die (Gesamt-) Rücklaufquote von 38,1% als durchaus gute Ausschöpfung konstatieren. Trotz alledem lassen sich deutliche Unterschiede in den jeweiligen Berufs-

¹⁶⁴ Hierzu ausführlich siehe Gliederungspunkt 5.3.

¹⁶⁵ Diekmann (2011), S. 516.

¹⁶⁶ Vgl. a.a.O., S. 419, 516.

¹⁶⁷ Vgl. Häder (2010), S. 241 sowie Diekmann (2010), S. 518.

¹⁶⁸ Anmerkung des Verfassers: Der Verbleib eines gedruckten Fragebogens ist ungeklärt.

¹⁶⁹ Vgl. Diekmann (2011), S. 516.

gruppen erkennen, wobei in der Gruppe der Pflegedienstmitarbeiter mit 33,2% die geringste Rücklaufquote festzustellen ist. Weitere Ergebnisse, den Rücklauf betreffend, sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Fragebogenverteilung und Rücklaufquoten

Kategorie(n)	ausgegebene Fragebögen	Anzahl der Rückläufe	Rücklaufquote in %
ärztliches Personal	94	35	37,2
Pflegedienst	262	87	33,2
sonstige Angestellte	59	25	42,4
keine Angabe	-	12	-
gesamt	415	158	38,1

In der methodisch und thematisch ähnlich gelagerten Studie „Prävalenz und Folgen von Gewalt und Aggression bei Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen – ein Survey“ aus dem Jahre 2012 wurde eine Rücklaufquote von 31,3% erzielt.¹⁷⁰ Bezogen auf Krankenhäuser konstatieren die Autoren die niedrigste Ausschöpfung von 26%.¹⁷¹ Auch vor diesem Hintergrund wird die Rücklaufquote in der vorliegenden Untersuchung als durchaus positives Ergebnis erachtet.¹⁷² Weiterhin indizieren die Ergebnisse, dass Maßnahmen, wie die Beigabe von Anreizen (*Incentives*), der Erwähnung einer seriösen Institution (Ruhr-Universität Bochum) als „Auftraggeber“ sowie persönliche Kontaktaufnahmen des Forschers, das Format sowie das Design des Fragebogens etc. die Ausschöpfung positiv beeinflusst haben. Die positiven Rücklaufquoten sprechen weiterhin für das Interesse der Teilnehmer an der gewählten Thematik und einer wissenschaftlichen Untersuchung des Phänomens.

¹⁷⁰ Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 3, 4.

¹⁷¹ Vgl. ebd., S. 3.

¹⁷² Anmerkung des Verfassers: Andere Studien zum Thema weisen ähnliche Rücklaufquoten auf. Vgl. hierzu u.a. Whittington *et al.* (1996) sowie Hegney *et al.* (2010).

5.3 Rücklaufquote nach der Datenbereinigung

Um dem Kriterium der Objektivität zu entsprechen, wurden die eingegebenen Datensätze umfassenden Maßnahmen der Datenbereinigung unterzogen. Um die weitere Arbeit mit den Fragebögen zu erleichtern, werden diese nummeriert. Die Nummerierung richtet sich nach dem Zeitpunkt des Rücklaufs, wobei der Fragebogen, welcher als erster zurückgegeben wurde, auch mit der Nummer 1 versehen wurde. Die Eingabe der Rohdaten wurde allein durch den Forscher vorgenommen. Nach der Eingabe wurde eine Fehlerkontrolle durchgeführt und alle eingegebenen Antworten auf deren richtige Übertragung kontrolliert. Hiernach wurden sukzessive, stichprobenartige Kontrollen der eingegebenen Daten vorgenommen und gegebenenfalls „Falscheingaben“¹⁷³ logisch korrigiert.

Die meisten Fragebögen wurden instruktionsgemäß beantwortet und konnten als gültig eingestuft werden. Zwei Adressaten hatten sich entschieden, den Fragebogen nicht auszufüllen und vermerkten dies auf dem jeweiligen Exemplar. In Anlehnung an die Studie von *Klockars et al.* (2000) sollten mit den Fragen 44 bis 46 einige Hinweise auf die Güte der Antworten im Hinblick auf die *direkte und indirekte Einschätzung der Ehrlichkeit* bei der Beantwortung des Fragebogens getroffen werden.¹⁷⁴ Durch vier Teilnehmer wurde Frage 45 mit „*nein*“ oder „*eher nein*“ beantwortet, sodass diese aufgrund selbstberichteter Schwierigkeiten bei der Beantwortung des Fragebogens ausgeschlossen wurden. Dies entspricht einer Quote von 2,5% und ist hinsichtlich der Größenordnung vergleichbar mit den nach *Klockars et al.* beschriebenen Werten.¹⁷⁵

Des Weiteren wurden Fragebögen ausgeschlossen, welche unvollständig ausgefüllt wurden und bei denen mindestens eins der nachfolgend aufgeführten zwei Kriterien erfüllt war.¹⁷⁶

Kriterium I: Es wurden mehr als 15%¹⁷⁷ der Fragen nicht oder nicht instruktionsgemäß beantwortet.

¹⁷³ Unter „Falscheingaben“ werden Antworten verstanden, welche bspw. als *Freitext* eingetragen wurden, obwohl diese Antwort im Spektrum der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten existierte.

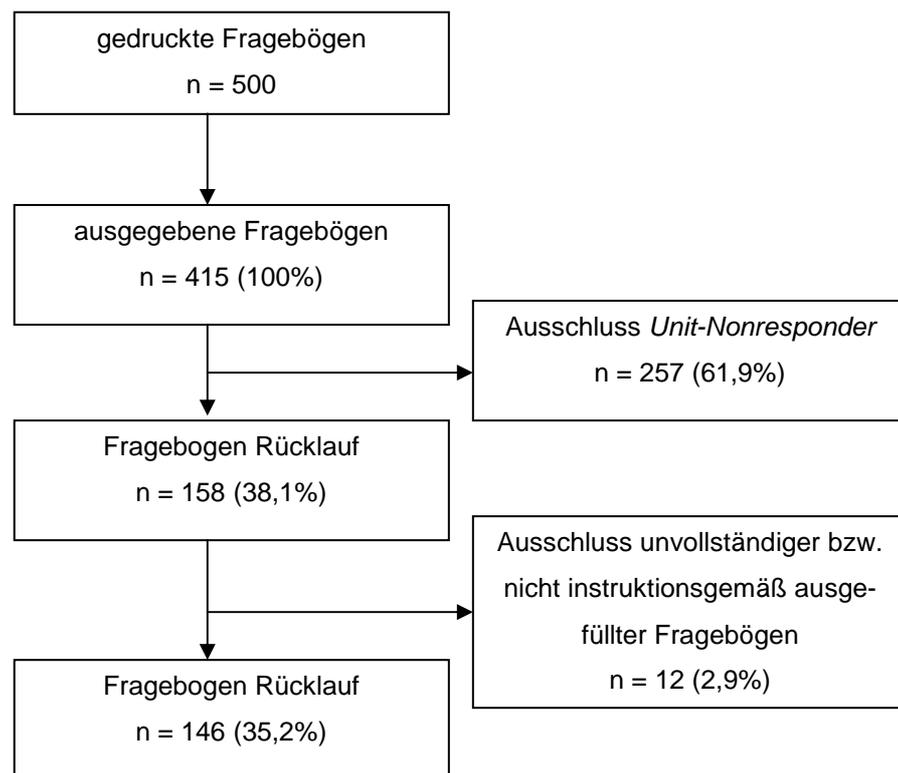
¹⁷⁴ Vgl. hierzu Gliederungspunkt 3.3.1.5; in Anlehnung an KFN (2002), S. 39 und *Klockars et al.* (2000).

¹⁷⁵ Vgl. ebd..

¹⁷⁶ Vgl. KFN (2002), S. 8.

Kriterium II: Durch den Adressaten wurde keine Angaben zum *Geschlecht* oder der *gegenwärtigen beruflichen Stellung / Position* getätigt. Im Hinblick auf Kriterium I bedeutet dies, dass Fragebögen der Teilnehmer, welche sieben oder mehr Fragen nicht oder nicht instruktionsgemäß beantwortet haben, aussortiert wurden. In sechs Datensätzen wurde Kriterium I und in zwei Datensätzen Kriterium II erfüllt. In diesen Fällen war jedoch bereits Kriterium I erfüllt, sodass insgesamt sechs weitere Datensätze von der Analyse ausgeschlossen werden mussten. Insgesamt 146 Datensätze konnten zur Auswertung und Analyse hinzugezogen werden. Unter Zugrundelegung der übermittelten Mitarbeiterzahl von 415 liegt die Rücklaufquote hinsichtlich instruktionsgemäß (vollständig) und „ohne Probleme“ ausgefüllter Fragebögen bei 35,2%.

Abbildung 1: Flussdiagramm Rücklaufquote¹⁷⁸



¹⁷⁷ Die Quote von 15% wurde bewusst niedriger angesetzt als im zuvor genannten Forschungsbericht des KFN (2002). Eine Teilung der Adressaten nach der Frage 1, welche als *Filterfrage* die Anzahl der zu beantwortenden Fragen bestimmt, wurde nicht vorgenommen.

¹⁷⁸ In Anlehnung an Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 4.

5.4 Repräsentativität der Stichprobe

Die Repräsentativität des Fragebogenrücklaufs wird im Hinblick auf die Variablen *Geschlecht* und *gegenwärtige berufliche Stellung / Position* untersucht und ist in nachfolgender Tabelle veranschaulicht.¹⁷⁹

Tabelle 2: Einzelvergleiche zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe

Kategorie(n)	Grundgesamtheit		Stichprobe	
	n	%	n	%
gesamt	415	100,0	146	100,0
Berufliche Position				
ärztliches Personal	94	22,7	34	23,3
Pflegedienst	262	63,1	83	56,9
sonstige Angestellte	59	14,2	22	15,1
keine Angabe	-	-	7	4,8
Geschlecht¹⁸⁰				
weiblich	354	85,3	134	91,8
männlich	61	14,7	12	8,2
Anmerkung: Markierte Felder stellen statistisch signifikante Abweichungen von der Grundgesamtheit im 95% Vertrauensintervall dar.				

In Bezug auf die Variable *Geschlecht* zeigt sich, dass Männer tendenziell seltener geantwortet haben als Frauen. Im Vergleich zur Grundgesamtheit ist der Anteil der Frauen in der Stichprobe somit etwas überrepräsentiert. In Bezug auf die Variable *gegenwärtige berufliche Stellung / Position* kann ein vergleichsweise homogener Rücklauf in Bezug auf die Grundgesamtheit konstatiert werden. Bezogen auf die Grundgesamtheit ist die Gruppe des pflegerischen Personals etwas unterrepräsentiert.

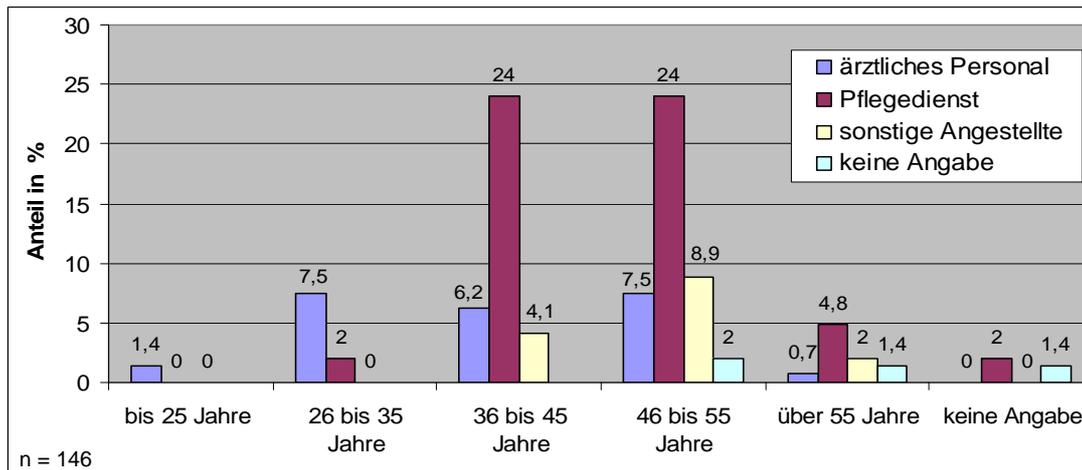
Wie nachstehender Abbildung zu entnehmen ist, ergibt die Auswertung der Variable *Alter*, dass über drei Viertel der Teilnehmer zwischen 36 und 55 Jahre alt sind. Die stärkste Gruppe in der Stichprobe sind die Teilnehmer im Alter zwischen 46 bis 55 Jahre mit einem Anteil von 42,5%. Die Teilnehmer

¹⁷⁹ Weitere Informationen zur Grundgesamtheit z.B. *Alter* und *Dienstalter* der Mitarbeiter wurden nicht übermittelt, sodass eine Analyse dieser Variablen nicht möglich war.

¹⁸⁰ Die Daten zur Geschlechtsverteilung wurden anhand der übermittelten Informationen zum Personalbestand (Stand: November 2013) und über hieraus errechnete Verhältniszahlen auf die Grundgesamtheit (Stand: Oktober 2013) mit n = 415 übertragen.

des ärztlichen Personals stellen die jüngste Gruppe innerhalb der Stichprobe dar. Insgesamt scheinen ältere und weibliche Mitarbeiter des AMEOS Klinikums Aschersleben in der Stichprobe leicht überrepräsentiert. Aufgrund fehlender Altersangaben in der Grundgesamtheit kann diese Vermutung für die Variable *Alter* weder verifiziert noch falsifiziert werden.

Abbildung 2: Verteilung des Fragebogenrücklaufs nach Alter



Vor dem Hintergrund, dass besonders Frauen und ältere Menschen eher stärkere Kriminalitätsfurcht aufweisen als junge Menschen (insbesondere junge Männer), obwohl ihr statistisches Risiko, Opfer eine Straftat zu werden, geringer ist,¹⁸¹ muss dieses Ergebnis bei der Auswertung der Daten beachtet werden. Ob dieses so genannte „Kriminalitätsfurcht-Paradoxon“¹⁸² auch innerhalb der Stichprobe auftritt und welche Rolle individuell vorhandene Coping-Mechanismen spielen, wird durch die Auswertung der Fragen 26 bis 30 untersucht.

Insgesamt ist die Repräsentativität der Stichprobe als hinreichend zu bezeichnen. Auch wurden keine Hinweise gefunden, dass durch den Ausschluss nicht instruktionsgemäß oder unvollständig ausgefüllter Fragebögen eine Gruppe der Stichprobe systematisch benachteiligt wurde. Ferner spiegelt die Stichprobe vorhandene Größenordnungen innerhalb der Grundgesamtheit wider, sodass Gewichtungen einzelner Teilstichproben bei der nachfolgenden Auswertung nicht erfolgen mussten.

¹⁸¹ Vgl. BMI & BMJ (2002), S. 506ff..

¹⁸² Vgl. Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 27 zit. nach Schwind (2009).

6. Auswertung

In Deutschland steht die Erforschung des Themengebietes Gewalt gegen pflegerisches und vor allem medizinisches Personal noch am Anfang, sodass bisher nur wenig belastbares Datenmaterial existiert.¹⁸³ Ein wesentliches Ziel der Untersuchung ist es, den Ist-Zustand der gewalthaltigen Übergriffe am AMEOS Klinikum Aschersleben systematisch zu erfassen und die Quantität und Qualität sowie die Charakteristik der Ereignisse zu beschreiben.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung analysiert. Die Auswertung erfolgt deskriptiv, wobei univariate und bivariate Ergebnisdarstellungen unter Einbeziehung der kategorisierten, offenen Fragen vorgenommen werden. Aufgrund des retrospektiven Untersuchungsdesigns können keine kausalen Schlussfolgerungen gezogen werden. Auch werden bei der rein deskriptiven Auswertung keine Aussagen über statistische Signifikanzen getroffen.¹⁸⁴ Die gezogenen Rückschlüsse haben daher ausschließlich für die Stichprobe Gültigkeit. Als weitere Limitation der Aussagekraft muss das Risiko von Erinnerungslücken (*Recall Bias*) benannt werden. Die Teilnehmer werden in Form von Selbsteinschätzungen gebeten, alle gewalthaltigen Übergriffe rückblickend in einem Zeitraum von 12 Monaten anzugeben. Die angesprochenen Erinnerungslücken könnten in diesem Sinne eine Überrepräsentation der eher schweren Gewalterfahrungen bewirken. Eher leichtere Gewalt könnte so unterrepräsentiert werden.¹⁸⁵ Ferner ist die Rücklaufquote mit 35,2% im Vergleich zu anderen Studien zwar als positiv zu konstatieren, das Ziel, eine *Totalerhebung* am AMEOS Klinikum Aschersleben durchzuführen, wurde jedoch verfehlt. Das Risiko eines *Selektionsbias*¹⁸⁶ kann somit nicht in Gänze ausgeschlossen werden, was eine Einschränkung der Aussagekraft der erhobenen Daten bedeutet.

¹⁸³ Vgl. Zeh *et al.* (2009), S. 457 sowie Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 9.

¹⁸⁴ Somit können keine Rückschlüsse auf die untersuchten Elemente der Grundgesamtheit gezogen werden. Jedoch können anhand der erhobenen Daten hierfür notwendige inferenzstatistische Analysen sowie eine multivariate Ergebnisdarstellung nachgeholt werden. Ausführliche Datentabellen mit Anteilsberechnungen befinden sich im Anhang dieser Arbeit.

¹⁸⁵ Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 9.

¹⁸⁶ Vgl. Diekmann (2011), S. 374, 516ff.

6.1 Anzahl und Ausmaß der gewalthaltigen Übergriffe

Wie bereits erläutert, konnten 146 auswertbare Datensätze zur Auswertung hinzugezogen werden. Insgesamt 45 Teilnehmer (30,8%) geben an, in den letzten 12 Monaten Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs - inkludiert sind alle Arten von Gewalt - geworden zu sein. Dieser Wert ist im Vergleich zu den durch *Schablon, Zeh, Wendeler et al. (2012)* erhobenen Werten (79% Betroffene von verbaler Aggression und 56% von körperlicher Gewalt) vergleichsweise niedrig.¹⁸⁷

In Frage 2 wurden die Teilnehmer gebeten, die Anzahl der in den letzten 12 Monaten erlebten gewalthaltigen Erfahrungen / Übergriffe anzugeben. Um kein bestimmtes Antwortspektrum vorzugeben, wurde die Frage als offene Frage formuliert. Unter Anwendung der Clusteranalyse¹⁸⁸ wurden verschiedene Kategorien identifiziert, in welche die Antworten eingeordnet werden konnten. Welche Antworten zu welchen Kategorien zugeordnet wurden, kann nachfolgender Tabelle entnommen werden.

Tabelle 3: Clustering der Antworten zu Frage 2

Kategorie	eingetragene Antworten
einmal	1 / einmal / 1x Mal
zweimal	1-2 / 2 / 2-3 mal / zweimal / 1x halbjährlich
(eher) selten	(eher) selten / nicht sehr oft / unregelmäßig
mehrfach	mehrmals / mehrfach / (einige) Male
monatlich	(mindestens) 1x monatlich
wöchentlich	wöchentlich
oft / häufig	des Öfteren / (sehr) oft / öfter / häufig / gehäuft
(fast) täglich	(fast) täglich
keine Antwort	-

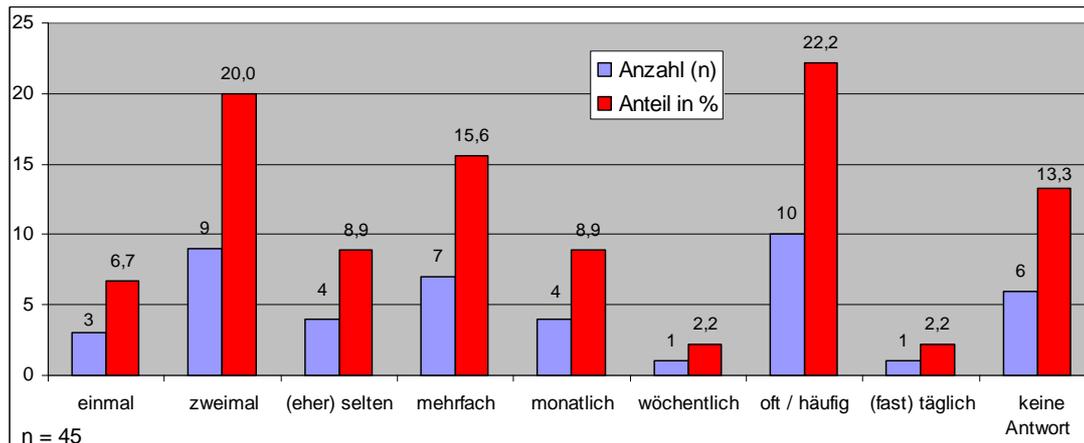
Bei der Kategorisierung wurde sich strikt am Wortlaut der eingetragenen Antworten orientiert. Ein Teilnehmer, welcher die Antwort „*mehrfach ca. 10x*“

¹⁸⁷ Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 5.

¹⁸⁸ Vgl. Häder (2010), S. 434.

eingetragen hatte, wurde der Kategorie *mehrfach* zugeordnet. Wie auch an diesem Beispiel deutlich wird, sind die Grenzen zwischen den Kategorien als fließend anzusehen.¹⁸⁹ Dennoch bringt die Auswertung der Antworten Aufschluss hinsichtlich der Anzahl der erlebten gewalthaltigen Übergriffe. Wie der nachstehenden Abbildung zu entnehmen ist, sind die wenigsten Betroffenen nur *einmal* (6,7%) Opfer einer solchen Tat geworden.

Abbildung 3: Häufigkeit des Auftretens gewalthaltiger Übergriffe



Der größte Teil der Teilnehmer gibt an, *oft / häufig* (22,2%) oder *zweimal* (20,0%) Gewalt erfahren zu haben. Die zusammenfassende Betrachtung der Kategorien *mehrfach*, *wöchentlich*, *oft / häufig* sowie *(fast) täglich* ergibt, dass 3 von 5 Betroffenen (60%) im Betrachtungszeitraum mehrfach Opfer von Gewalt am Arbeitsplatz geworden sind.¹⁹⁰ Auch vor dem Hintergrund der nur schwer voneinander abgrenzbaren Kategorien müssen diese Zahlen als alarmierend eingestuft werden.

In vorliegender Studie wird das in wissenschaftlicher Literatur beschriebene, heterogene Bild der bisher zum Thema erhobenen Daten und Zahlen bestätigt.¹⁹¹ Die Zahlen werden in starkem Maße durch die jeweilige Erhebungs-

¹⁸⁹ Es konnten zwar eindeutige Kategorien herausgearbeitet werden, jedoch müssen die Bedeutungsinhalte der eingetragenen Antworten als vom einzelnen Teilnehmer abhängig betrachtet werden. Insgesamt 10 erlebte, gewalthaltige Erfahrungen / Übergriffe können vom Einzelnen als *häufig*, *(sehr) oft*, *mehrmals* oder *mehrfach* empfunden, aber auch als *unregelmäßig* oder *selten* eingestuft werden. Eine klare Abgrenzung der Kategorien ist nicht möglich, da die Semantik der Worte nicht festgelegt wurde und damit individuell verschieden ist.

¹⁹⁰ Aus diesem Grund wird bei diesem Teil der Befragten im Weiteren der Plural als Klammervermerk, d.h. Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en), angegeben.

¹⁹¹ Vgl. Gliederungspunkt 2.1.

methode bzw. das Erhebungsinstrument,¹⁹² der nicht einheitlich verwendeten Gewaltdefinition,¹⁹³ aber auch dem Erhebungszeitraum sowie von (sozio-) geografischen und kulturellen Variablen beeinflusst, wodurch direkte Vergleiche mit anderen Studien und gesicherte Aussagen über Prävalenzraten erschwert werden.¹⁹⁴ Der Anteil der Mitarbeiter von 30,8% innerhalb der Stichprobe, welche in den letzten 12 Monaten Opfer mindestens eines gewalthaltigen Übergriffs geworden sind, ist im Vergleich mit anderen Studien eher gering. Als alarmierend müssen die erhobenen Daten zur Anzahl der gewalthaltigen Erfahrungen interpretiert werden, da die Vielzahl der Teilnehmer über mehrfache gewalthaltige Übergriffe berichten. Dieses Ausmaß der gewalthaltigen Übergriffe konnte so im Vorfeld nicht erwartet werden.

¹⁹² Vgl. Zeh *et al.* (2009), S. 449.

¹⁹³ Vgl. u.a. Ferns (2005), S. 181; Needham *et al.* (2005), S. 284; Rippon (2000), S. 454 Wells & Bowers (2002), S. 238 sowie Zeh *et al.* (2009), S. 449.

¹⁹⁴ Vgl. Zeh *et al.* (2009), S. 449; Anmerkung des Verfassers: Auch die vergleichende Analyse der erhobenen Daten mit den durch Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012) in ihrer Studie erhobenen Daten ist aufgrund thematischer sowie methodischer Ähnlichkeiten, aber unterschiedlicher Erhebungsinstrumente nur eingeschränkt möglich.

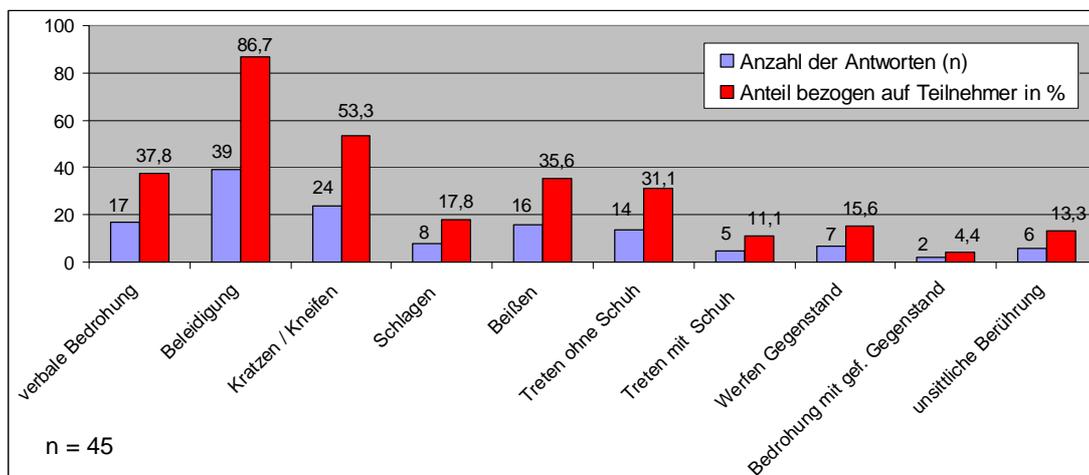
6.2 Qualität der gewalthaltigen Übergriffe

Wichtiges Kriterium zur Einstufung der Qualität des gewalthaltigen Übergriffs ist die Art der erlebten Gewaltanwendung. In Frage 3 sollten die Opfer eines oder mehrerer gewalthaltiger Übergriffe angeben, in welcher Form die Gewalt ausgeübt wurde. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden möglichst allumfassend und so formuliert, dass sie sich an strafrechtlich relevanten Handlungen orientieren und sich schließlich unter Straftatbestände, u.a. § 185 StGB - Beleidigung, § 223 StGB - einfache Körperverletzung, §§ 223, 224 StGB - gefährliche Körperverletzung oder auch § 241 StGB - Bedrohung, subsumieren lassen. Da Mehrfachnennungen und Freitexte bei dieser Frage ausdrücklich zugelassen wurden, konnten für die 45 Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) insgesamt 141 gültige Antworten registriert werden.

6.2.1 Gewaltarten

Die mit Abstand häufigste Form der erlebten Gewalt stellt mit 86,7% die tätliche oder verbale *Beleidigung* dar. Mehr als die Hälfte der Befragten (53,3%) gaben an, durch eine andere Person gekratzt oder gekniffen worden zu sein und mehr als jeder Dritte hat *verbale Bedrohungen* (37,8%) erlebt oder wurde bei der Dienstauführung gebissen (35,6%). Über den *Einsatz von gefährlichen (gef.) Gegenständen* (z.B. Messer, Kanüle, Skalpell etc.) wurde durch niemanden berichtet.

Abbildung 4: Gewaltarten bezogen auf Teilnehmer mit Gewalterfahrung



Die Antwortmöglichkeit *Nötigung / Erpressung* wurde durch drei Befragte angekreuzt (6,7%), wobei von diesen ausdrücklich die Antwort *Nötigung* markiert wurde. Antworten außerhalb des vorgegebenen Antwortspektrums in Form von Freitexten wurden nach erfolgter, logischer Datenbereinigung nicht registriert.¹⁹⁵ Die Ergebnisse indizieren, dass verbale Gewaltanwendungen innerhalb der Stichprobe häufiger auftreten als körperliche Gewalt. Diese Aussage soll im Weiteren eingehender untersucht werden. Zur besseren Handhabbarkeit und Vergleichbarkeit der erhobenen Daten mit anderen wissenschaftlichen Studien zum Thema wurden die registrierten Antworten nun den Kategorien *verbale Gewalt* sowie *körperliche Gewalt* zugeordnet. Eine zuvor anberaumte Einklassifizierung der gewalthaltigen Handlungen in Straftatbestände nach dem StGB wurde aus folgenden Gründen verworfen:

- Einschätzung und Angabe der Formen der gewalthaltigen Übergriffe erfolgen durch juristische Laien¹⁹⁶
- fehlende Erhebung des subjektiven Tatbestandes (Vorsatz / Fahrlässigkeit etc.)
- geringere Vergleichbarkeit der Antworten mit Ergebnissen aus anderen Studien

Die registrierten Antworten für *verbale Bedrohung* und *Beleidigung* werden der Kategorie *verbale Gewalt* zugeordnet. Alle anderen neun Antwortmöglichkeiten (ausgenommen sind die Antwortmöglichkeiten für *Nötigung / Erpressung* sowie *sonstiges, und zwar:*)¹⁹⁷ wurden aufgrund ihrer Charakteristik in die Kategorie *körperliche Gewalt* eingeordnet. Bezogen auf alle Antworten (n = 141) entfallen 82 Antworten (58,2%) auf die Kategorie *körperliche Gewalt* und 56 Antworten (39,7%) können der Kategorie *verbale Gewalt* zugeordnet werden. Demnach ist der Anteil körperlicher Gewalt bezogen auf alle Antworten größer als der der verbalen Gewalt. Dies liegt jedoch an dem Mehr an vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, welche aufgrund ihrer Charak-

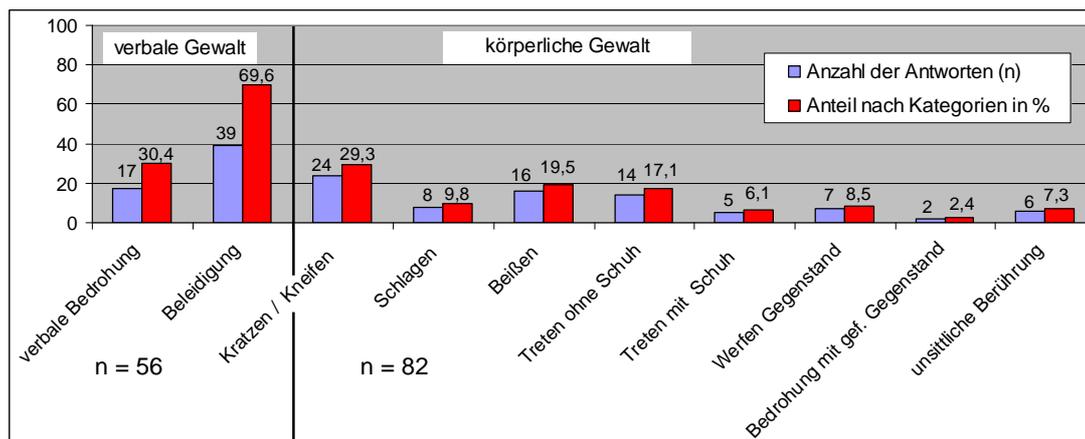
¹⁹⁵ Vgl. Gliederungspunkt 5.3.

¹⁹⁶ Ob die als *verbale Bedrohung* wahrgenommene Handlung tatsächlich den objektiven Tatbestand einer Bedrohung gem. § 241 StGB erfüllt, kann nicht nachvollzogen werden.

¹⁹⁷ Diese drei registrierten Antworten für *Nötigung / Erpressung* (2,1%) konnten keiner der beiden Kategorien uneindeutig zugeordnet werden und blieben daher in der Analyse unberücksichtigt. Gleiches gilt für die Antwortmöglichkeit *sonstiges, und zwar:*, für die jedoch keine Antworten registriert wurden.

teristik der Kategorie *körperliche Gewalt* zugeordnet werden mussten. Es indiziert keinesfalls ein Überwiegen von körperlicher Gewalt bezogen auf den Untersuchungsraum bzw. auf die Teilnehmer der Stichprobe. Vielmehr kann körperliche Gewalt durch zahlreiche Handlungsvarianten ausgeübt werden. Auch deswegen wird körperliche Gewalt innerhalb der Untersuchung facettenreicher beschrieben. Dies führt aufgrund zugelassener Mehrfachnennungen, bezogen auf alle Antworten, zu einer Überrepräsentation dieser Kategorie und bildet nicht die Realität ab. Eine Bereinigung kann über die Berechnung des Mittelwertes für beide Kategorien erfolgen. Dieser liegt für die Kategorie *verbale Gewalt* bei 28 und für die Kategorie *körperliche Gewalt* bei 9,1. Anhand dieser Werte wird deutlich, dass verbale Gewalt ca. dreimal häufiger auftritt als körperliche Gewalt.

Abbildung 5: Darstellung der Gewaltarten als Anteile der Kategorien verbale Gewalt und körperliche Gewalt

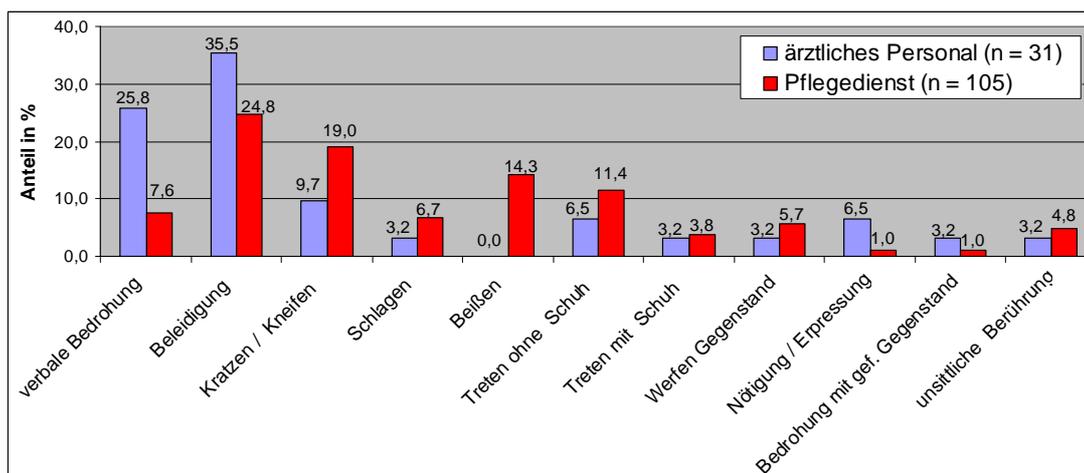


Die tätlichen und verbalen Beleidigungen (69,6%) haben innerhalb der Kategorie *verbale Gewalt* den größten Anteil. Durch vorhergehende Abbildung wird auch die in vorliegender Studie facettenreichere Beschreibung der Kategorie *körperliche Gewalt* veranschaulicht. Festgehalten werden kann, dass innerhalb der Kategorie *körperliche Gewalt* eher die leichteren Formen bzw. Arten der Gewalt dominieren. 75,7% der ausgeübten Gewalt kann strafrechtlich betrachtet im weitesten Sinne als (einfache) Körperverletzung gem. § 223 StGB eingeklassifiziert werden.

6.2.2 Gewaltarten nach gegenwärtigem Beruf

Eine Analyse der Gewaltarten nach der soziodemografischen Variable *gegenwärtiger Beruf* ergibt, dass, bezogen auf die Teilnehmer der Stichprobe, anteilmäßige Unterschiede existieren.¹⁹⁸ Mitarbeiter des Pflegedienstes (66,7%) scheinen häufiger von körperlicher Gewalt betroffen zu sein als das ärztliche Personal (32,2%). Vor allem die Gewaltarten *Beißen* (14,3%) sowie *Kratzen / Kneifen* (19,0%) scheinen im Pflegedienst häufiger aufzutreten als beim ärztlichen Personal. Diese Häufung könnte darin begründet liegen, dass es zuallererst Pflegekräfte sind, welche Handlungen mit direktem Körperkontakt, z.B. die Körperhygiene, die Medikamentengabe oder auch die Nahrungsaufnahme betreffend, durchführen und sich die Patienten hiergegen eher körperlich aktiv zur Wehr setzen.

Abbildung 6: Verteilung der Gewaltarten innerhalb der Berufsgruppen



Bei der Gruppe des ärztlichen Personals überwiegt die verbale Gewalt (61,3%). Besonders große anteilmäßige Unterschiede werden bei den *verbalen Bedrohungen* festgestellt. 25,8% der Mitarbeiter des ärztlichen Personals sind im Bezugszeitraum verbal bedroht worden. In der Gruppe des Pflegedienstes ist dieser Anteil mit 7,6% deutlich geringer.

¹⁹⁸ Eine Auswertung der Gruppen *sonstige Angestellte* und *keine Angabe* ist nicht zielführend. Die erhobenen Daten sind den im Anhang befindlichen Datentabellen (Tabellen IV und V) zu entnehmen.

6.2.3 Fazit

Gewalthaltige Übergriffe in Form von verbaler Gewalt sind innerhalb der Stichprobe am stärksten ausgeprägt. Werden die Übergriffe durch körperliche Gewalt ausgeübt, handelt es sich meist um leichtere Körperverletzungen. Auch werden berufsgruppenspezifische Unterschiede konstatiert, wobei auch hier Risiken eines *Recall Bias* sowie *Selektionsbias* nicht in Gänze ausgeschlossen werden können.

6.3 Raum- und zeitbezogene Merkmale

Mögliche Tatorthäufungen und/oder Schwerpunktzeiten sollen anhand der Fragen 6, 7, 9 und 10 herausgearbeitet werden. Mit diesen Fragen sollten Ort und Zeit der gewalthaltigen Übergriffe möglichst genau erfasst werden.

6.3.1 Tatorte nach Kliniken und Abteilungen des Krankenhauses

Betrachtet man die Verteilung der gewalthaltigen Übergriffe bezogen auf die Kliniken und Abteilungen des AMEOS Klinikums Aschersleben zeigt sich, dass vier Kliniken deutlich mehr belastet scheinen, als die übrigen Kliniken und Abteilungen des Krankenhauses. Gleichzeitig treten, wie nachfolgender Tabelle zu entnehmen ist, bestimmte Kliniken und Abteilungen gar nicht als Tatorte für gewalthaltige Übergriffe in Erscheinung.¹⁹⁹ Die Kliniken für *Anästhesiologie und Intensivtherapie* sowie für *Innere Medizin* weisen mit jeweils 13 registrierten Antworten (21,3%) die stärkste Belastung innerhalb der Untersuchung auf. Für die *Interdisziplinäre Patienten- und Notaufnahme* wurden 11 (18,0%) und für die *Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie* wurden 10 Antworten (16,4%) registriert. Angemerkt werden muss, dass *eine* registrierte Antwort (n) nicht mit *einem* gewalthaltigen Übergriff gleichgesetzt werden darf, da die Opfer von Gewalt mehrheitlich über eine Vielzahl von Übergriffen im Bezugszeitraum berichteten.²⁰⁰ Verschiedene wissenschaftliche Studien hatten herausgestellt, dass besonders die Notaufnahmen bzw. das dort ar-

¹⁹⁹ Da sich die Aussagen ausschließlich auf die Stichprobe beziehen, bedeutet das nicht, dass in diesen Kliniken und Abteilungen keine gewalthaltigen Übergriffe im Bezugszeitraum stattgefunden haben. Das Risiko eines *Recall Bias* und/oder eines *Selektionsbias* muss in Bezug auf alle registrierten Antworten bedacht und kann nicht in Gänze ausgeschlossen werden.

²⁰⁰ Vgl. Gliederungspunkt 6.1.

beitende ärztliche und pflegerische Personal häufiger von Gewalt bzw. gewalthaltigen Übergriffen betroffen sind.²⁰¹

Tabelle 4: Tatorte der gewalthaltigen Übergriffe nach Klinik und Abteilung

Kategorie(n)	Anzahl der Antworten (n)	Anteile bezogen auf Antworten in %
Anästhesiologie und Intensivtherapie	13	21,3
Innere Medizin	13	21,3
Interdisziplinäre Patienten- und Notaufnahme	11	18,0
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	10	16,4
Gynäkologie und Geburtshilfe	4	6,6
Kinder- und Jugendmedizin	3	4,9
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	3	4,9
sonstiges, und zwar:	2	3,3
Urologie und Kinderurologie	2	3,3
Funktionsdiagnostik (EKG usw.)	0	0,0
Pathologie	0	0,0
Physiotherapie	0	0,0
Röntgendiagnostik	0	0,0
Zentrallabor	0	0,0
gesamt	61	100,0

Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012) haben nachgewiesen, dass das Arbeiten in bestimmten Arbeitsbereichen das Risiko, körperliche und verbale Gewalt im Dienst zu erfahren, erhöhen. Jedoch sind demzufolge die Mitarbeiter der stationären Altenpflege signifikant häufiger von verbaler und körperlicher Gewalt betroffen.²⁰² Mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie können diese Annahmen weder verifiziert noch falsifiziert werden. Zugunsten einer Erhöhung der Anonymität wurde in vorliegender Untersuchung darauf verzichtet, den originären *Arbeitsbereich* der Teilnehmer im Krankenhaus (Klinik, Station etc.) als soziodemografische Variable zu erfassen. Dadurch können die registrierten Antworten weder in Bezug auf die Stichprobe noch mit

²⁰¹ Vgl. Al-Sahlawi *et al.* (1999a), S. 301ff.; Chappell & Di Martino (2006), S. 86; Duncan *et al.* (2001), S. 69ff.; Kowalenko *et al.* (2012), S. 429ff. Pich *et al.* (2010), S. 268, zit. nach Lau *et al.* (2004), S. 27ff. sowie Whittington (1997), S. 53, zit. nach HSAC (1987).

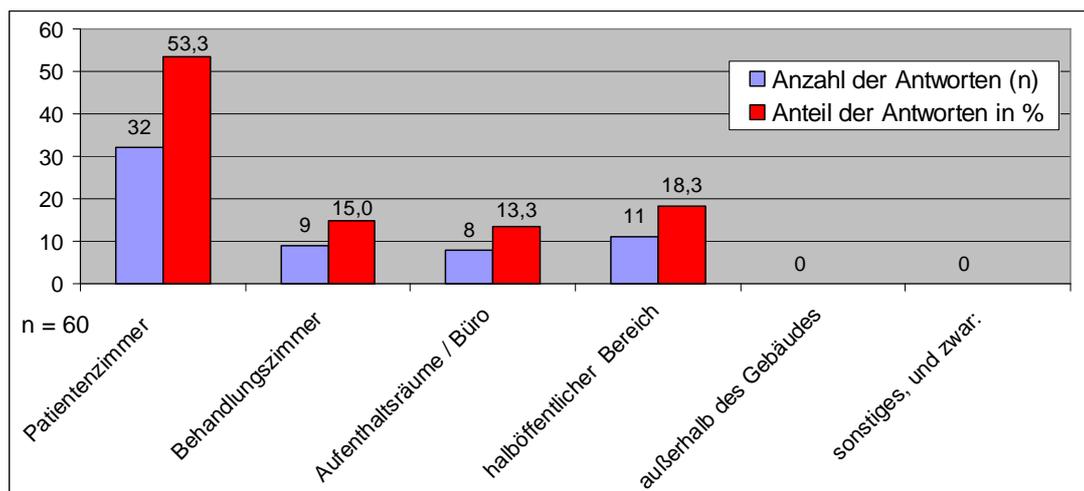
²⁰² Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 4.

den dbzgl. erhobenen Angaben der Grundgesamtheit ins Verhältnis gesetzt werden.²⁰³

6.3.2 Tatorte nach Bereichen des Krankenhauses

Um den Tatort möglichst genau zu beschreiben, wurden weiterhin die Bereiche des Krankenhauses erhoben, in welchem sich der gewalthaltige Vorfall ereignete. Da es auch hier zu Mehrfachnennungen kam, wurden bei dieser Frage insgesamt 60 Antworten registriert. Wie in nachstehender Abbildung ersichtlich, sind die Tatorte mit 53,5% mehrheitlich die *Patientenzimmer*. Die Antworten *Behandlungszimmer*, *Aufenthaltsräume / Büro* und *halböffentliche Bereiche* sind relativ gleichmäßig verteilt. *Außerhalb des (Krankenhaus-) Gebäudes z.B. auf dem Weg zum Parkplatz* wurde keiner der Befragten Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs.

Abbildung 7: Tatorte der gewalthaltigen Übergriffe nach Bereichen²⁰⁴



Da *Patienten-* und *Behandlungszimmer* über zwei Drittel (68,3%) der Tatorte ausmachen, scheinen es direkte Patientenkontakte z.B. bei der Patientenaufnahme, der Körperhygiene oder der somatischen Pflege zu sein, aus welchen heraus sich die gewalthaltigen Vorfälle entwickeln.²⁰⁵

²⁰³ Für gesicherte Schlussfolgerungen muss die Variable *Arbeitsbereich* erhoben werden. Erst hierdurch sind weiterführende Berechnungen in Bezug auf Tatorthäufungen möglich und auch Vergleiche mit anderen Studien werden gewährleistet. Um die Angst der Teilnehmer, identifiziert zu werden, zu reduzieren, sollte ihnen jedoch auch die Möglichkeit eingeräumt werden, keine Angaben zum *Arbeitsbereich* zu machen.

²⁰⁴ Zwecks besserer grafischer Formatierung wurden die Antwortmöglichkeiten des Fragebogens für die Abbildung gekürzt. Die ausführlichen Antwortmöglichkeiten und weitere Berechnungen können den im Anhang befindlichen Datentabellen - Tabelle VI und Tabelle VII - entnommen werden.

²⁰⁵ Vgl. Richter (2007), S. 54.

Analysiert man die Tatorte nach der Variablen *gegenwärtiger Beruf* wird deutlich, dass innerhalb der Gruppe des Pflegedienstes mit einem Anteil von 57,5% deutlich mehr Mitarbeiter das *Patientenzimmer* als Tatort benennen als Mitarbeiter des ärztlichen Personals (38,9%). Dagegen werden anteilmäßig in der Gruppe ärztliches Personal das *Behandlungszimmer* und der *halböffentliche Bereich* häufiger als Tatorte benannt als in der Gruppe des Pflegedienstes.²⁰⁶ Aufgrund der kleinen Zahlen muss dieses Phänomen jedoch als Tendenz und weniger als gesicherte Tatsache bewertet werden.

6.3.3 Tatzeiten

Das Risiko eines Pflegedienstmitarbeiters, Opfer von Gewalt zu werden, variiert von der Tageszeit und dem Wochentag.²⁰⁷ Einige wissenschaftliche Studien zum Thema weisen nach, dass das größte Risiko jedoch die späten Abendstunden und die Nachtschichten darstellen.²⁰⁸ Durch die in der Untersuchung erhobenen Daten können keine Schwerpunktzeiten gewalthaltiger Übergriffe ausgemacht werden. Auch erwähnenswerte Tendenzen lassen sich weder hinsichtlich der Wochenzeit (werktags vs. Wochenende) noch hinsichtlich der Tageszeit (orientiert am 8h-Schichtrythmus) erkennen.²⁰⁹ Dies dürfte einerseits an Erinnerungslücken liegen, welche dem relativ großen Bezugszeitraum geschuldet sind. Bei der Frage 9 entfallen 17 von 49 registrierten Antworten (34,7%) auf die Antwortmöglichkeit *keine Angabe*. Bei der Frage 10 (n = 63) ist dieser Anteil mit 22,2% etwas geringer. Betrachtet man in Frage 10 die Teilnehmer mit Gewalterlebnissen (n = 45), so steigt dieser Anteil aber auch auf 31,1%. Andererseits konnte zuvor nicht erwartet werden, dass eine Vielzahl von Teilnehmern im Bezugszeitraum über mehrere gewalthaltige Vorfälle berichten.²¹⁰ Wäre dies erwartet worden, hätten die Fragen im Fragebogen anders ausformuliert werden müssen. So hätten die Betroffenen beispielsweise direkt zu ihrerseits festgestellten Schwerpunktzeiten befragt werden können. Das Risiko von Erinnerungsverzerrungen be-

²⁰⁶ Siehe im Anhang befindliche Grundtabellen (Tabelle VI und VII).

²⁰⁷ Vgl. Duncan *et al.* (2001), S. 61.

²⁰⁸ Vgl. u.a. Arnetz *et al.* (1996), S. 119ff. sowie Yassi *et al.* (1998), S. 484ff.; im Gegensatz hierzu: Lundström *et al.* (2007), S. 86.

²⁰⁹ Siehe im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 9 und Frage 10.

²¹⁰ Vgl. Gliederungspunkt 6.1.

stünde allerdings weiter. Auch ist fraglich, ob solche subjektiven Einschätzungen gesicherte Erkenntnisse nach sich ziehen.

6.3.4 Fazit

In puncto raumbezogener Faktoren können anhand der erhobenen Daten Schwerpunkte ausgemacht werden. Bezogen auf Klinikbereiche sind dies vor allem die *Anästhesiologie und Intensivtherapie*, die *Innere Medizin*, die *Interdisziplinäre Patienten- und Notaufnahme* sowie die *Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie*, welche gehäuft als Tatorte registriert werden konnten. Betrachtet man bestimmte Bereiche des AMEOS Klinikums Aschersleben, kristallisieren sich die *Patientenzimmer* als kriminogene Orte heraus, wobei tendenziell berufsgruppenspezifische Unterschiede existieren.

Betreffs der zeitbezogenen Faktoren muss beachtet werden, dass der Beobachtungszeitraum fast ein Jahr (letzte 12 Monate) zurückreichen kann. Um möglichen Erinnerungslücken (*Recall Bias*) entgegenzuwirken, wurden deswegen die Antwortkategorien der erfragten Tages- und Wochenzeiträume in den Fragen 9 und 10 bewusst groß gefasst. Die Tatsache, dass die meisten Opfer über mehrere gewalthaltige Übergriffe im Beobachtungszeitraum berichten²¹¹ und daher oftmals mehrere Antwortmöglichkeiten bei den Fragen 9 und 10 angekreuzt haben, reduziert die Aussagekraft der erhobenen Daten hinsichtlich etwaiger Schwerpunktzeiten. Die einzige Möglichkeit, hinsichtlich der Tatzeit konkrete und eindeutige Aussagen zu erhalten, ist, Opfer unmittelbar nach einem gewalthaltigen Übergriff einen Fragebogen ausfüllen zu lassen. Hierdurch könnten Erinnerungslücken auf ein Minimum reduzieren werden. Der „Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R)“²¹² Fragebogen wäre für solche Zwecke ein geeignetes und einfach zu handhabendes Erhebungsinstrument.

²¹¹ Vgl. Gliederungspunkt 6.1.

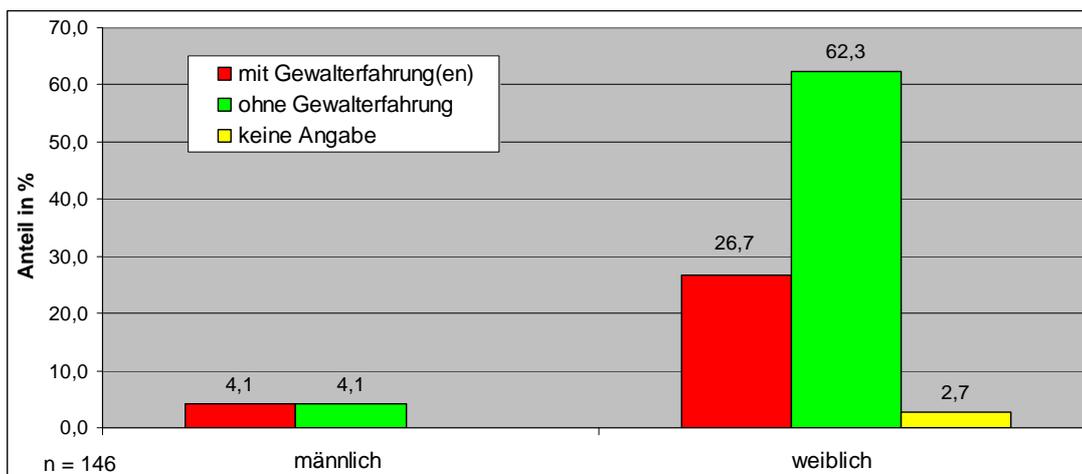
²¹² Zur Entwicklung des Fragebogens vgl. Nijmen *et al.* (1999), S.197ff.

6.4 Personenbezogene Merkmale / Risikofaktoren

6.4.1 Opfermerkmale

Betrachtet man die Anzahl der gewalthaltigen Übergriffe nach der Variable *Geschlecht* so zeigt sich, dass innerhalb der Stichprobe deutlich mehr weibliche Teilnehmer (n = 39) in den letzten 12 Monaten einen gewalthaltigen Übergriff erlebt haben als männliche Befragte (n = 6).²¹³ Diese Ergebnisse werden in nachfolgender Abbildung als Anteile grafisch dargestellt.

Abbildung 8: Verteilung der gewalthaltigen Übergriffe nach Geschlecht



Demzufolge sind 86,7% der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) weiblichen Geschlechts.²¹⁴ Jedoch lässt sich anhand dieser Zahlen nicht belegen, dass das weibliche Geschlecht eine Art Risikofaktor darstellt. Verschiedene Studien belegen eher, dass es keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen der soziodemografischen Variable *Geschlecht* und einer etwaigen Gewalterfahrung gibt.²¹⁵ Vielmehr seien es andere Faktoren, wie der (Arbeits-)Stress,²¹⁶ der Arbeitsbereich,²¹⁷ das Lebensalter²¹⁸ und mangelnde (Dienst-)Erfahrung,²¹⁹ welche das Risiko einer gewalthaltigen Erfahrung in medizinischen und pflegerischen Berufsfeldern erhöhen. Bei der Betrachtung

²¹³ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle I).

²¹⁴ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle III).

²¹⁵ Vgl. u.a. Whittington *et al.* (1996), S. 329; Hegney *et al.* (2010), S. 200; Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 7 sowie Wells & Bowers (2002), S. 235; im Gegensatz hierzu Duncan *et al.* (2001), S. 67ff..

²¹⁶ Vgl. Hegney *et al.* (2010), S. 200.

²¹⁷ Vgl. Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 4-5.

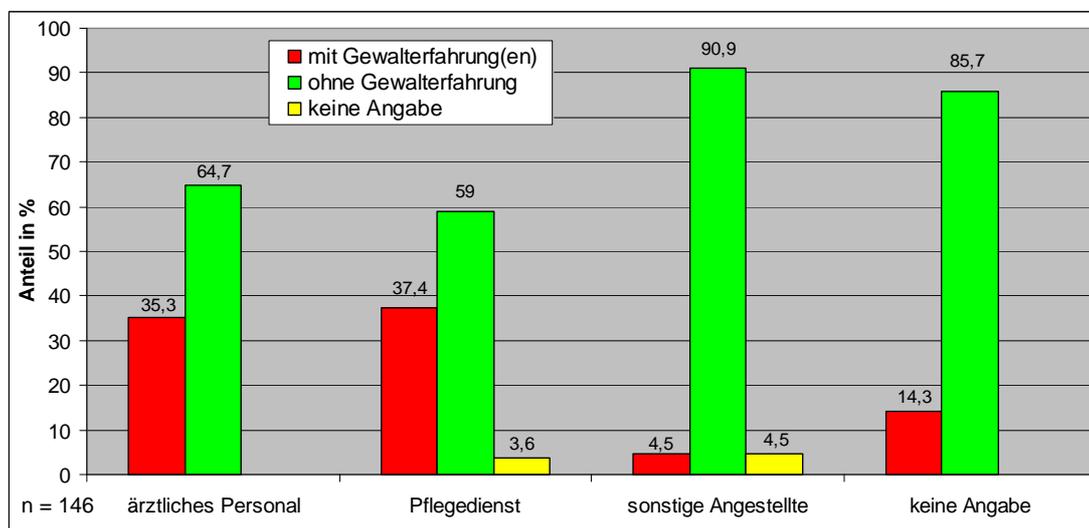
²¹⁸ Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 4-5 sowie Whittington (1997) S. 52, 54.

²¹⁹ Vgl. Whittington (1997), S. 52-53.

der Zahlen wird weiterhin deutlich, dass 50% der teilnehmenden Männer im Bezugszeitraum einen gewalthaltigen Übergriff erlebt haben. Bei den Frauen liegt dieser Anteil lediglich bei 29,1%.²²⁰ Der Unterschied scheint jedoch eher der geringen Teilnahme männlicher Probanden geschuldet, als dass das männliche Geschlecht tatsächlich einen Risikofaktor darstellt.

Bezogen auf die Variable *gegenwärtige berufliche Stellung / Position* (im Weiteren: *gegenwärtiger Beruf*) ist, wie in nachfolgender Abbildung ersichtlich, die erfahrene Gewalt zwischen den Gruppen des ärztlichen Personals und des Pflegedienstes relativ ausgeglichen verteilt, wobei die Gewalterfahrungen im Pflegedienst etwas überwiegen.

Abbildung 9: Gewalthaltige Übergriffe nach gegenwärtigem Beruf²²¹



Hier kann eine Konsistenz zwischen den Daten der vorliegenden Untersuchung zu den durch *Whittington et al.* (1996) sowie *Wells & Bowers* (2002) erhobenen Daten festgestellt werden.²²² Insgesamt 12 Teilnehmer des *ärztlichen Personals* (35,3%) und 31 Teilnehmer des *Pflegedienstes* (37,3%) haben in den letzten 12 Monaten mindestens einen gewalthaltigen Übergriff erfahren.²²³ Dagegen gab lediglich ein Teilnehmer aus der Gruppe der *sonstigen Angestellten* (4,5%) an, im benannten Zeitraum Opfer eines gewalthal-

²²⁰ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle II).

²²¹ Abbildung stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle II - dar.

²²² Vgl. *Whittington et al.* (1996), S. 329 sowie *Wells & Bowers* (2002), S. 235; Anmerkung der Verfasser: U.a. aufgrund der unterschiedlichen Erhebungs(zeit)räume und Erhebungsinstrumente können beide Studien nur bedingt miteinander verglichen werden.

²²³ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle II).

tigen Übergriffs geworden zu sein. Ein Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) machte von der Möglichkeit Gebrauch, keine Angaben zu seiner gegenwärtigen beruflichen Position zu machen. Extrahiert man die Gruppen des *ärztlichen Personals* und des *Pflegedienstes*, so liegt der Anteil der Teilnehmer mit gewalthaltigen Erfahrungen bei 36,8%. Das bedeutet, dass mehr als jeder dritte Teilnehmer der Befragung, welcher als Arzt oder im Pflegedienst am AMEOS Klinikum Aschersleben tätig ist, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs geworden ist. Die Daten indizieren weiterhin, dass bestimmte Faktoren die Prävalenzraten des *ärztlichen Personals* und des *Pflegedienstes* gegenüber anderen Berufsgruppen erhöhen. Worauf sich diese Unterschiede begründen und ob es Risikofaktoren gibt, muss im Weiteren untersucht werden.

Eine Betrachtung der Variable *Alter* ergibt, dass sich von 45 Teilnehmern mit Gewalterfahrung(en) 18 Befragte (40%) im Alter von *36 bis 45 Jahre* sowie weitere 18 Befragte im Alter von *46 bis 55 Jahre* befinden.²²⁴ Allerdings ist der Anteil dieser zwei Altersgruppen mit 76,7%²²⁵ ebenfalls sehr hoch, so dass die Überrepräsentation eher in der Altersstruktur der Stichprobe begründet sein dürfte. Im Gegensatz zu anderen Studien lassen sich in den erhobenen Daten jedoch keine Hinweise feststellen, dass jüngere Mitarbeiter des Krankenhauses ein höheres Risiko haben, Opfer von körperlicher oder verbaler Gewalt zu werden.²²⁶ Auch der in einigen Studien festgestellte Zusammenhang zwischen der Variable *Dienstalter* sowie der hieraus resultierenden Berufserfahrung und der Wahrscheinlichkeit der Opferwerdung wird in der Wissenschaft eher ambivalent betrachtet.²²⁷ In vorliegender Untersuchung weist die Gruppe mit *16 bis 25 Jahre* Diensterfahrung mit 33,3% (n = 15) die stärkste Belastung auf. Der Anteil dieser Gruppe an allen Teilnehmern (n = 146) beträgt 20,3%.²²⁸ Folglich könnte die Variable *Dienstalter* einen Risikofaktor darstellen, allerdings im Gegensatz zu den bisher bekann-

²²⁴ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle III).

²²⁵ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle I).

²²⁶ Vgl. u.a. Hegney *et al.* (2010); im Gegensatz hierzu Schablon, Zeh Wendeler *et al.* (2012), S. 1, 4 sowie Whittington (1997), S. 52, 54.

²²⁷ Vgl. u.a. Hegney *et al.* (2010), S. 200; im Gegensatz hierzu Whittington (1997), S. 52 sowie Wells & Bowers (2002), S. 235.

²²⁸ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle I).

ten wissenschaftlichen Ergebnissen²²⁹ in der Form, dass ein höheres Dienstalter die Gefahr, Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs zu werden, sogar erhöht. Betrachtet man die Teilnehmergruppe mit einem Dienstalter von *16 bis 25 Jahre* gesondert, wird deutlich, dass die Anzahl der gewalthaltigen Vorfälle innerhalb dieser Gruppe ausgeglichen verteilt ist.²³⁰ Die anteilmäßig starke Belastung dieser Gruppe kann aber auch in einem *Selektionsbias* begründet liegen. Ob in vorliegender Untersuchung ein Zusammenhang zwischen der Variable *Dienstalter* und der Opferwerdung vorliegt, kann aufgrund der ausschließlich deskriptiv durchgeführten Analyse nicht abschließend geklärt werden.

6.4.2 Fazit

Innerhalb der Stichprobe wurden infolge der deskriptiven Datenanalyse keine Hinweise darauf gefunden, dass es einen bestimmten Faktor gibt, welcher das Risiko, Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs zu werden, erhöht. Betrachtet man Gewalt in einem größeren Kontext und als soziales Phänomen, kann der eine Risikofaktor ohnehin nicht existieren. Vielmehr wird Gewalt zwischen den beteiligten Personen durch interaktionsbezogene Faktoren, z.B. eine gegen den Willen hervorgerufen Stimulation und soziale Distanz sowie weitere situations- und umweltbezogenen Faktoren, beeinflusst.²³¹ Auch insgesamt existieren in der wissenschaftlichen Diskussion ambivalente Aussagen zum Zusammenhang zwischen den Gewalterfahrungen und personen- bzw. opferbezogenen Merkmalen, u.a. (*Dienst-*)*Alter* und *Geschlecht* der Opfer.²³² Die erhobenen Daten der vorliegenden Untersuchung spiegeln diese konträren Forschungsergebnisse wider.

6.4.3 Tätermerkmale

Täter der gewalthaltigen Übergriffe stellen zu fast zwei Dritteln (64,3%) *Patienten* dar. Sie sind in vorliegender Untersuchung die Hauptquelle der Gewalt. Bezogen auf alle Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) (n = 45) haben

²²⁹ Vgl. u.a. Whittington (1997), S. 52 sowie Wells & Bowers (2002), S. 235.

²³⁰ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle I-III).

²³¹ Vgl. Whittington (1997), S. 52.

²³² Vgl. u.a. Zeh *et al.* (2009), S. 456; Hegney *et al.* (2010), S. 200; Whittington (1997), S. 52 sowie Wells & Bowers (2002), S. 235.

36 (80,0%) bereits mindestens einen gewalthaltigen Übergriff erfahren, in denen ein Patient der Täter war.²³³ Auch andere Studien bestätigen, dass *Patienten* am häufigsten die Quelle der Gewalt darstellen.²³⁴ Neben *Angehörigen* von Patienten (16,1%) treten aber auch *Kollegen* (14,3%) als Täter in Erscheinung.²³⁵ Auch wenn die Zahlen derjenigen Gewalterfahrungen, in welchen die Kollegen als Täter in Erscheinung treten, anteilmäßig relativ gering sind, müssen sie trotzdem als bedenklich eingestuft werden. Wissenschaftlich belegt ist, dass gerade die Gewalt durch Kollegen, insbesondere in Form von Mobbing am Arbeitsplatz, schwerwiegende psychische Schäden bei den Opfern hervorruft,²³⁶ das persönliche Wohlbefinden nachhaltig beeinträchtigt²³⁷ und beim jeweiligen Unternehmen auch große wirtschaftliche Schäden verursacht.²³⁸ Wie nachstehender Tabelle zu entnehmen ist, handeln die Täter in vorliegender Untersuchung in der Mehrzahl allein. Nur selten wird die Gewalt durch zwei oder mehr als zwei Täter ausgeübt.

Tabelle 5: Person des Täters bezogen auf Anzahl der Täter

Kategorie(n)	1 Täter		2 Täter		mehr als 2 Täter		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Patient(en)	30	53,6	2	3,6	0	0,0	4	7,1	36	64,3
Angehörige(r)	7	12,5	0	0,0	1	1,8	1	1,8	9	16,1
Besucher	2	3,6	1	1,8	0	0,0	0	0,0	3	5,4
Kollege(n)	5	8,9	1	1,8	0	0,0	2	3,6	8	14,3
sonstige, und zwar:	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesamt	44	78,6	4	7,1	1	1,8	7	12,5	56	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 11: <i>Person des Täters</i> registriert wurden. (n = 56)										

Was das Geschlecht der handelnden Täter (Frage 13) betrifft, ist die Antwortmöglichkeit *es waren sowohl männliche als auch weibliche Täter* mit einem Anteil von 46,7% am häufigsten angekreuzt worden.²³⁹ Dies liegt darin

²³³ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 11.

²³⁴ Vgl. Arnetz & Arnetz (2001), S. 422; Duncan *et al.* (2001), S. 67ff. und Hegney *et al.* (2010), S. 191.

²³⁵ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 11.

²³⁶ Vgl. EU-OSHA (2002a), Facts 23, S. 1.

²³⁷ Vgl. Mayhew & Chappell (2007), S. 337, 338.

²³⁸ Vgl. ebd. sowie Stehr (2012) und Odenkirchen (2013).

²³⁹ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung (Frage 13).

begründet, dass die Mehrheit der Teilnehmer im Untersuchungszeitraum mehrfach Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs geworden sind.²⁴⁰ Trotz allem werden innerhalb der Stichprobe mehr männliche (42,2%) als weibliche Täter (11,1%) registriert,²⁴¹ sodass sich insgesamt Übereinstimmungen zur geschlechtsbezogenen Struktur aller Tatverdächtigen in Deutschland, bezogen auf alle Straftaten, konstatieren lassen.²⁴² Im Gegensatz zur polizeilich registrierten Tatverdächtigenbelastung, welche ältere Menschen ab 60 Jahre als Gruppe mit der statistisch geringsten Delinquenzbelastung ausweist,²⁴³ sind die Täter in der Stichprobe auffällig hohen Alters.²⁴⁴ Bezogen auf alle registrierten Antworten zur Frage (n = 72) entfallen 52,8% (n = 38) auf die zusammengefasste Gruppe der Täter *ab 61 Jahre*. Auffällig wenig hingegen werden Jugendliche und Heranwachsende als Täter benannt.²⁴⁵ In der wissenschaftlichen Literatur zum Thema werden kognitive und mentale Beeinträchtigungen im Allgemeinen sowie Demenzerkrankungen im Besonderen angeführt und damit Gewalt gegenüber Pflegepersonal, insbesondere durch ältere Menschen, begründet.²⁴⁶

Die Auswertung der Frage 15 ergibt, dass 15,6% der Befragten angeben, dass der oder die Täter bei der Tatbegehung unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und/oder anderen berauschenden Mitteln standen.²⁴⁷ Über ein Drittel (37,8%) berichten, dass dies teilweise der Fall war. Dies ist nachvollziehbar, da sich diese Angaben, wie erläutert, auf mehrfache gewalthaltige Übergriffe beziehen.²⁴⁸ Somit scheint, wie bereits durch andere Studien belegt, die Gewaltbereitschaft durch den Konsum von Alkohol, Drogen und/oder anderen berauschenden Mitteln auf Patientenseite zu steigen.²⁴⁹ Wie durch nachstehende Tabelle 6 veranschaulicht, indizieren die erhobenen Daten, dass es

²⁴⁰ Siehe Gliederungspunkt 6.1.

²⁴¹ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 13.

²⁴² Vgl. u.a. BKA (2012), S. 56, 57.

²⁴³ Vgl. PKS (2011), S. 114.

²⁴⁴ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 14.

²⁴⁵ Dies könnte in der vermuteten Unterrepräsentation von Mitarbeitern der Interdisziplinären Patienten- und Notaufnahme begründet liegen.

²⁴⁶ Vgl. Pich *et al.* (2010), S. 270; Whittington *et al.* (1996), S. 330 sowie Zeh, Schablon, Wendeler *et al.* (2012), S. 5,6.

²⁴⁷ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 15.

²⁴⁸ Vgl. Gliederungspunkt 6.1.3.

²⁴⁹ Vgl. u.a. Miller (2000), S. 300 sowie Catlette (2005), S. 524.

vor allem jüngere Täter sind, welche bei der gewalthaltigen Handlung unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen Suchtmitteln stehen.

Tabelle 6: Alkohol- bzw. Suchtmittelmissbrauch nach Täteralter²⁵⁰

Kategorie(n)	ja		keine Angabe		teils, teils		nein		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
bis 13 Jahre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14 bis 20 Jahre	0	0,0	0	0,0	1	2,9	0	0,0	1	1,4
21 bis 30 Jahre	4	40,0	0	0,0	3	8,8	0	0,0	7	9,7
31 bis 40 Jahre	1	10,0	0	0,0	2	5,9	3	11,1	6	8,3
41 bis 50 Jahre	1	10,0	1	100,0	4	11,8	4	14,8	10	13,9
51 bis 60 Jahre	1	10,0	0	0,0	4	11,8	5	18,5	10	13,9
61 bis 70 Jahre	1	10,0	0	0,0	6	17,6	6	22,2	13	18,1
71 bis 80 Jahre	1	10,0	0	0,0	8	23,5	5	18,5	14	19,4
ab 81 Jahre	0	0,0	0	0,0	2	5,9	3	11,1	5	6,9
keine Angabe	1	10,0	0	0,0	4	11,8	1	3,7	6	8,3
gesamt	10	100,0	1	100,0	34	100,0	27	100,0	72	100,0

6.4.4 Fazit

Bezogen auf die Angaben innerhalb der Stichprobe können *Patienten* und deren *Angehörige* als Hauptquellen der Gewalt ausgemacht werden. Jedoch kommt auch Gewalt innerhalb des Kollegenkreises nicht selten vor. Da vor allem die Patienten die Gruppe der jüngeren Täter (bis 30 Jahre), aber auch die Gruppe der älteren Täter (ab 61 Jahre) abbilden,²⁵¹ können zwei Tätergruppen herausgearbeitet werden. Es handelt sich zum einen um ältere Personen (ab 61 Jahre), wobei sich in der Literatur Hinweise dafür finden lassen, dass in dieser Gruppe erkrankungsbedingte, kognitive und mentale Beeinträchtigungen, z.B. eine Demenzerkrankung, die gewalthaltigen Handlungen hervorrufen.²⁵² Zum anderen ist es die Gruppe der jüngeren Personen, welche unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und/oder anderen berauschenden Mitteln Gewalt gegenüber dem medizinischen und pflegerischen Personal ausübt. Weiterhin sind es, über alle Tätergruppen bzw. deren Alter konstant, vorwiegend männliche Täter, von welchen gewalthaltige Übergriffe ausgehen.

²⁵⁰ Ersichtliche Anteilsberechnungen beziehen sich auf Spalten.

²⁵¹ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XIX).

²⁵² Vgl. hierzu ausführlich Miller (2000), S. 300; Pich *et al.* (2010), S. 270 sowie Whittington *et al.* (1996), S. 330.

6.5 Auslöser der Gewalt

6.5.1 Situationsbezogene Faktoren

Auslöser des gewalthaltigen Übergriffs wurden in Frage 8 untersucht. Für diese Frage wurden insgesamt 69 Antworten registriert.²⁵³ Dass aus Sicht der betroffenen Opfer *kein nachvollziehbarer Anlass* für die Gewalt existierte, berichten über die Hälfte der Teilnehmer (51,1%).²⁵⁴ Bezogen auf alle Antworten beträgt dieser Anteil 33,3%. Weitere situationsbezogene Auslöser des gewalthaltigen Übergriffs sind in Tabelle 7 zusammengefasst. Die *(Hilfe bei) pflegerische(r) Tätigkeit* wird bezogen auf alle Antworten mit 20,3% als zweithäufigste Ursache für die Gewalt benannt. Bezogen auf die Gruppe der Mitarbeiter des Pflegedienstes mit Gewalterfahrung(en) (n = 31)²⁵⁵ beträgt der personenbezogene Anteil 35,4% (n = 11). Auch *lange Wartezeiten* (10,1%) werden durch einige Betroffene als Auslöser angegeben.²⁵⁶

Tabelle 7: Auslöser der Gewalt nach beruflicher Position²⁵⁷

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
kein nachvollziehbarer Anlass	8	38,1	14	31,1	23	33,3
lange Wartezeit	3	14,3	4	8,9	7	10,1
(Hilfe bei) pflegerische(r) Tätigkeit	3	14,3	11	24,4	14	20,3
Patient wurde etwas verwehrt	1	4,8	4	8,9	5	7,2
medizinisch indizierte Medikamenteneinnahme	0	0,0	3	6,7	4	5,8
andere Anlässe, und zwar:	6	28,6	9	20,0	16	23,2
davon						
Unzufriedenheit mit med. Behandlung	3	14,3	2	4,4	5	7,2
erkrankungsbedingt / Demenz	1	4,8	4	8,9	6	8,7
Alkohol und Drogen bzw. deren Entzug	1	4,8	2	4,4	3	4,3
gesamt	21	100,0	45	100,0	69	100

²⁵³ Vgl. im Anhang befindliche Grundauswertung zu Frage 8.

²⁵⁴ Vgl. ebd..

²⁵⁵ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle I).

²⁵⁶ Vgl. hierzu ausführlich Pich *et al.* (2010), S. 270.

²⁵⁷ Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Gruppen *sonstige Angestellte* und *keine Angabe* nicht aufgeführt. Auch werden in der Kategorie *andere Anlässe, und zwar* nicht alle Freitexteingaben berücksichtigt. Die vollständige Tabelle kann den im Anhang befindlichen Datentabellen (Tabelle X) entnommen werden. Ersichtliche Anteilsberechnungen beziehen sich auf Spalten.

Weiterhin zeigt sich, dass 23,2% der Teilnehmer davon Gebrauch gemacht haben, Antworten im Freitextfeld unter *andere Anlässe, und zwar*: einzutragen. Auch hier wurden die als Freitext eingetragenen Antworten mittels der *Clusteranalyse* zu verschiedenen Kategorien zusammengefasst. Hierbei wird deutlich, dass *erkrankungsbedingte* Faktoren (8,7%), insbesondere eine Demenzerkrankung und *Unzufriedenheiten mit der medizinischen Behandlung* (7,2%) als Auslöser eines gewalthaltigen Übergriffs benannt werden. In der Literatur werden psychische Erkrankungen²⁵⁸ und kognitive Beeinträchtigungen als eine wichtige Ursache für Gewalt, vor allem durch ältere Menschen, gegen Pflegepersonal benannt.²⁵⁹ Auch ein aus verschiedensten Gründen resultierender, schlechter mentaler Zustand der Patienten scheint das Risiko für das Auftreten von Gewalt wesentlich zu erhöhen.²⁶⁰ In der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Gewalt gegen Pflegepersonal wird auch das Gefühl der Angst auf Patientenseite als wichtiger Aggressionsauslöser benannt.²⁶¹ Dieser Fakt wurde in vorliegender Untersuchung nicht explizit erfasst, sodass hierzu keine Aussage getroffen werden kann.

6.5.2 Situative Rahmenbedingungen

Von 45 Betroffenen gaben 29 (64,4%) an, während der konkreten, gewalthaltigen Situation nicht mit dem Täter allein gewesen zu sein.²⁶² In fast 90% der Vorfälle war ein weiterer Kollege anwesend.²⁶³ In über der Hälfte der Fälle (53,6%) waren weitere Patienten zugegen.²⁶⁴ Alle von Gewalt betroffenen Teilnehmer waren zur Tatzeit als medizinisches Personal erkennbar.²⁶⁵ Die Ergebnisse indizieren, dass nicht kausal ein Mehr an Personal gleichzeitig eine Reduzierung der Gewalt zur Folge hat.

²⁵⁸ Vgl. hierzu ausführlich Pich *et al.* (2010), S. 270 sowie Whittington *et al.* (1996), S. 330.

²⁵⁹ Vgl. ebd. sowie Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 5,6.

²⁶⁰ Vgl. Whittington *et al.* (1996), S. 330.

²⁶¹ Vgl. Richter & Needham (2007), S. 7ff..

²⁶² Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 16.

²⁶³ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 17.

²⁶⁴ Vgl. ebd..

²⁶⁵ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 18.

6.5.3 Fazit

Insgesamt scheinen die Ergebnisse die These zu stützen, dass es alltägliche Situationen und Unzufriedenheiten auf Patientenseite, insbesondere über die Qualität der Pflege sind, welche gewalthaltige Übergriffe nach sich ziehen.²⁶⁶

Dies bedeutet gleichzeitig, dass eine Steigerung der Patientenzufriedenheit während der medizinischen Behandlung und bei pflegerischen Tätigkeiten mit der Reduzierung gewalthaltiger Übergriffe einhergehen dürfte.

In einigen Studien werden konkrete, situative Prädiktoren herausgestellt, deren Beachtung Pflegekräfte helfen sollen, schnell, potenziell gewalthaltige Situationen zu identifizieren. Luck *et al.* (2007) beschreiben diese, in der Situation liegenden Merkmale, als „STAMP behaviours“ und subsumieren hierunter:²⁶⁷ Starren bzw. (permanenter) Blickkontakt, Tonfall und Lautstärke der Stimme, Angst bzw. Ängstlichkeit, Gemurmel (**M**umbling) und Hektik (**P**acing). Zur Effektivität und Effizienz von Trainingsprogrammen können bisweilen keine gesicherten Angaben gemacht werden.²⁶⁸ Jedoch dürfte allein das Wissen um situationsbezogene Auslöser von gewalthaltigen Übergriffen auf Seiten der Mitarbeiter helfen, gefährliche Situationen frühzeitig zu erkennen und ermöglicht ihnen so eine mentale Vorbereitung. Weiterhin sollten sich eine von der Gesamtorganisation getragene Strategie und sachgemäße, situationsbezogene Trainings zur Vorbereitung der Mitarbeiter auf gewalthaltige Vorfälle und Schulungen zum Umgang mit solchen Gewalterfahrungen positiv auf die Bewältigungsmechanismen des einzelnen Mitarbeiters auswirken.²⁶⁹ Selbst wenn diese Maßnahmen nicht zwangsläufig eine Reduzierung der Gewalt nach sich ziehen, sind sie geeignet, die körperlichen, psychischen und emotionalen Auswirkungen der Tat auf Opferseite zu verringern und entsprechen der Fürsorgepflicht des Arbeitsgebers gegenüber seinen Mitarbeitern.

²⁶⁶ Vgl. hierzu Richter (2007), S. 54.

²⁶⁷ Vgl. Luck *et al.* (2007), S. 11ff. sowie Pich *et al.* (2010), S. 272.

²⁶⁸ Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 9 sowie Zeh *et al.* (2009), S. 457.

²⁶⁹ Vgl. ebd. sowie Richter & Needham (2007), S. 7ff..

6.6 Auswirkungen und Folgen für das Personal

6.6.1 Unmittelbare Folgen / Auswirkungen

Hinsichtlich der Konsequenzen für die Opfer können Teile der mathematischen Auswertung zu Frage 4 nachstehender Tabelle 8 entnommen werden. *Gefühle der Bedrohung* (27,7%) und *Gefühle der Ehrverletzung* (26,5%) stellen die mit Abstand häufigsten Konsequenzen eines gewalthaltigen Übergriffs auf Opferseite dar. Die Angaben weisen eine Konsistenz zu den Gewaltarten auf. Sind es doch die *Beleidigung* und *verbale Bedrohung*, welche als häufigste Gewaltformen extrahiert werden konnten.²⁷⁰

Tabelle 8: Konsequenzen der Gewalt für die Opfer²⁷¹

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		gesamt	
	n	%	n	%	n	%
keine	2	10,0	5	8,2	8	9,6
Gegenstände beschädigt, Ersatz nicht notwendig	0	0,0	5	8,2	5	6,0
Gegenstände beschädigt, Ersatz notwendig	0	0,0	3	4,9	3	3,6
Gefühl der Bedrohung	9	45,0	14	23,0	23	27,7
Gefühl der Ehrverletzung	7	35,0	14	23,0	22	26,5
Schmerzen weniger als 10min	2	10,0	5	8,2	7	8,4
Schmerzen länger als 10min	0	0,0	6	9,8	6	7,2
sichtbare Verletzung	0	0,0	7	11,5	7	8,4
medizinische Versorgung notwendig	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Behandlung durch Arzt notwendig	0	0,0	0	0,0	0	0,0
sonstiges, und zwar:	0	0,0	2	3,3	2	2,4
gesamt	20	100,0	61	100,0	83	100,0

Weiter sei eine Antwort, welche als Freitext unter *sonstiges, und zwar* eingetragen wurde, erwähnt. So gibt ein Befragter an, dass infolge der Gewalt das Gefühl der Hilflosigkeit (Antwort: „hilflos ausgeliefert sein“) auftrat.²⁷² Auch wenn diese eine Antwort nicht repräsentativ ist, zeigt sie doch, dass die Ge-

²⁷⁰ Vgl. Gliederungspunkt 6.2.1.

²⁷¹ Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die Kategorien *sonstige Angestellte* und *keine Angabe* nicht aufgeführt. Die vollständige Tabelle kann den im Anhang befindlichen Datentabellen (Tabelle VIII) entnommen werden. Ersichtliche Anteilsberechnungen beziehen sich auf Spalten.

²⁷² Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 4.

walt (schwere) psychische Konsequenzen hervorrufen kann.²⁷³ Vor allem das Fehlen organisatorisch institutionalisierter Regelungen bzgl. des Umgangs mit Gewalt lässt Gefühle der Hilf- bzw. Machtlosigkeit bei den Betroffenen entstehen.²⁷⁴ Dauern diese Gefühle an, können auch (schwere) psychische Erkrankungen die Folge sein.²⁷⁵ Der Anteil der Antworten, in welchen *keine* Konsequenzen beschrieben werden, beträgt, bezogen auf alle Antworten (n = 83), 9,6%.

Betrachtet man nicht die Gesamtzahl der Antworten (n = 83), sondern ausschließlich die Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) (n = 45), steigt dieser personenbezogene Anteil auf 17,7%. Die Zusammenfassung der Antwortalternativen *Schmerzen weniger als 10min*, *Schmerzen länger als 10min* sowie *sichtbare Verletzung* zu einer Kategorie *körperliche Verletzungen* ergibt, dass fast ausschließlich die Gruppe des Pflegedienstes körperliche Verletzungen erleidet.²⁷⁶ In der Gruppe des Pflegedienstes entfallen 29,5% der Antworten auf diese zusammengefasste Kategorie. Kein Betroffener musste infolge eines gewalthaltigen Übergriffs medizinisch versorgt oder durch einen Arzt behandelt werden. Dies indiziert, dass es sich um eher leichtere körperliche Gewalt handelt, bei der keine medizinische Nachsorge notwendig war.²⁷⁷ Insgesamt kann eine Übereinstimmung zu den ausgewerteten Gewaltformen konstatiert werden. Auch die erhobenen Daten zu den Konsequenzen der Gewalt indizieren, dass die Mitarbeiter des *Pflegedienstes* innerhalb der Stichprobe häufiger von eher leichter körperlicher Gewalt betroffen sind als die übrigen Berufsgruppen. Infolge eines gewalthaltigen Übergriffs sind nur zwei von 45 Opfern (4,4%)²⁷⁸ krankgeschrieben worden bzw. waren dienstunfähig. Auch diese mit Frage 5 erhobenen Daten unterstützen die bisher gewonnenen Ergebnisse. Eine Betrachtung der Frage 5 hinsichtlich der Qualität der Gewalt (Frage 3) ergibt weiterhin, dass innerhalb der Elemente der Stichprobe nicht die direkten körperlichen Gewaltanwendungen

²⁷³ Vgl. Lundström (2007), S. 88.

²⁷⁴ Vgl. ebd..

²⁷⁵ Vgl. Richter (2007), S. 10, 23-24, 57ff..

²⁷⁶ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle VIII und Tabelle IX).

²⁷⁷ Ähnliche Ergebnisse wurden in Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 6-8 veröffentlicht.

²⁷⁸ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 5.

eine Dienstunfähigkeit nach sich ziehen.²⁷⁹ Andere Forschungen auf dem Gebiet ergaben, dass nicht allein die Anzahl der Vorfälle, sondern eben auch deren (empfundene) Schwere auf Opferseite das Ausmaß der traumatischen Folgen beeinflussen.²⁸⁰

6.6.2 Mittelbare Folgen / Auswirkungen

Zur Beschreibung der mittelbaren Auswirkungen wird in vorliegender Untersuchung die Annahme zu Grunde gelegt, dass Gewalterfahrungen innerhalb des Gesundheitswesens am Arbeitsplatz ähnliche psychische Auswirkungen haben können wie für Opfer krimineller Handlungen.²⁸¹ So können, abhängig von Anzahl und Schwere der Taten, Gewalterfahrungen bei den Opfern primäre, sekundäre und tertiäre Viktimisierungen hervorrufen²⁸² und obwohl es sich meist um leichtere körperliche Gewalt handelt, kann diese schwere psychische Konsequenzen und eine Posttraumatische Belastungsstörung nach sich ziehen.²⁸³ Durch die Fragen 19 bis 21 wurden daher die eher mittelbaren und längerfristigen Auswirkungen der Gewalt auf das psychische Belastungserleben der Opfer untersucht. Ob und wenn ja, wie oft die Opfer an die gewalthaltige(n) Situation(en) zurückdenken, wird in Frage 19 erfragt. Das Wiedererleben einer traumatischen Situation bzw. von bedrohlichen Ereignissen, in Form von Erinnerungen, Flashbacks etc., ist ein Kriterium für eine PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung).²⁸⁴ Nun steht die Untersuchung der PTBS nicht im Mittelpunkt der Arbeit, aber das Zurückdenken an ein traumatisches Ereignis stellt damit einen wichtigen Indikator für das Ausmaß etwaiger psychischer Belastungen dar. In nachfolgender Abbildung 10 wird deutlich, dass die Mehrheit der Betroffenen (57,8%) *nie* bzw. nur *einmal oder einige Male im Jahr* an die erlebten Gewalterfahrung(en) zurückdenken müssen. Dies spricht für eine relativ geringe psychische Belastung dieser Personen.

²⁷⁹ Jeweils ein Befragter berichtete über Gewalt in Form von *Nötigung* bzw. durch *Bedrohung mit gefährlichem Gegenstand*.

²⁸⁰ Vgl. Rippon (2000), S. 452ff.; im Gegensatz hierzu: Mayhew & Chappell (2007), S. 337.

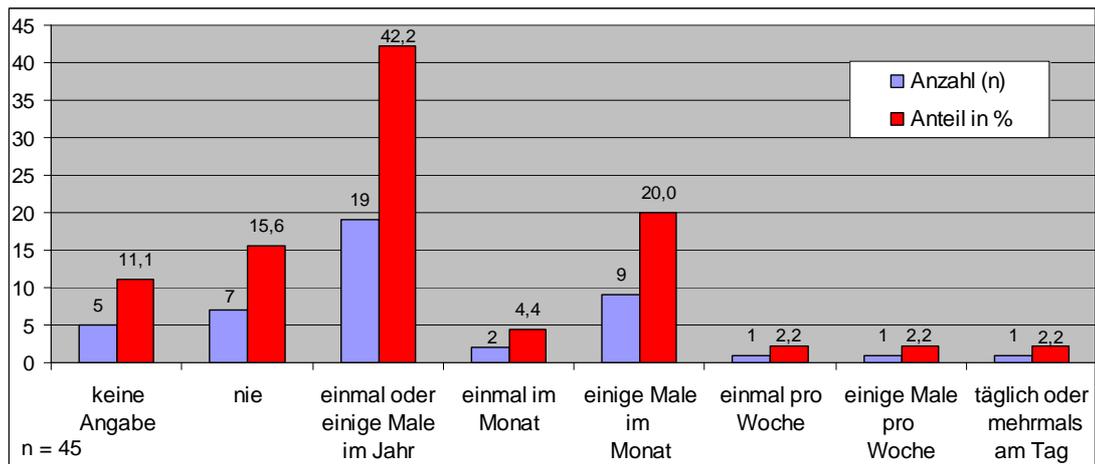
²⁸¹ Vgl. Richter (2007), S. 10.

²⁸² Vgl. Rippon (2000), S. 452; KrimLEX (2013): Stichwort –Viktimisierung sowie Haupt (2003), S. 32.

²⁸³ Vgl. Rippon (2007), S. 453, zit. nach Whittington (1989), S. 30-32 sowie Lundström (2007), S. 84ff..

²⁸⁴ Vgl. Richter (2007), S. 15ff..

Abbildung 10: Zurückdenken an die Gewalterfahrung



Insgesamt 14 Teilnehmer (31,1%) geben an, dass sie mindestens *einmal im Monat* an die belastende Situation zurückdenken müssen, wobei sich hier die Mehrzahl (n = 9) *einige Male im Monat* zurückerinnert. Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten zur Frage 19 wurden bei der Fragebogenkonstruktion mit Skalenwerten (von 0 bis 7) versehen, wobei der Wert „0“ der Antwort *keine Angabe* und „1“ der Antwort *nie* entspricht. Alle weiteren Antworten wurden den fortlaufenden Skalenwerten zugeordnet, sodass der Wert „7“ der Antwort *täglich oder mehrmals am Tag* entspricht. Der Mittelwert der registrierten Antworten beträgt 2,33 und der Median liegt bei 2,²⁸⁵ was ebenfalls den Rückschluss auf eine eher geringere, psychische Belastung der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) zulässt. Die Ergebnisse verdeutlichen aber auch, dass es viele Opfer nicht geschafft haben, dass für sie traumatische Ereignis vollständig zu verarbeiten. Dies lässt fortwährende Auswirkungen auf das individuelle Belastungserleben für möglich erscheinen.

Weiterhin wurde untersucht, ob die Gewaltarten bzw. der Schweregrad der Gewalt das Antwortverhalten bezogen auf Frage 19 beeinflusst. Zu vermuten ist, dass, je schwerer die erlebte Gewalt ist, desto häufiger wird an diese Situation(en) zurückgedacht. Ein Zusammenhang ließ sich jedoch durch die erhobenen Daten nicht bestätigen.²⁸⁶ Beispielsweise wurde für Teilnehmer, welche Opfer von Gewalt durch *Bedrohung mit gefährlichen Gegenständen*

²⁸⁵ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 18.

²⁸⁶ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XII).

geworden sind, kein verstärktes Zurückdenken an die gewalthaltige Situation registriert.²⁸⁷ Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es weniger die Schwere der ausgeübten Gewalt und die unmittelbar nach dem Vorfall festgestellten Auswirkungen sind, welche längerfristige Belastungen hervorrufen. Vielmehr sind es individuelle und intrinsische Bewältigungsmechanismen auf Seite der Opfer, welche die konsequente Verarbeitung des gewalthaltigen Ereignisses unterstützen bzw. befördern.²⁸⁸

Weiterführend wurde in Frage 20 erhoben, in welchen Situationen die Betroffenen an die Gewalterfahrung(en) zurückerinnert werden. Das Zurückdenken an einen gewalthaltigen Übergriff auch außerhalb des Dienstes z.B. *im Privaten- oder Freizeitbereich* dürfte als stärkere traumatische Belastung interpretiert werden als das Zurückerinnern in *ähnlichen Situationen im Krankenhaus*. 45,8% der Antworten entfallen auf diese zuvor benannte Kategorie.

Tabelle 9: Situationen des Zurückdenkens

Kategorie(n)	Anzahl der Antworten (n)	Anteil der Antworten in %
keine Angabe	0	0,0
Ich denke nicht mehr daran.	6	10,2
in ähnlichen Situationen im Krankenhaus zu / während bestimmter Schichten (z.B. Nachtdienst)	27	45,8
im Privaten- und Freizeitbereich	10	16,9
unmittelbar vor Dienstbeginn und/oder nach Dienstende	3	5,1
Das ist an keine bestimmte Situation gebunden.	2	3,4
in einer anderen Situation, und zwar:	11	18,6
	0	0,0
gesamt	59	100,0
Anmerkung: 14 Teilnehmer haben bei Frage 20 mehrere Antwortalternativen angekreuzt, sodass die Anzahl der Antworten n = 59 beträgt.		

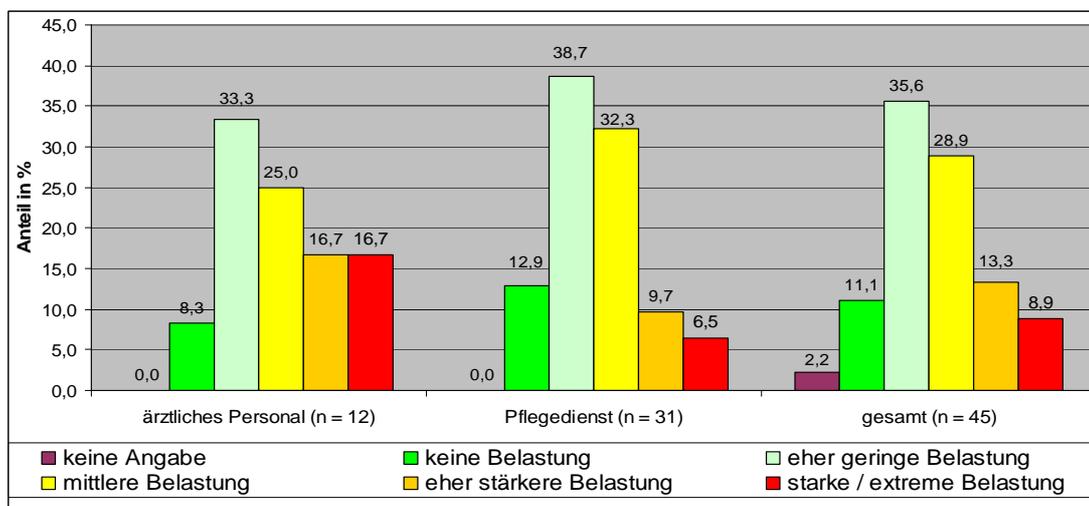
In 5 Antworten (8,5%) geben Teilnehmer an, dass sie *im Privaten- und Freizeitbereich* oder *unmittelbar vor Dienstbeginn und nach Dienstende* an das traumatische Ereignis zurückdenken müssen. Auch wenn dieser Anteil relativ gering ist, ist er ein eindeutiges Indiz, dass sich gewalthaltige Übergriffe im Dienst auf den privaten Lebensbereich der Betroffenen auswirken können.

²⁸⁷ Vgl. ebd..

²⁸⁸ Ob oder wie sich die Häufigkeit der gewalthaltigen Übergriffe auf das psychische Belastungserleben der Opfer innerhalb der Stichprobe auswirkt, ließ sich mit der angewandten Fragebogensoftware nicht ermitteln.

Die Selbsteinschätzung hinsichtlich der empfundenen Belastung infolge der Gewalterfahrung(en) wurde in Frage 21 untersucht. Auch bei dieser Frage wurden die Antwortmöglichkeiten für die Befragten in Wortform angegeben und im Hintergrund als Skala (Wertebereich 0 bis 5) kodiert. Der Wert „0“ entspricht der Antwort *keine Angabe* und der Wert „5“ wird durch die Antwort *starke / extreme Belastung* abgebildet. Wie nachstehender Abbildung zu entnehmen ist, gibt der größte Teil der Befragten (35,6%) an, infolge der Gewalterfahrung(en) *eher geringe Belastungen* gespürt zu haben.

Abbildung 11: Selbsteinschätzung der Belastung nach gegenwärtigem Beruf²⁸⁹



Der Mittelwert der Antworten beträgt 2,67 (Medien = 3)²⁹⁰ und weist damit knapp eine durchschnittlich *mittlere Belastung* der Teilnehmer aus. Weiterhin berichten insgesamt 10 Teilnehmer (22,2%) über *eher stärkere* (13,3%) bzw. sogar *starke / extreme Belastungen* (8,9%) infolge der Gewalterfahrung(en),²⁹¹ wobei die Gruppe des ärztlichen Personals gegenüber dem Pflegedienst anteilmäßig häufiger über *eher stärkere* und *starke / extreme Belastungen* berichten. Jedoch scheint eher die kleine Teilnehmerzahl, insbesondere in der Gruppe des ärztlichen Personals, diese Tatsache zu begründen, als dass tatsächlich berufsgruppenspezifische Unterschiede existieren. Diese und andere Ergebnisse werden in Abbildung 11 zusammengefasst dargestellt.

²⁸⁹ Abbildung stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle XIV - dar.

²⁹⁰ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 21.

²⁹¹ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XIII).

Die Untersuchung der selbsteingeschätzten Belastung bezogen auf die erlittenen Gewaltarten ergab, dass die Erfahrung schwererer Gewalt nicht zwangsläufig eine Erhöhung der empfundenen Belastung nach sich zieht.²⁹² Anteilsmäßig betrachtet, führen sogar eher *verbale Bedrohungen* und *Beleidigungen* bei den Teilnehmern zu (eher) stärkeren Belastungen als die erlebten körperlichen Gewalterfahrungen.²⁹³ Betrachtet man die unmittelbaren Konsequenzen (Frage 4) bezogen auf die selbsteingeschätzte Belastung, scheinen auch hier die schwereren unmittelbaren Konsequenzen nicht zwangsläufig eine (eher) stärkere Belastung zu indizieren.²⁹⁴ Der größte Teil der Teilnehmer, welche *starke / extreme Belastungen* infolge der Gewalterfahrung(en) empfinden, gibt eben nicht an, körperlich geschädigt worden zu sein. Vielmehr sind es individuelle *Gefühle der Bedrohung* und der *Ehrverletzung*, welche starke Belastungen bei den Teilnehmern hervorrufen.²⁹⁵ Insofern liegt hier eine Übereinstimmung zu den durch *Mayhew & Chappell (2007)* veröffentlichten Ergebnissen vor. Auch diese hatten keinen Zusammenhang zwischen der Schwere der Verletzungen und dem Auftreten einer Belastungsreaktion festgestellt.²⁹⁶ Allerdings zeigen die Ergebnisse an, dass die empfundene Belastung von der Person des Täters abhängig ist. Wenn die Gewalt, in welcher Form auch immer, durch Kollegen ausgeübt wird, treten bei 75% der Betroffenen mit Gewalterfahrung(en) *eher stärkere* sowie *starke / extreme Belastungen* auf.²⁹⁷ Diese Tatsache wird dadurch unterlegt, dass auch die Mehrheit (46,2%) der als stärker empfundenen Belastungen infolge der Gewalt durch Kollegen hervorgerufen wird.²⁹⁸ Dies wiederum kann dahingehend interpretiert werden, dass weniger die Schwere, sondern die Anzahl der Gewalterfahrungen und die tägliche Konfrontation mit dem Täter ein Ansteigen der Belastung auf Opferseite hervorruft.

²⁹² Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XV); siehe im Gegensatz hierzu: Kowalenko *et al.* (2012), S. 431.

²⁹³ Vgl. ebd.

²⁹⁴ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XVI).

²⁹⁵ Vgl. ebd.

²⁹⁶ Vgl. *Mayhew & Chappell (2007)*, S. 337.

²⁹⁷ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XVII).

²⁹⁸ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XVIII).

6.6.3 Auswirkungen auf das subjektive Sicherheitsgefühl

In vorliegender Untersuchung wird versucht, durch die Fragen 26 bis 30 die personale Kriminalitätsfurcht der teilnehmenden Personen als Ausprägung des subjektiven Sicherheitsgefühls zu erfassen.²⁹⁹ Für die vergleichende Analyse der drei Dimensionen der personalen Kriminalitätsfurcht werden die Teilnehmer erneut in die Gruppen Teilnehmer mit und ohne Gewalterfahrung unterteilt. Hierdurch können etwaige Unterschiede im Antwortverhalten herausgearbeitet werden. In der kriminologischen Literatur zum Thema ist anerkannt, dass Kriminalitäts- bzw. Opfererfahrungen das subjektive Sicherheitsgefühl des Einzelnen nachhaltig beeinflussen können.³⁰⁰ Zur Betrachtung der Individualebene (Mikroebene) werden die Fragen 26 bis 29 herangezogen. Faktoren, die die Beeinflussung des Sicherheitsgefühls, u.a. durch die Beschaffenheit bestimmter Örtlichkeiten, beschreiben, werden der Mesoebene zugeordnet. Eine Ausprägung stellen so genannte „Angstorte“ oder „Angsträume“ dar, welche in Frage 30 erhoben werden.

6.6.3.1 Kognitive Dimension

In den Fragen 26 und 27 wurden alle Teilnehmer gefragt, inwieweit sie glauben, in den nächsten 12 Monaten Opfer einer Straftat zu werden, wobei sich Frage 26 auf die Risikoeinschätzung als Arbeitnehmer im Krankenhaus und Frage 27 auf die allgemeine Risikoeinschätzung als Privatperson bezieht.³⁰¹ Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden bei der Fragebogenkonstruktion mit Skalenwerten (von 0 bis 5) versehen, wobei der Wert „0“ der Antwort *keine Angabe* und der Wert „1“ der Antwort *sehr unwahrscheinlich* entspricht. Alle weiteren Antworten wurden den fortlaufenden Skalenwerten zugeordnet, sodass der Wert „5“ der Antwort *sehr wahrscheinlich* entspricht. Über zwei Drittel der Befragten (69,2%) halten es für *eher* oder *sehr unwahrscheinlich*, in den nächsten 12 Monaten im Krankenhaus Opfer einer Straftat

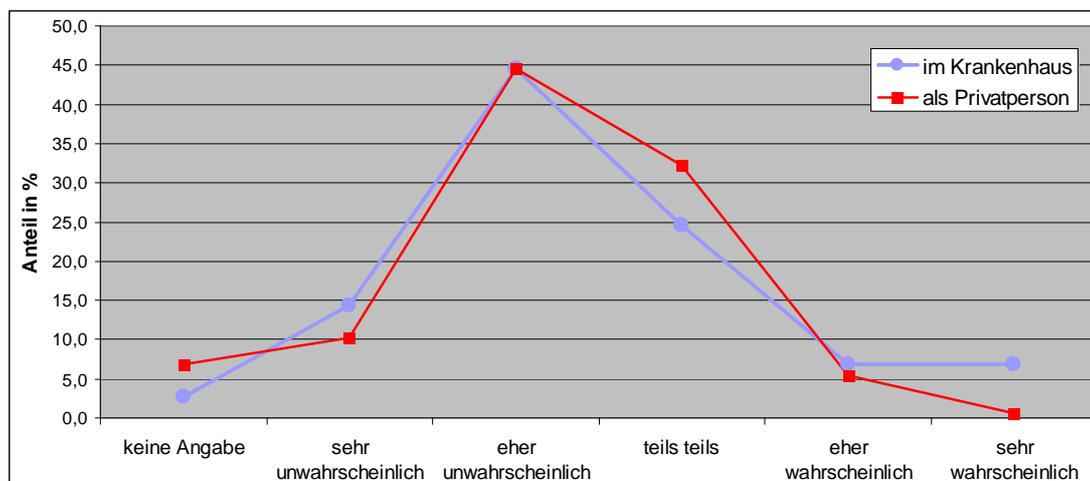
²⁹⁹ Vgl. hierzu ausführlich Gliederungspunkt 3.3.1.3.

³⁰⁰ Vgl. BMI & BMJ (2006), S. 513, 514. Der Grad und auch die Richtung der Beeinflussung sind jedoch von unterschiedlichen Faktoren, u.a. Schwere des Delikts, Copingfähigkeiten sowie Geschlecht und Alter des Opfers, abhängig. Ferner ist der Grad der Beeinflussung weitaus geringer als lange Zeit angenommen. Eine Erklärung der personalen Kriminalitätsfurcht, welche (ausschließlich) auf die Wirkungen Opfererfahrungen abstelle, sei jedoch weder auf Mikro- noch auf Mesoebene umfassend und zureichend. Siehe hierzu auch: Ziegleder, Kudlacek, Fischer (2011), S. 34ff..

³⁰¹ Vgl. im Anhang befindlicher Fragebogen.

zu werden.³⁰² Weitaus weniger Befragte (13,7%) halten dies für *eher* oder *sehr wahrscheinlich*. Der Mittelwert der Antworten liegt bei 2,39³⁰³ und indiziert damit ebenfalls relativ geringe Opferwerdungserwartungen der Befragten. Die Auswertung der Antworten zur allgemeinen Risikoeinschätzung als Privatperson weist hierzu tendenzielle Übereinstimmungen auf. Eine Verteilung der Antworten aller Teilnehmer kann nachstehender Abbildung entnommen werden.

Abbildung 12: Verteilung kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht



Über die Hälfte der Antwortenden (54,8%) hält es für *sehr* oder *eher unwahrscheinlich*, im Bezugszeitraum als Arbeitnehmer im Krankenhaus Opfer einer Straftat zu werden, lediglich 6,1% halten dies für mindestens *eher wahrscheinlich*. Der Mittelwert der Antworten liegt bei 2,21 und damit ebenfalls bei der Antwortalternative *eher unwahrscheinlich*. Eine eindeutige Tendenz, dass Teilnehmer das Risiko, Opfer einer Straftat zu werden, im Krankenhaus höher einschätzen, ist der Analyse der Antworten zu Frage 26 und 27 nicht zu entnehmen.

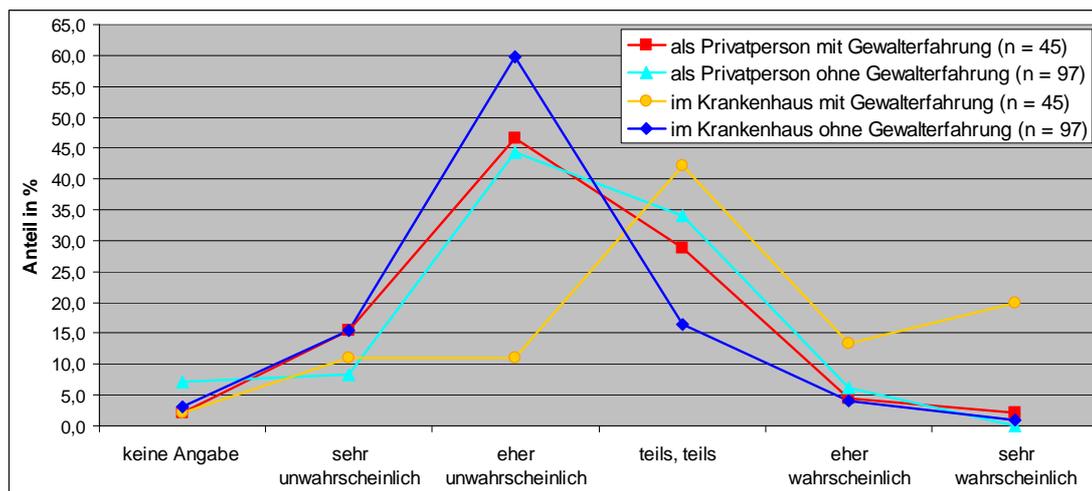
Die Unterteilung der Befragten in die Gruppen Teilnehmer mit und ohne Gewalterfahrung ergibt ein anderes Bild. Die Skalenwerte für die Risikoeinschätzung, als Privatperson Opfer einer Straftat zu werden, sind, wie nachfolgender Abbildung zu entnehmen ist, noch nahezu identisch. Wie schon

³⁰² Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 26.

³⁰³ Vgl. ebd.

innerhalb der Untersuchung der *mittelbaren Folgen / Auswirkungen* festgestellt wurde,³⁰⁴ indizieren diese Ergebnisse, dass die Folgen der gewalthaltigen Übergriffe nur in wenigen Fällen nachhaltige Belastungen für das Privatleben der Opfer bedeuten.

Abbildung 13: Verteilung der kognitiven Dimension der Kriminalitätsfurcht nach Gewalterfahrung³⁰⁵



Die Auswertung verdeutlicht aber auch, dass die Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) in Bezug auf die Risikoeinschätzung im Krankenhaus eine größere Opferwerdungserwartung aufweisen als Teilnehmer ohne Gewalterfahrung. Bezogen auf das Krankenhaus steigt die Risikoerwartung nach Gewalterfahrung(en) zwar nicht übermäßig an und der größte Teil der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) ist eher geteilter Meinung (Antwort: *teils, teils*), was das Risiko der Opferwerdung betrifft. Trotzdem kann eine Verschiebung des Antwortverhaltens hin zu einer größeren Risikoerwartung, Opfer einer Straftat im Krankenhaus zu werden, nach Gewalterfahrung konstatiert werden.

6.6.3.2 Affektive und konative Dimension

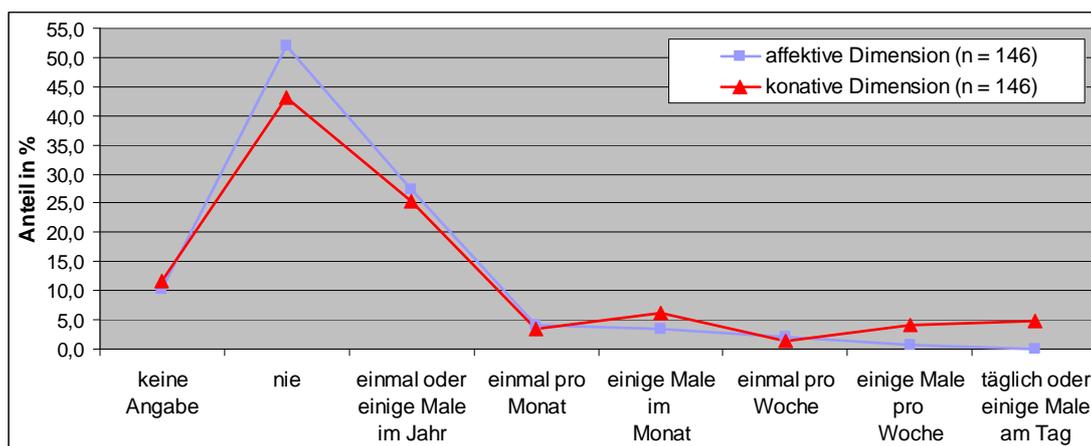
In der Frage 26 wurden die Teilnehmer dazu befragt, wie oft sie in den letzten 12 Monaten die Befürchtung hatten, Opfer einer Straftat im Krankenhaus zu werden (affektive Dimension). Frage 27 fragt nach der Häufigkeit der

³⁰⁴ Vgl. Gliederungspunkt 6.6.2.

³⁰⁵ Abbildung stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabellen - Tabelle XXXI und Tabelle XXXIV - dar.

Handlungen, welche durch Teilnehmer im Bezugszeitraum bewusst ergriffen wurden, um sich vor gewalthaltigen Handlungen zu schützen oder diese zu vermeiden (konative Dimension). Solche Handlungen sind z.B. Pfefferspray kaufen oder immer ein Handy dabei haben. Nachstehende Abbildung demonstriert, dass die große Mehrheit der Befragten angibt, *nie* bzw. *einmal oder einige Male im Jahr* im Bezugszeitraum die Befürchtung gehabt zu haben, im Krankenhaus Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs zu werden. Insgesamt entfallen auf diese beiden Antwortalternativen 79,5% der registrierten Antworten.³⁰⁶ Auch der anhand der Skalenwerte errechnete Mittelwert mit 1,47 sowie der Median von 1 unterstreichen, dass wenige Teilnehmer die Befürchtung hatten, im Bezugszeitraum Gewalt im Krankenhaus zu erfahren.³⁰⁷

Abbildung 14: Verteilung affektive und konative Dimension der Kriminalitätsfurcht³⁰⁸



Die Betrachtung der konativen Dimension der Kriminalitätsfurcht im Krankenhaus, bezogen auf alle Teilnehmer, zeigt ähnliche Tendenzen. Bei dieser Frage geben 68,5% der Teilnehmer an, *nie* bzw. *einmal oder einige Male im Jahr* im Bezugszeitraum Maßnahmen ergriffen zu haben, um sich bewusst vor gewalthaltigen Übergriffen im Krankenhaus zu schützen.³⁰⁹ Der Mittelwert der Antworten liegt bei 1,97. Der Median erneut bei 1.³¹⁰ Allerdings berichten

³⁰⁶ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XXXVI) sowie Grundausswertung zu Frage 28.

³⁰⁷ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 28.

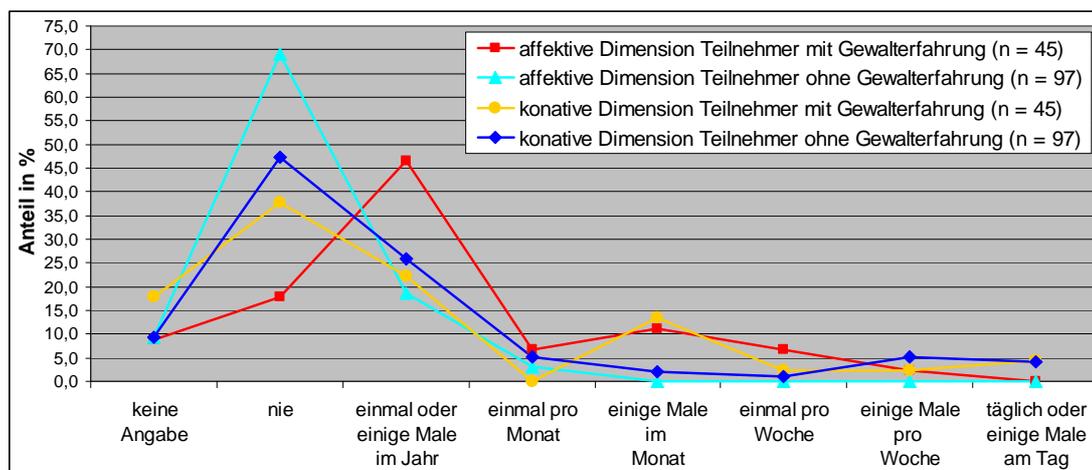
³⁰⁸ Abbildung stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabellen - Tabelle XXXVI und Tabelle XXXIX - dar.

³⁰⁹ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XXXIX) sowie Grundausswertung zu Frage 29.

³¹⁰ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 29.

16,5% der Befragten, dass sie *einige Male im Monat* oder häufiger ganz bewusst Maßnahmen ergreifen, um sich vor gewalthaltigen Übergriffen im Krankenhaus zu schützen, bzw. um diese zu vermeiden.³¹¹ Eine Erhebung, was dies für Maßnahmen sind, wurde nicht vorgenommen. Die Analyse der Antworten bezogen auf Teilnehmer mit und ohne Gewalterfahrung weist erneut Unterschiede im Antwortverhalten aus und ist in nachfolgender Abbildung zusammengefasst dargestellt.

Abbildung 15: Verteilung der affektiven und konativen Dimension der Kriminalitätsfurcht nach Gewalterfahrung



Besonders bei der affektiven Dimension der Kriminalitätsfurcht ist eine Verschiebung des Antwortverhaltens ersichtlich. In Worten ausgedrückt bedeutet diese Verschiebung, dass die Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) häufiger Furcht empfinden, im Krankenhaus Opfer von Gewalt zu werden als diejenigen ohne Gewalterfahrung.

Die Analyse des Schutz- und Vermeidungsverhaltens ist weniger eindeutig.³¹² 10,3% der Teilnehmer, welche bisher noch keine Opfererfahrung(en) gemacht haben, geben an, mindestens *einmal pro Woche* bewusst solche Maßnahmen vorzunehmen.³¹³ Innerhalb der Gruppe mit Gewalterfahrung(en) beträgt dieser Anteil lediglich 8,8%.³¹⁴ Insgesamt kann also festgehalten werden, dass Teilnehmer beider Gruppen nur in geringem Maße Maßnahmen

³¹¹ Vgl. ebd..

³¹² Vgl. Abbildung 15.

³¹³ Zusammenfassung der Antwortalternativen *einmal pro Woche*, *einige Male pro Woche* und *täglich oder mehrmals am Tag* (vgl. Abbildung 15 sowie im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XL).

³¹⁴ Vgl. ebd..

treffen, um sich vor gewalthaltigen Übergriffen zu schützen oder diese zu vermeiden. In beiden Fällen sind die Teilnehmer, welche *nie* solche Maßnahmen durchführen oder *keine Angabe* zur Frage machen, anteilmäßig am stärksten vertreten. Opfererfahrungen führen bezogen auf die Teilnehmer der Stichprobe demzufolge keineswegs zu einem größeren Schutz- bzw. Vermeidungsverhalten. Dies kann einerseits so interpretiert werden, dass die Folgen und Auswirkungen der Gewalterfahrungen für die allermeisten Opfer zu gering sind und daher keinen Grund darstellen, ihr eigenes Verhalten nachhaltig zu verändern. Andererseits ist auch eine Interpretation der Antworten dahingehend möglich, dass die Opfer aus verschiedensten internalen sowie organisations- und situationsbezogenen Motiven keine Möglichkeit sehen, sich vor diesen gewalthaltigen Übergriffen zu schützen und diese daher als berufliches Risiko und damit als normal akzeptiert haben. Festgestellte Unterschiede zwischen den gebildeten Untersuchungsgruppen dürfen aber nicht ursächlich und ausschließlich auf die erlebte(n) Gewalterfahrung(en) zurückgeführt werden. Personenbezogene, individuelle Interessen der Befragten und die Ausprägung ihrer Resilienzen dürften das Antwortverhalten ebenfalls stark beeinflussen.

6.6.4 Angsträume im Krankenhaus

Durch die Frage 30 wurde erhoben, welcher Ort im Krankenhaus nach Ansicht der Teilnehmer bei ihnen am meisten Gefühle des Unwohlseins oder der Angst auslöst. Hierfür sollten sich Teilnehmer auf eine Antwort beschränken und so eine persönliche Priorisierung vornehmen. Bei der Auswertung wurde festgestellt, dass sich einige Teilnehmer (n = 23) nicht an diese Vorgabe gehalten haben. Um diese Antworten nicht verfallen zu lassen, wurden bei der Frage nachträglich Mehrfachnennungen zugelassen.³¹⁵ Insgesamt wurden unter dieser Frage 169 Antworten registriert. Nur wenige Teilnehmer machten von der Möglichkeit Gebrauch, unter der Kategorie *sonstiges, und zwar*: einen Freitext einzutragen (n = 14).³¹⁶ Die Auswertung dieser Katego-

³¹⁵ Auch bei der im Anhang befindlichen Grundausswertung zu Frage 30 wurden die Mehrfachnennungen und damit die Anteilsberechnungen bezogen auf alle Teilnehmer (n = 146) berücksichtigt.

³¹⁶ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 30.

rie ergab, dass das Gros der Teilnehmer (n = 10) hierunter eintrug, keine ortsbezogenen Ängste zu haben.³¹⁷ Diese zehn Antworten wurden mit den Antworten der Teilnehmer, welche *keine Angabe* zur Frage machten, unter der Kategorie *keine Angst; kein Unwohlsein; keine Angabe; ohne Antwort* (n = 23) zusammengefasst.³¹⁸ Demzufolge entfallen bezogen auf alle Antworten 13,6% auf die zuvor benannte Kategorie.³¹⁹ Mit einem Anteil von 40,2% entfallen die meisten Antworten auf die Antwortalternative *außerhalb des Gebäudes, z.B. auf dem Weg zum Parkplatz*.³²⁰ Weitere 24,9% der Antworten beschreiben die *halböffentlichen Bereiche, z.B. Flur, Gang, Cafeteria*, als häufige Angstorte.³²¹ Wie Tabelle 10 entnommen werden kann, müssen bei dieser Frage bezüglich aller Antwortalternativen deutliche Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Teilnehmern mit und ohne Gewalterfahrung gemacht werden.

Tabelle 10: Angstorte nach Gewalterfahrung³²²

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bettenbereich / Patientenzimmer im eigenen Stationsbereich	6	11,1	6	5,4	1	25,0	13	7,7
Patienten- und Notaufnahme	8	14,8	7	6,3	0	0,0	15	8,9
Intensivstation(en)	4	7,4	0	0,0	0	0,0	4	2,4
halböffentlicher Bereich	9	16,7	32	28,8	1	25,0	42	24,9
außerhalb des Gebäudes z.B. auf dem Weg zum Parkplatz	14	25,9	52	46,8	2	50,0	68	40,2
kein Unwohlsein; keine Angst; keine Angabe; ohne Antwort	12	22,2	11	9,9	0	0,0	23	13,6
sonstiges, und zwar:	1	1,9	3	2,7	0	0,0	4	2,4
gesamt	54	100,0	111	100,0	4	100,0	169	100,0

³¹⁷ Vgl. ebd..

³¹⁸ Vgl. ebd..

³¹⁹ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XLII).

³²⁰ Vgl. ebd..

³²¹ Vgl. ebd..

³²² Ersichtliche Anteilsberechnungen beziehen sich auf Spalten.

Erwähnenswert ist, dass Teilnehmer, welche Opfer mindestens eines gewalthaltigen Übergriffs geworden sind, über deutlich weniger Angstorte berichten (22,2%) als Teilnehmer ohne Gewalterfahrung (9,9%). Dies kann als ein Beleg dafür verstanden werden, dass infolge einer Gewalterfahrung auf Opferseite zuvor eher diffuse Ängste auch hinsichtlich der Angstorte in konkrete, realistischere Erwartungen und Befürchtungen umgesetzt werden.³²³ Dass noch mehr Teilnehmer ohne Gewalterfahrung *halböffentliche Bereiche* (28,8%) und Bereiche *außerhalb des Gebäudes* (46,8%) als Orte des Unwohlseins oder der Angst ansehen, ist aufgrund der in dieser Gruppe auftretenden diffusen, unbestimmten Befürchtungen wenig verwunderlich. Gleichzeitig kristallisieren sich die interdisziplinäre *Patienten- und Notaufnahme*, die *Bettenbereiche / Patientenzimmer der eigenen Station* sowie die *Intensivstationen* bei den Teilnehmern mit Gewalterfahrung(en) häufiger als Angstorte heraus. Auch dies kann mit den eher bestimmten und realistischeren Erwartungen und Befürchtungen nach einer Opfererfahrung begründet werden und entspricht eher den Tatorten der gewalthaltigen Übergriffe im Krankenhaus, welche unter den Gliederungspunkten 6.3.1 und 6.3.2 erhoben wurden. Auch wenn es sich um unbestimmte und größtenteils unbegründete Angstgefühle handelt, sollten diese subjektiven Ängste der Teilnehmer zum Anlass genommen werden, um Veränderungen herbeizuführen. Wenn fast zwei Drittel (65,1%) der Teilnehmer angeben, sich außerhalb des Krankenhausgebäudes und in halböffentlichen Bereichen des Krankenhauses unwohl zu fühlen, scheinen bauliche Veränderungen unabdingbar. Verschiedene Forschungen auf dem Gebiet der Kriminologische Regionalanalyse und der Kommunalen Kriminalprävention beschreiben, dass die Kriminalitätsfurcht durch städtebauliche Veränderungen nachhaltig reduziert und Angsträume beseitigt werden können.³²⁴ Übersichtliche, ordentliche und gut ausleuchtete Orte reduzieren Unsicherheitsgefühle und die Angst, Opfer zu werden,³²⁵ sodass durch die gezielte Herstellung dieser Aspekte, auch bezogen auf das Kran-

³²³ In Anlehnung an Kerner (2003), S. 3, 4.

³²⁴ Vgl. Hermannsdörfer (2011), S. 10ff..

³²⁵ Vgl. ebd..

kenhaus, Angsträume reduziert werden können und dies sich insgesamt positiv auf die Kriminalitätsfurcht der Mitarbeiter auswirkt.

6.6.5 Fazit

In vorliegender Untersuchung sind es vor allem *Gefühle der Bedrohung* und der *Ehrverletzung*, welche bei den Betroffenen als unmittelbare Auswirkungen des gewalthaltigen Übergriffs konstatiert werden müssen. Im Vergleich der Berufsgruppen erleiden die Mitarbeiter des Pflegedienstes weitaus häufiger körperliche Verletzungen als das ärztliche Personal. Der direkte körperliche Patientenkontakt bei pflegerischen Tätigkeiten scheint hierfür eine hinreichende Erklärung. Auch wenn wenige körperliche Auswirkungen, insbesondere sichtbare Verletzungen, festgestellt wurden, dürfen die hervorgerufenen psychischen Konsequenzen nicht unterschätzt werden. Das Konglomerat aus dem Mangel an individuellen Bewältigungsmechanismen und dem Fehlen organisatorisch institutionalisierter Regelungen kann Macht- und Hilflosigkeit erzeugen³²⁶ und diese schwere psychische Belastungen und teilweise Erkrankungen auf Opferseite nach sich ziehen.³²⁷ Viele Opfer haben es nicht geschafft, den gewalthaltigen Übergriff in Gänze zu verarbeiten und denken an den Vorfall zurück, wobei sich die Meisten nur *einmal oder einige Male im Jahr* und *in ähnlichen Situationen im Krankenhaus* an die gewalthaltige Situation zurückerinnern. Dies spricht für insgesamt eher geringe psychische Auswirkungen und Belastungen, wobei in einigen Fällen über Auswirkungen bis in den Privat- und Freizeitbereich berichtet wird und diese als starke Belastung empfunden werden. Insbesondere dann, wenn die Gewalt nicht von Patienten ausgeht, sondern durch Kollegen ausgeübt wird, wird sie durch die Betroffenen als belastender empfunden. Die tägliche Konfrontation mit dem Täter, verbunden mit den hierdurch vermutlich steigenden Vorfallszahlen, könnte diese Feststellung erklären. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass es weniger die Schwere der Gewalt sowie deren unmittelbare Auswirkungen sind, welche stärkere mittelbare Auswirkungen entstehen lassen. Vielmehr kommt es auf individuelle und intrinsische Bewältigungsmechanis-

³²⁶ Vgl. Lundström (2007), S. 88.

³²⁷ Vgl. ebd. sowie Richter (2007), S. 23-24, 57ff..

men und die Resilienz der Opfer an, welche die konsequente Verarbeitung des gewalthaltigen Ereignisses unterstützen bzw. befördern.

Des Weiteren können innerhalb der Stichprobe Unterschiede in der personalen Kriminalitätsfurcht festgestellt werden. Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) schätzen ihr Risiko im Krankenhaus, Opfer einer Straftat zu werden, größer ein (kognitive Dimension) und haben häufiger die Befürchtung (affektive Dimension), im Krankenhaus Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs zu werden als Teilnehmer ohne Gewalterfahrung. Einerseits scheint das subjektive Sicherheitsgefühl aller Teilnehmer jedoch nicht übermäßig beeinträchtigt zu sein und befindet sich auf einem Niveau, welches eine gefühlte Sicherheit der Teilnehmer zum Ausdruck bringt. Auch deswegen ist ein bewusstes Schutz- und Vermeidungsverhalten sowohl bei Teilnehmern mit als auch bei Teilnehmern ohne Gewalterfahrung tendenziell eher weniger stark ausgeprägt (konative Dimension). Andererseits können die Ergebnisse auch dahingehend interpretiert werden, dass die Teilnehmer über wenig geeignete individuelle und organisatorisch institutionalisierte Schutzmaßnahmen verfügen und sie Gewalt im Dienst daher schon als alltägliches, zum allgemeinen Berufsrisiko gehörendes Phänomen ansehen.

Bezüglich etwaig vorhandener Angsträume werden Bereiche außerhalb des Krankenhausgebäudes besonders häufig als Orte der Angst bzw. des Unwohlseins beschrieben. Dies entspricht zwar nicht der objektiv festgestellten Kriminalitätslage, da keiner der Teilnehmer diesen Bereich als Tatort eines gewalthaltigen Übergriffs angegeben hat, beeinflusst aber die kognitive und affektive Dimension der Kriminalitätsfurcht nachhaltig. Maßnahmen, wie z.B. bauliche Veränderungen, Erhöhung der Einsehbarkeit und bessere Beleuchtung, welche aus der Kommunalen Kriminalprävention abgeleitet werden können, können dazu beitragen, die subjektive Kriminalitätsfurcht der Mitarbeiter langfristig zu erhöhen und helfen auf diesem Wege, Mitarbeiterzufriedenheit zu konstruieren. Auch bei den Angsträumen wurden gruppenspezifische Unterschiede im Antwortverhalten aufgezeigt. Insgesamt stützen diese festgestellten Unterschiede die These, dass nach der Gewalterfahrung auf Opferseite eher diffuse, unbestimmte Befürchtungen durch konkrete, be-

stimmte Erwartungen abgelöst werden, sodass Opfererfahrungen eben nicht zwangsläufig ein Mehr an Kriminalitätsfurcht produzieren.³²⁸ Angemerkt werden muss jedoch, dass die gewonnenen Ergebnisse auf kleinen Teilnehmerzahlen beruhen, sodass hieraus gezogene Rückschlüsse weniger pauschalisierend, sondern mehr indizierend verstanden werden sollten.

³²⁸ Vgl. Kerner (2003), S. 3, 4.

6.7 Anzeigeverhalten

Ein Großteil (ca. 90%) der den Strafverfolgungsbehörden bekannt gewordenen Straftaten wird durch Geschädigte und Zeugen angezeigt.³²⁹ Diese bilden das so genannte Hellfeld der Kriminalität ab.³³⁰ In der wissenschaftlichen Literatur zum Thema Gewalt gegen medizinisches und pflegerisches Personal wird das Phänomen herausgestellt, dass nur die wenigsten Opfer solcher gewalthaltigen Übergriffe die Polizei zur Klärung der Sache hinzuziehen, bzw. überhaupt über die Vorfälle berichten.³³¹ Selbst wenn strafrechtlich relevante Sachverhalte durch medizinisches und pflegerisches Personal zur Anzeige gebracht werden, werden diese Straftaten in den amtlichen (Kriminalitäts-)Statistiken nicht gesondert ausgewiesen, sodass auch eine Analyse des Hellfeldes allenfalls lückenhaft möglich ist. Änderungen des registrierten Kriminalitätsgeschehens können daher nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden. Ein wesentlicher Einflussfaktor, welcher das Verhältnis zwischen registrierter und tatsächlicher Kriminalität maßgeblich beeinflusst, ist das Anzeigeverhalten.³³² In diesem Abschnitt wird untersucht, welche inneren und äußeren Beweggründe aus Sicht der Teilnehmer dafür oder dagegen sprechen, im Falle eines gewalthaltigen Übergriffs im Krankenhaus die Polizei zur Klärung der Sache hinzuzuziehen und/oder eine Strafanzeige bei der Polizei zu erstatten.

Die Fragen des Teil B - Anzeigeverhalten sind so formuliert, dass diese durch alle Teilnehmer der Stichprobe beantwortet werden können. Hierdurch ist es zwar nicht möglich, festzustellen, ob die Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) infolge der bereits erlebten gewalthaltigen Handlung(en) eine bzw. keine Anzeige erstattet haben oder lediglich zukünftig eine bzw. keine Anzeige erstatten würden,³³³ es ermöglicht aber den immanent wichtigen Vergleich der registrierten Antworten zwischen den Teilnehmern mit und ohne Gewalterfahrung.

³²⁹ Vgl. KrimLEX (2014), Stichwort – Anzeigeverhalten.

³³⁰ Vgl. ebd..

³³¹ Vgl. u.a. Cembrowicz & Shepherd (1992), S. 120; Duncan *et al.* (2001), S. 71; Ericksen (2008), S. 39ff.; Hegney *et al.* (2010), S. 197; Pich *et al.* (2010), S. 271; Zeh *et al.* (2009), S. 457 sowie Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 3.

³³² Vgl. BKA (2012), S. 6.

³³³ Gleiches gilt für die Hinzuziehung der Polizei zur Klärung der Sache.

6.7.1 Hinzuziehung der Polizei und Anzeigenerstattung

In Frage 22 wurden alle Teilnehmer der Befragung gebeten, anzugeben, ob sie im Falle eines selbsterlebten, gewalthaltigen Übergriffs die Polizei zur Klärung bzw. Schlichtung hinzugezogen haben bzw. hinzuziehen würden.³³⁴

Die Mehrheit der Befragten (61,9%) geben an, dass sie im Falle eines gewalthaltigen Übergriffs die Polizei zur Klärung der Sache hinzuziehen würden.³³⁵ Separiert man die Antworten nach Teilnehmern mit und ohne Gewalterfahrung, können anteilmäßige, erhebliche Unterschiede im Antwortverhalten registriert werden. Wie Tabelle 11 entnommen werden kann, gibt die große Mehrheit (77,8%) der Teilnehmer, welche bereits Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs geworden sind (n = 45), an, dass sie eher keine Polizei zur Klärung der Sache hinzuziehen würden. Unter den Teilnehmern ohne Gewalterfahrung (n = 90), welche auf diese Frage geantwortet haben, beträgt dieser Anteil lediglich 17,8%.

Tabelle 11: Hinzuziehung der Polizei nach Gewalterfahrung³³⁶

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein / mit Sicherheit nicht	14	31,1	0	0,0	0	0,0	14	10,1
eher nein	21	46,7	16	17,8	2	50,0	39	28,1
eher ja	8	17,8	47	52,2	1	25,0	56	40,3
ja / mit Sicherheit	2	4,4	27	30,0	1	25,0	30	21,6
gesamt	45	100,0	90	100,0	4	100,0	139	100,0

Wodurch diese starke Diskrepanz im Antwortverhalten hervorgerufen wird, kann an dieser Stelle und bei expliziter, quantitativer Betrachtung der Frage 22 nicht abschließend geklärt werden.

Auch die Auswertung der Frage 23 ergibt ein geteiltes Bild im Antwortverhalten. Bezogen auf alle Antworten (n = 140) geben 58,3% der Teilnehmer an, eher eine Anzeige bei der Polizei erstatten zu wollen³³⁷. Wie in nachstehen-

³³⁴ Vgl. im Anhang befindlicher Fragebogen (Frage 22).

³³⁵ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 23 sowie Datentabelle XX.

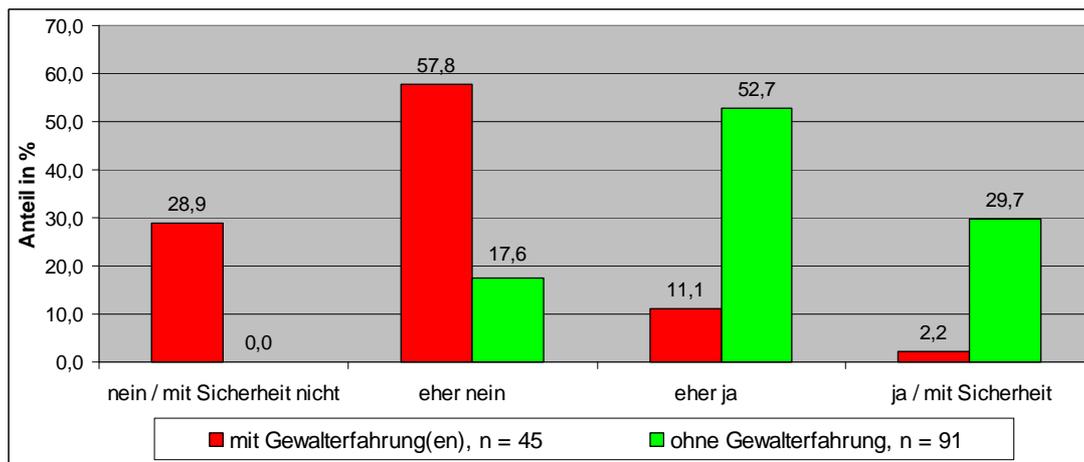
³³⁶ Ersichtliche Anteilsberechnungen beziehen sich auf Spalten.

³³⁷ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 23.

der Abbildung 16 ersichtlich ist, liegt dieser Anteil bei expliziter Betrachtung der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) lediglich bei ca. 13,3%.

Mit 86,7% spricht sich der überwiegende Anteil der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) gegen die Erstattung einer Strafanzeige bei der Polizei aus. Im Kontrast hierzu berichten 82,4% der Teilnehmer ohne bisherige Gewalterfahrung(en), dass sie im Falle eines gewalthaltigen Übergriffs *eher* bzw. *mit Sicherheit* eine Anzeige bei der Polizei erstatten würden.

Abbildung 16: Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung³³⁸



Zwischenfazit

Innerhalb der Stichprobe lassen sich große Unterschiede in Bezug auf ein Hinzuziehen der Polizei bzw. die Erstattung einer Strafanzeige konstatieren. In Erweiterung des durch *Kerner* (2003) verfolgten Ansatzes zur personalen Kriminalitätsfurcht³³⁹ darf vermutet werden, dass durch selbsterlebte, gewalthaltige Übergriffe bei den Opfern die zuvor eher diffusen Angstgefühle und Vorstellungen in eher realistischere Erwartungen umgesetzt werden.³⁴⁰ Da die Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) in vorliegender Untersuchung vor allem Opfer von leichter bis mittelschwerer Kriminalität geworden sind, entspricht auch dies *Kerners* These. Die Befragten mit Gewalterfahrung(en) können also realistischer mit eigenen Befürchtungen umgehen und auch ihre individuelle Kriminalitätsfurcht steigt aufgrund der nur geringen Schwere des

³³⁸ Abbildung stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle XXIV - dar.

³³⁹ Vgl. *Kerner* (2003), S. 3. Hiernach äußern Personen, welche Opfer von leichter bis mittelschwerer Kriminalität geworden sind, im Allgemeinen keine höhere Kriminalitätsfurcht als Nichtopfer, manchmal sogar weniger.

³⁴⁰ Vgl. ebd..

Vorfalls nicht an. Das hat zur Folge, dass sie auch zukünftig auf die Hinzuziehung der Polizei und/oder die Erstattung einer Strafanzeige verzichten. Möglicherweise wissen diese Teilnehmer aufgrund ihrer Gewalterfahrung(en), dass die Polizei ihnen ohnehin bestenfalls bei der juristischen Aufarbeitung des Ereignisses helfen kann. In der ganz konkreten, gewalthaltigen (Gefahren-)Situation sind die Betroffenen auch weiterhin zu großen Teilen auf sich allein gestellt. Das Hinzuziehen der Polizei hat für sie keinen rationalen Nutzen, sondern bedeutet ggf. nur noch mehr Arbeit oder aber eine Bloßstellung vor den Kollegen, welche diese Ereignisse als eher harmlos negieren und hinnehmen. In der Gruppe der Nichtopfer hingegen ist die Kriminalitätsfurcht weniger konkret ausgeprägt und kann als ein eher unbestimmtes, diffuses (Angst-)Gefühl bezeichnet werden.³⁴¹ Sie befürchten daher, dass ein gewalthaltiger Übergriff für sie schwere physische und psychische Folgen nach sich zieht. Um diese Folgen möglichst gering zu halten, tendieren sie dazu, alle Möglichkeiten, die eine Minderung dieser Folgen in Aussicht stellen, zu nutzen.

6.7.2 Gründe für die Anzeigenerstattung

Unter Frage 24 wurden die Teilnehmer der Untersuchung zu ihren Beweggründen gefragt, welche dazu führen, dass sie im Falle einer Opferwerdung von Gewalt im Krankenhaus eine Anzeige bei der Polizei erstatten würden. Bezogen auf alle antwortenden Teilnehmer (n = 134) haben mit 38,1% die meisten Befragten angekreuzt, dass der *Täter seine gerechte Strafe erhalten soll*.³⁴² Als zweithäufigste Antwort (32,1%) wurde die Antwortalternative, *den Täter ein Stück weit zu erziehen und so weiteren Taten vorzubeugen*, angekreuzt.³⁴³ Erst hiernach geben 30,6% der Befragten als Motiv an, *versicherungsrechtliche Ansprüche geltend machen zu wollen*.³⁴⁴ Trotz zuvor beschriebener Antworthäufungen ist das Antwortverhalten in Frage 24 durch eine große Heterogenität gekennzeichnet. In nachfolgender Tabelle sind alle Antwortalternativen, geordnet nach den registrierten Antworten und den sich

³⁴¹ Vgl. ebd..

³⁴² Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 24.

³⁴³ Vgl. ebd..

³⁴⁴ Vgl. ebd..

hieraus ergebenden Anteilen, aufgelistet. Weiterhin werden die Antworten in kriminologische Motivgruppen einklassifiziert.³⁴⁵

Tabelle 12: Gründe für die Anzeigenerstattung³⁴⁶

Kategorie(n)	kriminologische Einklassifizierung	gesamt	
		n	%
Der Täter soll seine gerechte Strafe erhalten.	täterorientierter Sühne- bzw. Strafgedanke	51	15,8
Um den Täter ein Stück weit zu erziehen und so weiteren Taten vorzubeugen.	Prävention- und Erziehungsgedanke(n)	43	13,3
Um versicherungsrechtliche Ansprüche geltend zu machen.	Geltendmachung zivil- bzw. versicherungsrechtlicher Ansprüche	41	12,7
Man muss sich nicht alles gefallen lassen.	intrinsische Motivation durch subjektive Betroffenheit	31	9,6
Um auch andere auf die Missstände aufmerksam zu machen.	Prävention- und Erziehungsgedanke(n)	26	8,0
Um Schadensersatzansprüche gegenüber dem Täter geltend zu machen.	Geltendmachung zivil- bzw. versicherungsrechtlicher Ansprüche	25	7,7
Wunsch nach Einsicht, Wiedergutmachung und/oder Entschuldigung durch den Täter	Prävention- und Erziehungsgedanke(n)	24	7,4
Ich fühlte mich in meiner Ehre und/oder Würde verletzt.	intrinsische Motivation durch subjektive Betroffenheit	23	7,1
auf Weisung von Vorgesetzten oder der Klinikleitung	Weisungsgebundenheiten (formell)	17	5,3
Ich betrachte das als meine staatsbürgerliche Pflicht.	Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit	13	4,0
aufgrund existierender dienstrechtliche Anweisungen	Weisungsgebundenheiten (formell)	11	3,4
auf Anraten mir nahestehender Personen	Weisungsgebundenheiten (informell)	10	3,1
Um dem Täter einen Denkkzettel zu verpassen.	täterorientierter Sühne- bzw. Strafgedanke	4	1,2
sonstiges, und zwar:	-	4	1,2
gesamt		323	100,0

Insgesamt muss konstatiert werden, dass die registrierten Antworten in vorliegender Untersuchung anteilmäßig deutlich von den Motiven einer An-

³⁴⁵ Vgl. Gliederungspunkt 3.3.1.2.

³⁴⁶ Tabelle stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle XXVI - dar. Anteilsberechnungen beziehen auf alle Antworten, welche unter Frage 24: *Gründe für eine Anzeigenerstattung* registriert wurden (n = 323).

bzw. Nichtanzeige, welche in anderen Dunkelfeldstudien erhoben wurden, abweichen.³⁴⁷ Innerhalb der Stichprobe stehen weniger die Regulierung des erlittenen Schadens, sondern vielmehr täterorientierte Sühne- und Strafgedanken sowie Präventions- bzw. Erziehungsgedanken im Vordergrund. Formelle Weisungsgebundenheiten scheinen das Anzeigeverhalten nur in geringem Maße zu beeinflussen.

Betrachtet man die Teilnehmer der Befragung erneut separiert nach Gewalterfahrung(en), werden zwischen den Teilnehmern mit und ohne Gewalterfahrungen Unterschiede deutlich.³⁴⁸ Diese sind in nachfolgender Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 13: Gründe für die Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung³⁴⁹

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)			
	ja		nein	
	n	%	n	%
auf Weisung von Vorgesetzten oder der Klinikleitung	9	10,6	8	3,5
Um Schadensersatzansprüche gegenüber dem Täter geltend zu machen.	4	4,7	21	9,2
Man muss sich nicht alles gefallen lassen.	11	12,9	19	8,3
Der Täter soll seine gerechte Strafe erhalten.	5	5,9	45	19,7
Um auch andere auf die Missstände aufmerksam zu machen.	10	11,8	16	7,0
gesamt	85	100,0	228	100,0

Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs haben oder würden demzufolge eher eine Anzeige erstatten, wenn dies seitens der Vorgesetzten oder der Klinikleitung angewiesen werden würde oder angewiesen worden ist. Auch formelle Weisungsgebundenheiten stellen demnach für Opfer häufiger ein Motiv für eine Anzeigenerstattung dar als für Nichtopfer. Der Wunsch bzw. die Absicht, andere auf die Missstände aufmerksam zu machen und subjektive Betroffenheiten (Antwort: *Man muss sich nicht alles gefallen lassen*) sind weitere wich-

³⁴⁷ Vgl. KrimLEX (2014), Stichwort – Anzeigeverhalten.

³⁴⁸ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XXVII).

³⁴⁹ Tabelle stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle XXVII - dar. Anteilsberechnungen beziehen sich auf Spalten. In der Tabelle werden alle Differenzen zwischen Teilnehmern mit und ohne Gewalterfahrung von mehr als 4,4% dargestellt.

tige Beweggründe, welche eher bereits von Gewalt betroffene Teilnehmer zur Erstattung einer Strafanzeige motivieren als Teilnehmer ohne Gewalterfahrung.

Bei den Teilnehmern ohne Gewalterfahrung während des Dienstes im Krankenhaus sind wiederum täterorientierte Sühne- bzw. Strafgedanken (Antworten: *Der Täter soll seine gerechte Strafe erhalten. / Um den Täter einen Denkkettel zu verpassen.*) deutlich ausgeprägter als bei Teilnehmern mit Gewalterfahrung(en).³⁵⁰ Die Antwort, *der Täter soll seine gerechte Strafe erhalten*, ist innerhalb dieser Gruppe mit 19,7% die mit Abstand am häufigsten registrierte Antwort. Doch auch die Geltendmachung von zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen ist den bisherigen Nichtopfern wichtiger als den bereits von Gewalt Betroffenen.

6.7.3 Gründe gegen die Anzeigenerstattung

In der wissenschaftlichen Literatur zum Thema ist anerkannt, dass aufgrund einer chronischen Unterfassung das registrierte Niveau der gewalthaltigen Übergriffe gegen medizinisches und pflegerisches Personal bei Weitem nicht das tatsächliche Niveau abbildet.³⁵¹ Die Gründe hierfür sind vielfältig, wurden jedoch in deutschen Studien bisher selten explizit erhoben.

In vorliegender Untersuchung wurden die Teilnehmer in Frage 25 gebeten, anzukreuzen, was sie dazu motivieren würde, eine Strafanzeige bei der Polizei zu erstatten. Bezogen auf alle antwortenden Teilnehmer (n = 104) geben 49 (47,1%) an, dass sie keine Anzeige erstatten würden, wenn ihnen nicht viel passiert sei bzw. sie den Vorfall für sich als nicht so schlimm einstufen würden (Antwort: *Mir bzw. es ist nicht viel passiert und so schlimm war es nicht.*)³⁵² Aus Angst vor dem Täter würden sich 21,2% gegen die Erstattung einer Anzeige entscheiden und 19,2% der Antwortenden geben an, dass dies allein Sache des Opfers sei bzw. dies jeder mit sich selbst ausmachen müsse (Antwort: *Das muss jeder mit sich selbst ausmachen bzw. ist Sache des Opfers.*)³⁵³ In Tabelle 14 sind alle Antwortalternativen, geordnet nach den für

³⁵⁰ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XXVII).

³⁵¹ Vgl. u.a. Clements *et al.* (2005), S. 199ff.; Ericksen (2008), S. 39ff. sowie Lyneham (2000), S. 8ff..

³⁵² Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 25.

³⁵³ Vgl. ebd..

sie registrierten Antworten und Anteilen, aufgelistet. Weiterhin werden auch diese Antworten in kriminologische Motivgruppen einklassifiziert.³⁵⁴

Tabelle 14: Gründe gegen die Anzeigenerstattung³⁵⁵

Kategorie(n)	kriminologische Einklassifizierung	gesamt	
		n	%
Mir bzw. es ist nicht viel passiert und so schlimm war es nicht.	Schaden / Folgen zu gering intrinsische Motivation durch subjektive Betroffenheit	49	28,0
aus Angst vor dem Täter	intrinsische Motivation durch subjektive Betroffenheit	22	12,6
Das muss jeder mit sich selbst ausmachen bzw. ist Sache des Opfers.	intrinsische Motivation durch subjektive Betroffenheit	20	11,4
Das gehört für mich zum Berufsrisiko.	berufliche Sozialisation	16	9,1
Durch die Anzeige ändert sich ja doch nichts.	keine Erfolgsaussichten / rechtsstaatlicher Verdross	12	6,9
Die Polizei macht ja doch nichts bzw. kann erst was machen, wenn es zu spät ist.	keine Erfolgsaussichten / rechtsstaatlicher Verdross	11	6,3
Ich war bzw. bin mir über die Folgen im Unklaren und verzichtete deswegen darauf.	Unkenntnis über Möglichkeit und Folgen	11	6,3
Ich kannte die Möglichkeit gar nicht.	Unkenntnis über Möglichkeit und Folgen	9	5,1
Das bedeutet für mich nur noch mehr Arbeit.	keine Erfolgsaussichten	7	4,0
sonstiges, und zwar: ...	-	6	3,4
Das leitende Personal sprach sich dagegen aus.	Weisungsgebundenheiten (formell)	5	2,9
Das ist hier nicht erwünscht und eine Anzeige nicht gern gesehen.	Weisungsgebundenheiten (formell)	4	2,3
So etwas hat man hinzunehmen und ist nicht der Rede wert.	berufliche Sozialisation	2	1,1
Ich hatte Mitleid mit dem Täter.	intrinsische Empfindungen und subjektive Betroffenheit	1	0,6
gesamt		175	100,0

In vorstehender Tabelle ist ersichtlich, dass auch 13,2% der Antworten auf die kriminologische Kategorie *keine Erfolgsaussichten / rechtsstaatlicher Verdross* entfallen. Dieser Teil der Befragten glaubt, dass sich durch die Er-

³⁵⁴ Vgl. Gliederungspunkt 3.3.1.2.

³⁵⁵ Tabelle stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle XXVIII – dar. Anteilsberechnungen beziehen auf alle Antworten, welche unter Frage 25: *Gründe gegen die Anzeigenerstattung* registriert wurden. (n = 175)

stattung einer Strafanzeige nichts ändert oder die Polizei erst etwas unternehmen kann, wenn es zu spät ist. Weitere 11,4% *kennen/kannten die Möglichkeit gar nicht*, im Falle der Opferwerdung eine Strafanzeige zu erstatten und sind/waren sich bzgl. der *Folgen im Unklaren*. Formelle Weisungsgebundenheiten scheinen nach Gesamtauswertung aller Antworten erneut eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Tendenziell spiegelt das registrierte Antwortverhalten in vorliegender Untersuchung die Motive einer An- bzw. Nichtanzeige, welche in anderen Dunkelfeldstudien erhoben wurden, wider.³⁵⁶ Betrachtet man die Teilnehmer der Befragung erneut separiert nach Gewalterfahrung(en), offenbart dies erneut Unterschiede im Antwortverhalten.³⁵⁷ Einigkeit besteht dagegen darin, dass, wenn der eigene subjektiv empfundene und objektiv ersichtliche Schaden zu gering ist, sich alle Teilnehmer eher gegen die Erstattung einer Strafanzeige entscheiden würden bzw. entschieden haben. Die Ergebnisse sind in vorstehender Tabelle 14 dargestellt. Anteilsmäßig mehr Teilnehmer ohne Gewalterfahrung(en) tendieren dazu, solcherlei Entscheidungen als alleinige Sache des Opfers zu deklarieren. Weitere 19,4% der Antworten innerhalb der Teilnehmer ohne Gewalterfahrung(en) entfallen auf die Antwort *aus Angst vor dem Täter*, sodass sie aus diesem Grund keine Strafanzeige erstatten würden. Dieser Anteil ist unter den Teilnehmern, welche bereits Opfer von gewalthaltigen Übergriffen geworden sind, mit 4,2% vergleichsweise gering. Angstgefühle scheinen sich demzufolge nach gewalthaltigen Vorfällen nur in geringem Maße zu manifestieren. Unter den Teilnehmern mit Gewalterfahrungen ist dagegen die Meinung stark ausgeprägt, dass solcherlei Vorfälle zum Berufsrisiko gehören (18,2%). Auch geben einige wenige Teilnehmer dieser Gruppe an, dass die Anzeigenerstattung innerhalb des Krankenhauses nicht gern gesehen sei (4,2%) und sie daher von einer Erstattung Abstand genommen haben, bzw. zukünftig von dieser Abstand nehmen würden. Die Ansicht, dass die Polizei erst etwas machen kann, wenn es zu spät ist, ist innerhalb der Gruppe mit Gewalterfahrungen weniger stark ausgeprägt.

³⁵⁶ Vgl. KrimLEX (2014), Stichwort – Anzeigeverhalten.

³⁵⁷ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XXIX).

Tabelle 15: Gründe gegen die Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung³⁵⁸

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)			
	ja		nein	
	n	%	n	%
Mir bzw. es ist nicht viel passiert und so schlimm war es nicht.	20	27,8	28	28,6
Das muss jeder mit sich selbst ausmachen bzw. ist Sache des Opfers.	5	6,9	14	14,3
Das ist hier nicht erwünscht und eine Anzeige nicht gern gesehen.	3	4,2	0	0,0
aus Angst vor dem Täter	3	4,2	19	19,4
Die Polizei macht ja doch nichts bzw. kann erst was machen, wenn es zu spät ist.	2	2,8	9	9,2
Das gehört für mich zum Berufsrisiko.	13	18,1	2	2,0
gesamt	72	100,0	98	100,0

Die Auswertung der Antworten der Antwortkategorie *sonstiges, und zwar* bestätigt einerseits, dass krankheitsbedingte, kognitive Beeinträchtigungen auf Täterseite eine Rolle spielen und die Opfer, die von einer Unzurechnungsfähigkeit des Täters ausgehen, dazu motivieren, von einer Strafanzeige abzusehen.³⁵⁹ Andererseits werden nachfolgend aufgeführte Gründe angegeben, welche die Komplexität der Anlässe, einen gewalthaltigen Übergriff nicht zu melden, demonstrieren.³⁶⁰

- „war privat Opfer, wurde nach Anzeige schlecht behandelt, psychische Auswirkungen auch nach 40 Jahren spürbar“
- „Handlungsunfähigkeit / Überforderung mit der Situation“
- „von der Polizei selbst abgeraten!“

6.7.4 Fazit

Über 70% der Taten, so erheben einzelne Studien, werden den Vorgesetzten nicht gemeldet.³⁶¹ Da die Polizei auch in den wenigsten Fällen zur Sache

³⁵⁸ Tabelle stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle XXIX - dar. Anteilsberechnungen beziehen sich auf Spalten. In der Tabelle werden alle Differenzen zwischen Teilnehmern mit und ohne Gewalterfahrung von mehr als 4,2% dargestellt.

³⁵⁹ Vgl. im Anhang befindliche Grundauswertung zu Frage 25.

³⁶⁰ Vgl. ebd..

³⁶¹ Vgl. Duncan *et al.* (2001), S. 71; Lyneham (2000), S. 8ff. sowie Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 8.

hinzugezogen wird,³⁶² lässt dies den Rückschluss zu, dass der Anteil der durch die Opfer erstatteten Strafanzeigen nahezu marginal ist.

Einige Studien heben die Akzeptanz der gewalthaltigen Übergriffe als Teil der täglichen Arbeit als Hauptursache für das Nichtmelden bzw. die Nichtanzeige der Übergriffe und die hieraus resultierende Untererfassung hervor.³⁶³

Jedoch gibt es zahlreiche Anlässe dafür, die gewalthaltigen Vorfälle Krankenhausintern nicht zu melden oder bei der Polizei nicht zur Anzeige zu bringen.³⁶⁴ Das Fehlen von institutioneller Unterstützung und von Rückhalt seitens der Kollegen und Vorgesetzten,³⁶⁵ zu wenig Zeit, gepaart mit dem Unwillen, die nötigen Formulare auszufüllen,³⁶⁶ aber auch die Ansicht, dass sich ohnehin nichts ändern wird³⁶⁷ sowie das Nichtwissen um die Möglichkeit der Anzeigenerstattung und deren Folgen,³⁶⁸ sind nur einige Gründe, welche in der wissenschaftlichen Literatur als Anlass für ein Nichtmelden bzw. eine Nichtanzeige des Übergriffs herausgestellt werden.

Auch innerhalb der Stichprobe lassen sich diese Tendenzen ausmachen. Diejenigen, welche bereits Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs im Krankenhaus geworden sind, geben zu großen Teilen an, die Polizei nicht zur Sache hinzugezogen und/oder keine Anzeige erstattet zu haben.³⁶⁹ Ein Hauptgrund für die Opfer scheint in vielen Fällen der geringe subjektiv empfundene oder objektiv eingetretene Schaden zu sein, sodass sie von der Anzeigenerstattung Abstand nehmen. Sowohl die Gründe *für* als auch die Gründe *gegen* eine Anzeigenerstattung sind jedoch komplex und unterscheiden sich nach Gewalterfahrung(en) der Befragten. So indizieren die Ergebnisse weiterhin, dass Teile der bereits von Gewalt Betroffenen diese als eine

³⁶² Vgl. u.a. Cembrowicz & Shepherd (1992), S. 120; Duncan *et al.* (2001), S. 71 sowie Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 3.

³⁶³ Vgl. u.a. Clements *et al.* (2005), S. 119ff.; Ericksen (2008), S. 39ff.; Hegney *et al.* (2010), S. 197ff. sowie Rippon (2000), S. 457.

³⁶⁴ Vgl. u.a. Clements *et al.* (2005), S. 119ff.; Hegney *et al.* (2010), S. 197, 198; Pich *et al.* (2010), S. 271; Rippon (2000), S. 454ff. sowie Zeh *et al.* (2009), S. 457.

³⁶⁵ Vgl. Clemets (2008), S. 119ff., Pich *et al.* (2010), S. 271 sowie Rippon (2000), S. 457.

³⁶⁶ Vgl. a.a. Clements *et al.* (2005), S. 199ff.; Hegney *et al.* (2010), S. 198; Pich *et al.* (2010), S. 271 sowie Rippon (2000), S. 457.

³⁶⁷ Vgl. u.a. Clements *et al.* (2005), S. 199ff.; Hegney *et al.* (2010), S. 198; Lyneham (2000), S. 15ff. sowie Pich *et al.* (2010), S. 271.

³⁶⁸ Vgl. Ericksen (2008), S. 39ff.; Clements *et al.* (2005), S. 199ff. sowie Hegney *et al.* (2010), S. 198.

³⁶⁹ Gleichfalls können die Ergebnisse dahingehend interpretiert werden, dass die Betroffenen zukünftig weder die Polizei hinzuziehen noch eine Strafanzeige erstatten würden.

Art natürliches Berufsrisiko des täglichen Arbeitsumfeldes ansehen. Mehr als jeder Zehnte gibt an, dass er sich über die Folgen einer Anzeigenerstattung im Unklaren ist, bzw. die Möglichkeit der Anzeigenerstattung aus Unkenntnis heraus nicht in Betracht gezogen hat. Besonders bei den Teilnehmern ohne Gewalterfahrung werden aber auch diffuse Ängste vor dem Täter und die Ansicht, dass dies eine (alleinige) Entscheidung des Opfers sei, als Gründe angeführt.³⁷⁰ Die Tatsache, dass besonders die Opfer gewalthaltige Vorfälle als allgemeines Berufsrisiko ansehen, ist alarmierend und scheint die These zu stützen, dass die Gesellschaft insgesamt, zunehmend toleranter gegenüber bestimmten Gewaltformen geworden ist.

Um das Melde- und Anzeigeverhalten nachhaltig zu verbessern, müssen sich vor allem institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen ändern. Ein Arbeitsklima, in dem Gewalt nicht als alltägliches Berufsrisiko angesehen wird und jede Form der Gewalt öffentlich diskreditiert wird, ist ein Anfang.³⁷¹ Jedoch müssen auch klare (Melde-)Strukturen dafür geschaffen werden, um solcherlei Vorfälle anzuzeigen. Strafrecht soll *ultima ratio* bleiben. Ein Fehlen von organisatorisch institutionalisierten Regelungen führt bei den Betroffenen jedoch zu Gefühlen von Machtlosigkeit³⁷² bis hin zur Handlungsunfähigkeit. Strafrecht ist dann de facto das letzte zur Verfügung stehende Mittel. Eine konsequente Aufklärung des medizinischen und pflegerischen Personals über Möglichkeiten und Folgen einer Anzeigenerstattung sowie über ihre Rechte und Pflichten als Geschädigte im Strafverfahren dürfte vorhandene Unklarheiten beseitigen, sodass die hieraus resultierende Rechtssicherheit auch eine gewisse Handlungssicherheit bei den Betroffenen zur Folge haben dürfte. Auch Gefühle der Machtlosigkeit werden auf diese Weise reduziert. Neben täterorientierten Strafbedürfnissen wird, insbesondere bei den Teilnehmern mit Gewalterfahrung(en), das Bedürfnis nach standardisierten, ablauforganisatorischen Prozessen und des Rückhalts seitens der Vorgesetzten deutlich, um so der ubiquitären Untererfassung entgegen zu steuern.³⁷³

³⁷⁰ Vgl. Tabelle 15.

³⁷¹ Vgl. Clements (2005), S. 119ff..

³⁷² Vgl. Lundström *et al.* (2007), S. 84ff..

³⁷³ Vgl. Tabelle 13.

6.8 Möglichkeiten der Prävention und der Nachsorge

6.8.1 Wissen um vorhandene Betreuung und Ansprechpartner

Im Vorfeld der Auswertung wurde seitens des Forschers in Erfahrung gebracht, dass es am AMEOS Klinikum Aschersleben einen so genannten „Mobbing-Beauftragten“ gibt, dieser sich allerdings originär der Gewalt ausgehend von Kollegen bzw. Mitarbeitern des Klinikums widmet und den betroffenen Mitarbeitern Hilfestellungen zur Verfügung stellt. Einen expliziten Ansprechpartner für gewalthaltige Übergriffe durch andere Personen (Patienten, Angehörige etc.) gibt es im Klinikum nicht. In diesen Fällen sollen die direkten Vorgesetzten sowie der Betriebsrat als erste Ansprechpartner dienen und würden den Betroffenen Hilfestellungen geben sowie Nachsorgemöglichkeiten aufzeigen.

Um festzustellen, inwieweit die Teilnehmer über Möglichkeiten der Betreuungs- und Nachsorgemaßnahmen an ihrem Arbeitsplatz informiert sind, wurden sie in Frage 31 gefragt, ob es im Klinikum einen Ansprechpartner oder eine Betreuung für Betroffene von gewalthaltigen Übergriffen gibt. Die große Mehrheit (80,1%) antwortet hierauf mit *weiß nicht* oder macht *keine Angabe* zur Sache.³⁷⁴ 8,9% seien sich sicher, dass es keinen Ansprechpartner gäbe und 11,0% berichten über das Vorhandensein solcher Nachsorgemöglichkeiten.³⁷⁵ Diese Ergebnisse sprechen insgesamt für einen geringen Informationsstand der Mitarbeiter. Separiert man die Teilnehmer nach Gewalterfahrungen berichten nur 6,7% der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en), dass es einen Ansprechpartner oder eine Nachbetreuung gäbe.³⁷⁶ Demzufolge entfallen 93,3% der Antworten dieser Gruppe auf die Antwortalternativen *weiß nicht*, *keine Angabe* oder *nein, gibt es nicht*.³⁷⁷ Worauf sich diese Informationsdefizite begründen, lässt sich anhand der erhobenen Daten nur vermuten. Jedoch führt das systematische Nichtanzeigen eines gewalthaltigen Vorfalles bei den Vorgesetzten, der Klinikleitung oder der Krankenhausverwaltung auch bei diesen zu einem spezifischen Mangel an Informationen und etwaig

³⁷⁴ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XLIV) sowie Grundauswertung zu Frage 31.

³⁷⁵ Vgl. ebd..

³⁷⁶ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XLV).

³⁷⁷ Vgl. ebd..

vorhandene, adäquate Lösungsvorschläge können an die Betroffenen nicht herangetragen werden.

Dass ein Betreuungsbedürfnis besteht, lässt sich aus den registrierten Antworten zu Frage 32 ablesen. Über zwei Drittel (68,5%) der Befragten geben an, dass sie sich im Falle eines gewalthaltigen Übergriffs eine Betreuung durch geschultes (Fach-)Personal wünschen würden.³⁷⁸ Bezogen auf alle Teilnehmer wollen 6,8% so etwas nicht,³⁷⁹ wobei dieser Anteil bei expliziter Betrachtung der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) mit 15,6% größer ist.³⁸⁰ Auch wenn die Meinung dbzgl. auf Seiten der Opfer von Gewalt geteilter ist, wünschen sich auch in dieser Gruppe die meisten Befragten (40,0%) eine adäquate Nachbetreuung.³⁸¹ Bezogen auf die Variable *gegenwärtiger Beruf* ist das Betreuungsbedürfnis gleichmäßig verteilt.³⁸²

6.8.2 Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen

Im Weiteren wurden die Teilnehmer in Frage 33 gebeten, anzugeben, was für Maßnahmen aus ihrer Sicht eine solche Betreuung umfassen sollte. Insgesamt wurden 296 gültige Antworten registriert. In Tabelle 16 sind alle Antwortalternativen geordnet nach den für sie registrierten Antworten und den sich hieraus ergebenden Anteilen aufgelistet. Die Ergebnisse zeigen auf, dass keine der vorgegebenen Antwortalternativen eine absolute Mehrheit erzielen konnte und beschreiben damit erneut ein eher heterogenes Antwortverhalten der Teilnehmer. Die Antwortmöglichkeit *Schulungsmaßnahmen für einen situationsbezogenen Umgang mit renitenten Personen*³⁸³ ist mit einem Anteil von 21,3% die am häufigsten gewünschte Maßnahme. Doch auch der Erhalt *juristischer Hinweise*, welche u.a. das Aufzeigen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Möglichkeiten umfasst, wird durch die Teilnehmer vermehrt als gewünschte Nachsorgemaßnahme angegeben.

³⁷⁸ Vgl. im Anhang befindliche Grundauswertung zu Frage 32 sowie Datentabellen (Tabelle XLVII).

³⁷⁹ Vgl. ebd..

³⁸⁰ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XLVIII).

³⁸¹ Vgl. ebd..

³⁸² Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle L, LI, LII).

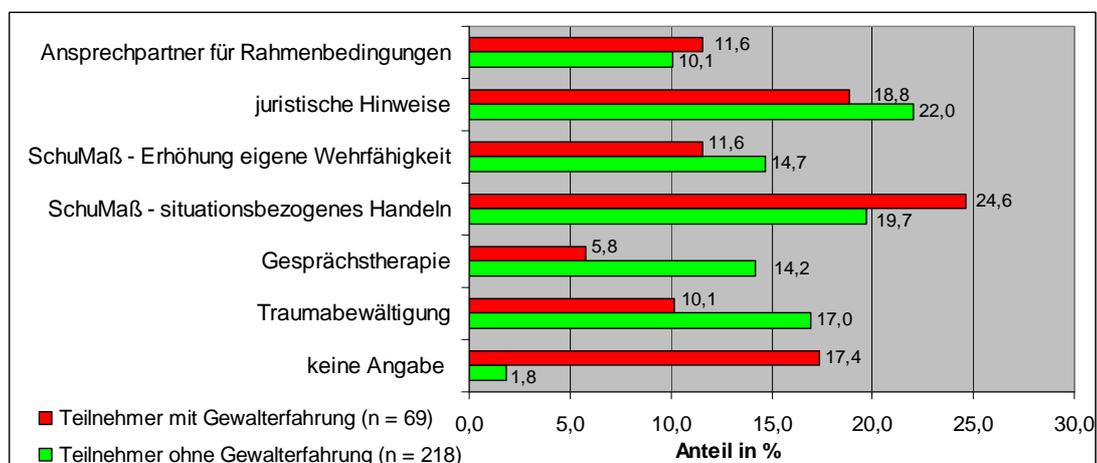
³⁸³ Diese ausformulierte Antwortmöglichkeit wird in Tabelle 16 und Abbildung 17 als *SchuMaß - situationsbezogenes Handeln* ausgewiesen. Die Antwortmöglichkeit *Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit* ist dort als *SchuMaß - Erhöhung eigene Wehrfähigkeit* dargestellt.

Tabelle 16: Gewünschte Betreuungs-, Sorge- u. Schulungsmaßnahmen³⁸⁴

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)	
	n	%
SchuMaß - situationsbezogenes Handeln	63	21,3
juristische Hinweise - Aufzeigen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Möglichkeiten	61	20,6
Traumabewältigung	47	15,9
SchuMaß - Erhöhung eigene Wehrfähigkeit	41	13,9
Gesprächstherapie	37	12,5
Ansprechpartner, um Rahmenbedingungen z.B. örtliche Gegebenheiten zu verändern	30	10,1
keine Angabe	16	5,4
sonstiges, und zwar:	1	0,3
gesamt	296	100,0

Eine differenzierte Betrachtung nach den Gruppen Teilnehmer mit und ohne Gewalterfahrung ist in nachstehender Abbildung ersichtlich.

Abbildung 17: Gewünschte Betreuungs-, Sorge- u. Schulungsmaßnahmen nach Gewalterfahrung³⁸⁵



Auch hier sind Unterschiede im Antwortverhalten erkennbar, wobei die Größenordnungen der Antworten ähnlich sind. So sind die am häufigsten registrierten Antworten (vgl. Tabelle 16) auch bezogen auf die Gruppen der Teilnehmer mit und ohne Gewalterfahrung am stärksten ausgeprägt. Bei den

³⁸⁴ Tabelle stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle LIII - dar.

³⁸⁵ Abbildung stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle LIV - dar. Dargestellte Anteile beziehen auf alle Antworten, welche durch die Teilnehmer der jeweiligen Untersuchungsgruppe abgegeben wurden.

Antwortkategorien *Gesprächstherapie*, *Traumabewältigung* und *keine Angabe*, lassen sich hingegen große Unterschiede feststellen. Der eklatante Unterschied bei der Antwortalternative *keine Angabe* lässt sich jedoch darauf zurückführen, dass unter Frage 32 anteilmäßig mehr Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) - Gewalterfahrung (+) - berichten, keinen Bedarf an Betreuung und/oder Nachsorge zu haben.³⁸⁶ Bei den übrigen Unterschieden dürfte es sich zu Teilen um eine Nebenwirkung der zuvor dargestellten Tatsache handeln. Die bei den Teilnehmern mit Gewalterfahrung(en) innerhalb dieser Antwortkategorien vergleichsweise kleine Anzahl an registrierten Antworten lässt somit keine Rückschlüsse auf ein generelles, gruppenspezifisches Antwortverhalten zu.

Hinsichtlich der Variablen *gegenwärtiger Beruf* lassen sich für zwei Antwortalternativen erwähnenswerte Unterschiede zwischen dem ärztlichen Personal und dem Pflegedienst feststellen.³⁸⁷ So indizieren die Ergebnisse, dass das ärztliche Personal verstärkten Wert auf *juristische Hinweise* legt (31,0%), wohingegen ihnen die *Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit* (8,5%) vergleichsweise unwichtig sind.³⁸⁸ Innerhalb der Gruppe des Pflegedienstes können hingegen gleiche Häufigkeiten für diese Antwortalternativen konstatiert werden.³⁸⁹ Diese Ergebnisse können als Übereinstimmung mit den erhobenen, berufsgruppenspezifische Gewaltarten angesehen werden. So ist es durchaus naheliegend, dass Mitarbeiter des Pflegedienstes, welche häufiger Opfer von (eher leichter) körperlicher Gewalt werden,³⁹⁰ einen höheren Bedarf an *Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit* haben als Mitarbeiter des ärztlichen Personals, welche größtenteils über verbaler Gewalterfahrungen berichten. Auch lässt sich der erhöhte Bedarf an *juristischen Hinweisen* in der Gruppe des ärztlichen Personals mit dem eigenen akademischen Hintergrund sowie den in diesem Berufszweig ohnehin getroffenen privaten Rechtsschutzvorkehrungen

³⁸⁶ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle XLVIII).

³⁸⁷ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle LVI).

³⁸⁸ Vgl. ebd..

³⁸⁹ Vgl. ebd..

³⁹⁰ Vgl. Gliederungspunkt 6.2.2.

erklären und kann als verstärktes Bedürfnis nach Rechtssicherheit interpretiert werden.

6.8.3 Maßnahmen zur Angstreduzierung

In Frage 34 wurden die Teilnehmer gefragt, welche Maßnahmen mit einer Reduzierung ihrer Ängste und/oder ihres Unwohlseins einhergehen würden. Hierfür wurden den Teilnehmern insgesamt zwölf Antwortalternativen vorgegeben, von denen sie sich für maximal zwei Alternativen entscheiden und auf diese Weise selbstständig eine Priorisierung vornehmen sollten. Insgesamt wurden 273 gültige Antworten registriert. In Tabelle 17 sind alle Antwortalternativen geordnet nach den registrierten Antworten und den sich hieraus ergebenden Anteilen aufgeführt. Die Auswertung ergibt, dass aus den vorgegebenen Antworten zwei Antwortalternativen hervorstechen. Durchaus nachvollziehbar würden sich der *Einsatz von geschultem Wachpersonal (Sicherheitsdienst)* und *mehr Personal (auch zur Nachtzeit)* besonders häufig positiv auf die Angstreduzierung der Mitarbeiter auswirken. Bemerkenswert ist, dass der Anteil der Antworten der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) für die Antwortalternative *mehr Personal (auch zur Nachtzeit)* mit 26,2%, im Vergleich zu den übrigen Anteilen zu Frage 34, am größten ist. Wie unter Frage 17 festgestellt wurde,³⁹¹ sind jedoch nur die wenigsten Mitarbeiter zum Zeitpunkt des gewalthaltigen Übergriffs allein mit dem Täter. Ein Mehr an Personal dürfte also nicht kausal ein Weniger an gewalthaltigen Übergriffen nach sich ziehen, erhöht bei den Mitarbeitern aber das Gefühl handlungsfähig zu bleiben, bzw. eine gewalthaltige Situation möglichst schadlos zu überstehen und steigert damit ihre gefühlte Sicherheit. Auch das Bedürfnis an organisationsbezogenem Rückhalt und Verständnis seitens des leitenden Personals und/oder der Klinikleitung wird erneut besonders auf Seiten der Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) deutlich. Dass eine *bessere Beleuchtung / weniger dunkle Ecken* Ängste zu reduzieren helfen würde, wird hingegen mehr durch die Teilnehmer ohne Gewalterfahrung berichtet.

³⁹¹ Siehe hierzu Gliederungspunkt 6.5.2.

Tabelle 17: Maßnahmen zur Angstreduzierung³⁹²

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Einsatz von geschultem Wachpersonal (Sicherheitsdienst)	20	23,8	39	21,4	0	0,0	59	21,6
mehr Personal (auch zur Nachtzeit)	22	26,2	32	17,6	0	0,0	54	19,8
bessere Beleuchtung / weniger dunkle Ecken	7	8,3	26	14,3	1	14,3	34	12,5
Videoüberwachung aller öffentlich zugänglichen Bereiche	4	4,8	18	9,9	0	0,0	22	8,1
Verständnis und Rückhalt seitens des leitenden Personals und/oder der Klinikleitung	12	14,3	9	4,9	1	14,3	22	8,1
Schulungsmaßnahmen und gezieltes Training zur Vorbereitung und Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit	5	6,0	12	6,6	3	42,9	20	7,3
härtere Strafen für die Täter	2	2,4	16	8,8	1	14,3	19	7,0
kurze Wartezeiten bis zum Eintreffen der Polizei	3	3,6	13	7,1	0	0,0	16	5,9
mehr (Eingriffs-)Rechte für die Polizei	3	3,6	9	4,9	1	14,3	13	4,8
Hilfestellung und Betreuung bei der Verarbeitung des Ereignisses	4	4,8	8	4,4	0	0,0	12	4,4
sonstiges, und zwar:	2	2,4	0	0,0	0	0,0	2	0,7
gesamt	84	30,8	182	66,7	7	2,6	273	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 34: <i>Maßnahmen zur Angstreduzierung</i> registriert wurden. (n = 273)								

Erwähnt werden muss weiterhin, dass nur durch einen geringen Teil der Befragten *Schulungsmaßnahmen und gezielte Trainings zur Vorbereitung und Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit (7,3%)* sowie die *Hilfestellung und Betreuung bei der Verarbeitung des Ereignisses (4,4%)* selbstständig als pri-

³⁹² Tabelle basiert auf der im Anhang befindlichen Datentabelle - Tabelle LXX. Ersichtliche Anteilsberechnungen beziehen sich auf Spalten.

oritär zur Reduzierung ihrer persönlichen Angst bzw. ihres Unwohlseins angegeben werden.

6.8.4 Einstellungsmessung zu Vor- und Nachsorgemaßnahmen

Weiterhin wurden die Teilnehmer in den Fragen 35 bis 37 aufgefordert, ihre persönliche Einstellung zu nachfolgend aufgeführten Aussagen anzugeben.³⁹³

Frage 35: Im Falle einer Opferwerdung würde ich eine Betreuung durch geschultes (Fach-)Personal in Anspruch nehmen.

Frage 36: Schulungsmaßnahmen helfen mir, mich auf das Verhalten in und den Umgang mit gewalthaltigen Situationen vorzubereiten und erhöhen mein subjektives Sicherheitsgefühl am Arbeitsplatz damit langfristig.

Frage 37: Die aufgrund des Fragebogens erkannten Schulungs- und Betreuungsmaßnahmen werden tatsächlich in die Tat umgesetzt.

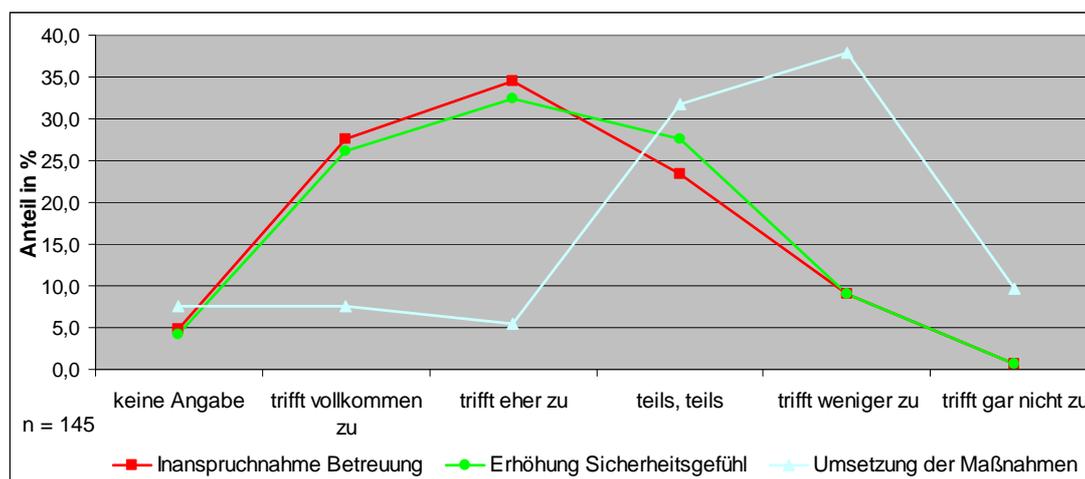
Auch bei diesen Fragen wurden die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten bei der Fragebogenkonstruktion mit Skalenwerten (von 0 bis 5) versehen, wobei der Wert „0“ der Antwort *keine Angabe* und „1“ der Antwort *trifft vollkommen zu* entspricht. Alle weiteren Antworten wurden den fortlaufenden Skalenwerten zugeordnet, sodass der Wert „5“ der Antwort *trifft gar nicht zu* entspricht. Die errechneten Mittelwerte und Mediane können der im Anhang befindlichen *Grundauswertung* entnommen werden. Sie indizieren in Bezug auf die Fragen 35 und 36, dass große Teile der Befragten diese Aussagen als mindestens eher zutreffend erachten. Etwaig vorhandene Betreuungs- und Nachsorgemaßnahmen würden bezogen auf die Teilnehmer der Stichprobe gut angenommen werden.³⁹⁴ Ferner glauben sie, dass Schulungsmaßnahmen sie besser auf das Verhalten in und den Umgang mit gewalthaltigen Situationen vorbereiten würden und geben an, dass sich ihr subjektives Sicher-

³⁹³ Die Aussagen wurden verkürzt dargestellt. Die ausführliche Formulierung kann dem, im Anhang befindlichen, Fragebogen entnommen werden.

³⁹⁴ Vgl. auch im Anhang befindliche Datentabelle (Tabelle LVII).

heitsgefühl im Arbeitsplatz hierdurch langfristig verbessern könnte.³⁹⁵ U.a. diese Ergebnisse können der nachfolgenden Abbildung entnommen werden. In dieser wird die Verteilung aller registrierten Antworten für die jeweilige Aussage nach Anteilen ausgewiesen.

Abbildung 18: Verteilung der gemessenen Einstellungen zu den Fragen 35 bis 37³⁹⁶



Die Befragten sehen demzufolge eine (Nach-)Betreuung und auch Schulungsmaßnahmen positiver, wenn sie direkt zu diesen befragt werden, bzw. ihre Einstellung zu diesen äußern sollen. Unter Frage 34 haben nur wenige Befragte diese Maßnahmen als wichtige Möglichkeiten zur Reduzierung ihrer Ängste bzw. ihres Unwohlseins herausgestellt.³⁹⁷ Weiterhin ist der Abbildung zu entnehmen, dass die Einstellung der Teilnehmer in Bezug auf die Umsetzung bzw. Realisierung der Betreuungs-, Nachsorge- und Schulungsmaßnahmen weniger positiv gesehen wird. Der Mittelwert dieser Antworten beträgt 3,14³⁹⁸ und zeigt damit ebenfalls an, dass die Teilnehmer eher geteilter Meinung sind, was die Umsetzung der Maßnahmen anbelangt. Fast die Hälfte (46,6%)³⁹⁹ der Befragten ist sogar eher skeptisch und gibt an, dass die unter Frage 37 formulierte Aussage mindestens *eher weniger zutrifft*. Direktes Zutrauen der Arbeitnehmer in diejenigen, welche für die Realisierung der

³⁹⁵ Vgl. auch im Anhang befindliche Datentabelle (Tabelle LVIX).

³⁹⁶ Abbildung stellt eine verkürzte Darstellung der im Anhang befindlichen Datentabellen LVII, LVIX und LXI dar. In der Abbildung werden die Anteile der Spalten *gesamt* der benannten Tabellen dargestellt.

³⁹⁷ Siehe hierzu Gliederungspunkt 6.8.2.

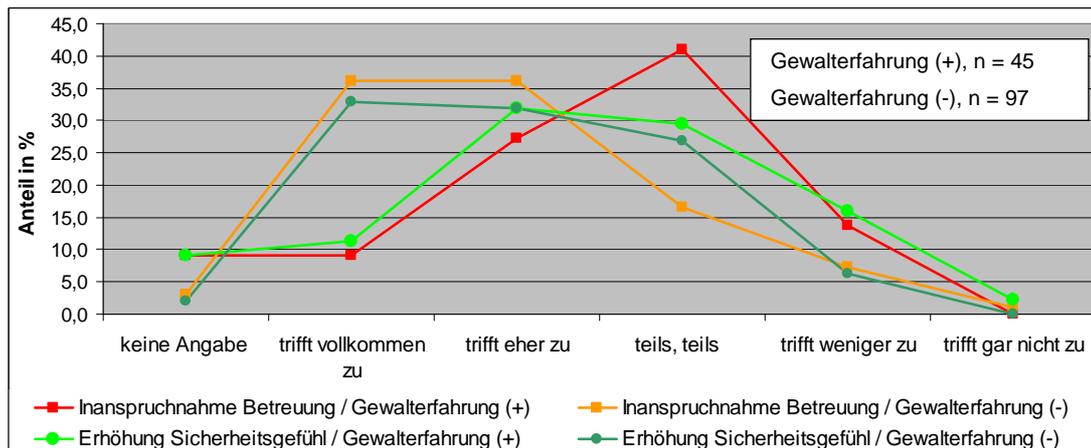
³⁹⁸ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 37.

³⁹⁹ Vgl. im Anhang befindliche Datentabelle (Tabellen LXI und LXII).

erkannten Maßnahmen verantwortlich sind, bzw. diese initiieren und fördern könnten, ist in eher geringem Maße vorhanden.⁴⁰⁰

Die Unterteilung der Stichprobe in die Untersuchungsgruppen Teilnehmer mit und ohne Gewalterfahrung(en) lässt wiederum leichte Diskrepanzen im Antwortverhalten erkennen. Diese sind in nachfolgender Abbildung grafisch dargestellt.

Abbildung 19: Kopplung Einstellungen nach Gewalterfahrung⁴⁰¹



Auch hier weisen die Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) im Krankenhaus, welche in der Abbildung als Gewalterfahrung (+) deklariert sind, leicht negativere Einstellungen auf als Teilnehmer ohne Gewalterfahrung. Diese sind in der Abbildung als Gewalterfahrung (-) ausgewiesen. Jedoch zeigen die Daten immer noch an, dass auch die Teilnehmer, welche Opfer von gewalthaltigen Übergriffen im Krankenhaus geworden sind, sich häufig für die Inanspruchnahme einer Betreuung durch geschultes (Fach-)Personal entscheiden würden.⁴⁰² Die Meisten (40,9%) sind dbzgl. jedoch geteilter Meinung (Antwort: *teils, teils*).⁴⁰³ Es ist anzunehmen, dass die endgültige Entscheidung dieser Teilnehmer durch die Höhe des objektiv erlittenen bzw. subjektiv empfundenen Schadens, die organisationsbedingte Ausgestaltung und Um-

⁴⁰⁰ Vgl. ebd..

⁴⁰¹ Abbildung stellt eine verkürzte Form der im Anhang befindlichen Datentabellen - Tabelle LVIII und Tabelle LX – dar. In Bezug auf die Einstellung zur Umsetzung der Maßnahmen sind weniger Unterschiede im Antwortverhalten zwischen den Teilnehmern mit und ohne Gewalterfahrung ersichtlich. (vgl. im Anhang befindliche Datentabellen, Tabelle LXII), sodass auf ihre Darstellung in Abbildung 19 auch zugunsten der Übersichtlichkeit verzichtet wird.

⁴⁰² Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle LVIII).

⁴⁰³ Vgl. ebd..

setzung dieser Art der Betreuung sowie die allgemeine und gewaltbezogene Organisationskultur beeinflusst wird und daher nicht pauschalisiert werden kann. Bezogen auf die langfristige Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch geeignete Schulungsmaßnahmen ist die Einstellung unter den Befragten mit Gewalterfahrung noch positiver. 43,2% geben an, dass sie sich vorstellen können, dass ihr subjektives Sicherheitsgefühl am Arbeitsplatz hierdurch langfristig verbessert werden könnte.⁴⁰⁴ Innerhalb der Gruppe der Teilnehmer ohne Gewalterfahrung äußern diese Einstellung sogar fast zwei Drittel.⁴⁰⁵ Natürlich ist dies kein Beleg dafür, dass Schulungsmaßnahmen den Mitarbeitern tatsächlich helfen, das Verhalten in und den Umgang mit gewalthaltigen Situationen zu verbessern, aber die generelle Bereitschaft und das allgemeine Interesse an solchen Schulungsmaßnahmen, welche für eine positive Implementierung, eine motivierte Teilnahme immanent notwendig sind und auf diesem Wege Mitarbeiterzufriedenheit erzeugen hilft, ist deutlich erkennbar.

Größere oder gar generalisierbare, berufsgruppenspezifische Unterschiede im Antwortverhalten hat die Auswertung der Fragen 35 bis 37 nicht ergeben.⁴⁰⁶ Jedoch scheint das ärztliche Personal noch mehr als der Pflegedienst an der Umsetzung der erkannten Betreuungs-, Schulungs- und Nachsorgemaßnahmen zu zweifeln.⁴⁰⁷

6.8.5 Fazit

Festgehalten werden kann, dass es am AMEOS Klinikum Aschersleben bisher keinen expliziten Ansprechpartner für gewalthaltige Übergriffe durch Patienten bzw. deren Angehörige oder nicht zur Belegschaft des Klinikums gehörende Dritte gibt. Gewalthaltige Vorfälle können/sollen den direkten Vorgesetzten gemeldet werden. Über die Krankenhausleitung und -verwaltung würden den Betroffenen in der Folge adäquate Betreuungs- und Nachsorgemöglichkeiten zur Verfügung gestellt werden. Von dieser Verfahrensweise ist unter den Teilnehmern der Stichprobe nur wenig bekannt. Das Wissen der Teil-

⁴⁰⁴ Vgl. im Anhang befindliche Datentabelle (Tabelle LX).

⁴⁰⁵ Vgl. ebd..

⁴⁰⁶ Vgl. im Anhang befindliche Datentabellen (Tabelle LXIII - LXVIII).

⁴⁰⁷ Vgl. Anhang befindliche Datentabelle (Tabelle LXVIII).

nehmer mit Gewalterfahrung(en) um solcherlei Sorgemaßnahmen ist sogar noch geringer als unter den Teilnehmern ohne Gewalterfahrung. Da die Übergriffe, wie unter Gliederungspunkt 6.7 aufgezeigt, nur in den wenigsten Fällen gemeldet werden, entsteht auch auf Seiten der Krankenhausleitung und -verwaltung ein spezifischer Mangel an Informationen. Lösungsvorschläge im Sinne von Betreuungs-, Sorgemaßnahmen- und Schulungsmaßnahmen benötigen aber genau diese Informationen, um die Spezifität des Phänomens zu erfassen und die Maßnahmen hiernach auszurichten. Nur durch ein organisatorisch institutionalisiertes Meldeverhalten, welches für alle Mitarbeiter verbindlichen Charakter hat, können diese Defizite behoben werden, dienen in diesem Sinne aber gleichzeitig als haltgebende Strukturen, erhalten die Handlungsfähigkeit und erleichtern so den Umgang mit der gewalthaltigen Erfahrung erheblich. Dass auf Seiten der Teilnehmer ein Bedürfnis nach Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen besteht, wurde aufgezeigt. Für eine erfolgreiche Implementierung der Maßnahmen und um das subjektive Sicherheitsgefühl der Mitarbeiter langfristig zu erhöhen, ist es von immanenter Bedeutung, dass sich die Maßnahmen an den Bedürfnissen der Mitarbeiter orientieren. Eine solche Realisierung ist ohne die Bereitstellung bzw. Aufwendung gewisser finanzieller Ressourcen unmöglich. Jedoch muss es nicht der *Einsatz von geschultem Wachpersonal* sein, auch weniger kostenintensive Maßnahmen z.B. *bessere Beleuchtung [...], Videoüberwachung aller öffentlich zugänglichen Bereiche sowie Schulungsmaßnahmen und gezieltes Training zur Vorbereitung und Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit* können einen Beitrag dazu leisten, das Krankenhaus aus Sicht der Mitarbeiter gefühlt sicherer zu machen. Eine weiterhin notwendige jedoch kostenfreie Maßnahme ist ein Mehr an Verständnis und Rückhalt seitens des leitenden Personals und/oder der Klinikleitung in Bezug auf solche gewalthaltigen Vorfälle, wenn sie als erster Ansprechpartner für gewalthaltige Übergriffe fungieren, (was sie bisher de facto sollen). Wichtig ist hierbei ein organisationsbezogenes Arbeitsklima, in dem gewalthaltige Übergriffe weder als natürliches Berufsrisiko noch als alltäglich oder normal erachtet werden, jegliche Form der Gewalt diskreditiert wird und gewalthaltige Übergriffe als präsenten Phä-

nomen wahrgenommen werden. Ein solches Denken muss von der Gesamtorganisation her gewollt sein, denn nur eine von der Gesamtorganisation getragene Strategie lässt auch innerhalb der Belegschaft das Zutrauen an nachhaltige Veränderungen wachsen. Dieses Zutrauen ist bisher innerhalb der Stichprobe in nur geringem Maße vorhanden. Eine professionelle und umfassende Supervision ist jedoch ohne geschultes (Fach-)Personal kaum zu leisten. Das im Umkehrschluss, konstante Bemühungen in diesem Phänomenbereich auch mit einer Steigerung der Arbeitsmotivation und -zufriedenheit der Mitarbeiter und damit der Qualität der Arbeit einhergehen dürften, ist nachvollziehbar.

7. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Festgestellt wurde, dass am AMEOS Klinikum Aschersleben gewalthaltige Übergriffe zum Nachteil vor allem des ärztlichen und pflegerischen Personals keine Seltenheit sind. Fast jeder dritte Teilnehmer (30,8%) der Stichprobe ist in den letzten 12 Monaten während des Dienstes im Krankenhaus mindestens einmal Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs geworden, wobei eine Vielzahl dieser Befragten über mehrfache Opfererfahrungen im Untersuchungszeitraum berichtet.

Unter den registrierten Gewaltarten dominiert die verbale Gewalt, in Form von verbalen Bedrohungen und Beleidigungen. Wenn seitens der Betroffenen über körperliche Gewalt berichtet wird, kann diese grundsätzlich in den Bereich der leichteren Körperverletzungen eingestuft werden. Gleichwohl scheinen Mitarbeiter des Pflegedienstes deutlich häufiger von körperlicher Gewalt betroffen zu sein als das ärztliche Personal.

Die Analyse der raumbezogenen Faktoren ergab schwerpunktmäßige Häufungen der gewalthaltigen Übergriffe nach Kliniken und Abteilungen sowie nach bestimmten Bereichen im Krankenhaus. Innerhalb der Kliniken sind es vor allem die *Anästhesiologie und Intensivtherapie*, die *Innere Medizin*, die *Interdisziplinäre Patienten- und Notaufnahme* sowie die *Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie*, welche gehäuft als Tatorte registriert wurden. Bezogen auf bestimmte Bereiche des AMEOS Klinikum Aschersleben kristallisieren sich die *Patientenzimmer* als kriminogene Orte heraus, wobei tendenziell berufsgruppenspezifische Unterschiede existieren. Angemerkt werden muss, dass die Ergebnisse, insbesondere bei den raumbezogenen Faktoren, auf kleinen (Teilnehmer-)Zahlen beruhen sowie aufgrund des angelegten Forschungsdesigns eine klinik- oder abteilungsbezogene Rücklaufquote nicht errechnet werden konnte. Kausale Rückschlüsse aus den analysierten Daten abzuleiten, wäre deshalb verfrüht. Vielmehr sollen die Ergebnisse als Indizien verstanden werden, welche auf ein spezifisches Phänomen hinweisen. Was die zeitbezogenen Faktoren betrifft, muss auf möglichen Erinnerungslücken (*Recall Bias*) aufgrund des gewählten Untersuchungszeitraumes (12 Monate) hingewiesen werden. Auch die Tatsache, dass die meisten Op-

fer über mehrere gewalthaltige Übergriffe im Beobachtungszeitraum berichten⁴⁰⁸ und daher bei den betreffenden Fragen oftmals mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt wurden, reduziert die Aussagekraft der erhobenen Daten, sodass spezifische Tatzeithäufungen nicht abgeleitet werden konnten. Auch innerhalb der wissenschaftlichen Diskussion zum Thema ist die Datengrundlage zu Schwerpunktzeiten der gewalthaltigen Übergriffe strittig.⁴⁰⁹

In der vorliegenden Untersuchung wurden keine Hinweise darauf gefunden, dass es einen bestimmten personenbezogenen bzw. soziodemografischen (Risiko-)Faktor gibt, welcher die Gefahr einer Opferwerdung wesentlich erhöht. Im themenspezifischen, wissenschaftlichen Diskurs existieren ambivalente Aussagen zum Zusammenhang zwischen den Gewalterfahrungen und soziodemografischen Merkmalen der Opfer, z.B. *(Dienst-)Alter* und *Geschlecht*.⁴¹⁰ Die erhobenen Daten der vorliegenden Untersuchung spiegeln diese teils konträren Forschungsergebnisse wider.

Patienten und deren Angehörige können innerhalb der Untersuchung als Hauptquellen der Gewalt ausgemacht werden. Jedoch kommt auch Gewalt innerhalb des Kollegenkreises nicht selten vor. Die Auswertung der erhobenen Daten indiziert zwei (Haupt-)Tätergruppen. Zum einen handelt es sich um lebensältere Personen (ab 61 Jahre), wobei sich in der Literatur Hinweise dafür finden lassen, dass es in dieser Altersgruppe häufig erkrankungsbedingte, kognitive und mentale Beeinträchtigungen, z.B. eine Demenzerkrankung, sind, die gewalthaltige Aktionen hervorrufen.⁴¹¹ Zum anderen sind es lebensjüngeren Personen (bis 30 Jahre), welche unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und/oder anderen berauschenden Mitteln Gewalt ausüben. Die Täter der gewalthaltigen Übergriffe handeln, über alle Tätergruppen bzw. deren Alter konstant, grundsätzlich allein. Ferner dominiert innerhalb der Stichprobe unter den Tätern das männliche Geschlecht.

⁴⁰⁸ Vgl. Gliederungspunkt 6.1.

⁴⁰⁹ Vgl. u.a. Arnetz *et al.* (1996), S. 119ff. sowie Yassi *et al.* (1998), S. 484ff.; im Gegensatz hierzu: u.a. Lundström *et al.* (2007), S. 86.

⁴¹⁰ Vgl. u.a. Zeh *et al.* (2009), S. 456, Hartmann & Aberhalden (2003), Hegney *et al.* (2010), S. 200; Whittington (1997), S. 52 sowie Wells & Bowers (2002), S. 235.

⁴¹¹ Vgl. hierzu ausführlich Miller (2000), S. 300; Pich *et al.* (2010), S. 270 sowie Whittington *et al.* (1996), S. 330.

Betrachtet man die Auslöser der gewalthaltigen Vorfälle, indizieren die Ergebnisse, dass es vor allem alltägliche Situationen und Unzufriedenheiten auf Patientenseite, insbesondere über die Qualität der Pflege, sind, welche gewalthaltige Übergriffe durch Patienten nach sich ziehen.⁴¹² Ein bloßes Mehr an Personal indiziert indes kein direktes Absinken der Anzahl der gewalthaltigen Vorfälle,⁴¹³ würde jedoch den meisten Befragten helfen, ihre subjektiv empfundenen Ängste zu reduzieren.⁴¹⁴ Studien zum Thema weisen darauf hin, dass ein als belastend oder stressig wahrgenommener Arbeitsalltag mit einem Mehr an gewalthaltigen Erfahrungen einhergeht.⁴¹⁵

Zur Richtung dieses Zusammenhangs existieren bisher noch keine eindeutigen Forschungsergebnisse.⁴¹⁶ Jedoch darf erwartet werden, dass ein Mehr an Personal die Arbeitsbelastung des einzelnen Mitarbeiters als einen gewichtigen Stressor, reduziert und auf diesem Weg die Arbeitszufriedenheit des Einzelnen und das Arbeitsklima insgesamt fördert. Dass ein gutes Arbeitsklima mit geringeren posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) nach gewalthaltigen Übergriffen durch Patienten einhergeht und damit protektiv wirkt, wurde in wissenschaftlichen Studien eindeutig belegt.⁴¹⁷

Ohnehin dürfen aus der Gewalterfahrung resultierende psychische Konsequenzen nicht unterschätzt werden. Das Konglomerat aus dem Mangel an individuellen Bewältigungsmechanismen und nicht festgelegten Melde- und Informationswegen kann auf Opferseite Gefühle der Macht- und Hilflosigkeit hervorrufen⁴¹⁸ und so schwere psychische Belastungen und teilweise Erkrankungen nach sich ziehen.⁴¹⁹ Auch wenn sich eine Vielzahl der Teilnehmer immer noch an den gewalthaltigen Vorfall zurückerinnert, scheinen die Befragten infolge des gewalthaltigen Übergriffs psychisch eher geringer belastet zu sein. Wird die Gewalt durch Kollegen ausgeübt, wird diese durch die Betroffenen als belastender empfunden.

⁴¹² Vgl. hierzu Richter (2007), S. 54.

⁴¹³ Vgl. im Anhang befindliche Grundausswertung zu Frage 17 sowie Gliederungspunkt 6.5.2.

⁴¹⁴ Siehe Gliederungspunkt 6.8.3.

⁴¹⁵ Vgl. u.a. Hegney *et al.* (2010), S. 200.

⁴¹⁶ Vgl. ebd..

⁴¹⁷ Vgl. Richter (2007), S. 60.

⁴¹⁸ Vgl. Lundström (2007), S. 84ff..

⁴¹⁹ Vgl. ebd. sowie Richter (2007), S. 23-24, 57ff..

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass es weniger die Schwere der Gewalt und deren unmittelbaren Auswirkungen sind, welche stärkere mittelbare Auswirkungen und Belastungen entstehen lassen. Vielmehr kommt es entscheidend auf individuelle und intrinsische Bewältigungsmechanismen und die Resilienz der Betroffenen an, welche die konsequente Verarbeitung des gewalthaltigen Ereignisses unterstützen bzw. befördern.

Die personale Kriminalitätsfurcht, als eine Komponente des subjektiven Sicherheitsgefühls, scheint in ihrer kognitiven, affektiven sowie konativen Dimension, bezogen auf alle Teilnehmer, nicht übermäßig stark beeinträchtigt zu sein und befindet sich auf einem Niveau, welches eine gefühlte Sicherheit der Teilnehmer zum Ausdruck bringt. Auffällig ist, dass Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) ihr Risiko im Krankenhaus, Opfer einer Straftat zu werden, größer einschätzen (kognitive Dimension) und auch häufiger die Befürchtung haben, im Krankenhaus Opfer eines gewalthaltigen Übergriffs zu werden, (affektive Dimension) als Teilnehmer ohne Gewalterfahrung.

Zu Angsträumen befragt, gibt die Mehrheit der Teilnehmer Orte außerhalb des Krankenhauses, z.B. auf dem Weg zum Parkplatz, an. Dies entspricht in keinster Weise der objektiven Kriminalitätslage und verdeutlicht das Missverhältnis zwischen der tatsächlichen, objektiven Kriminalität und dem subjektiven Sicherheitsgefühl.⁴²⁰

Existierende Forschungsergebnisse, dass nach gewalthaltigen Übergriffen die Mehrzahl der Vorfälle innerbetrieblich nicht gemeldet oder kommuniziert werden sowie nur in sehr geringem Maße eine Strafanzeige bei der Polizei erstattet wird, werden durch vorliegende Daten bestätigt. Die Gründe für die Anzeige sind ebenso vielschichtig und individuell wie die Gründe für die Nichtanzeige. Die erhobenen Daten lassen zwei wesentliche Gründe für die Nichtanzeige erkennen. Zum einen sehen vor allem die Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) Gewalt bei der Arbeit als eine Art natürliches Berufsrisiko des täglichen Arbeitsumfeldes an. Zum anderen wird auf eine Anzeigener-

⁴²⁰ Vgl. Ziegler, Kudlacek & Fischer (2011), S. 21. Anmerkung des Verfassers: Auch hier sind tendenziell Unterschiede im Antwortverhalten zwischen Teilnehmern mit und ohne Gewalterfahrung festzustellen, wobei Teilnehmer mit Gewalterfahrung(en) eher tatsächliche Tatorte eines gewalthaltigen Übergriffs als persönliche Angsträume identifizieren.

stattung verzichtet, da sich die Befragten über die hieraus resultierenden Folgen im Unklaren sind, bzw. die Möglichkeit der Anzeigenerstattung aus Unkenntnis heraus nicht in Betracht gezogen haben. In Ermangelung klarer organisatorisch institutioneller (Melde-)Strukturen führen diese Unkenntnis und die berufliche Sozialisation sowie die Tatsache, dass zumeist ein nur geringer objektiv ersichtlicher und subjektiv wahrgenommener Schaden entstanden ist, auf Opferseite dazu, auch vom Strafrecht als *ultima ratio* keinen Gebrauch zu machen. Um das Melde- und Anzeigeverhalten nachhaltig zu verbessern, müssen sich vor allem institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen ändern. Ein Arbeitsklima, in dem Gewalt nicht als alltägliches Berufsrisiko angesehen wird und jede Form der Gewalt öffentlich diskreditiert wird, ist ein Anfang.⁴²¹ Jedoch muss zusätzlich eine klare (Melde-) Struktur geschaffen werden, um gewalthaltige Vorfälle anzuzeigen.

Das Spektrum möglicher Einzelmaßnahmen zur Vor- und Nachsorge solcher gewalthaltigen Übergriffe ist groß. Eine erfolgreiche und zielführende Implementierung der Maßnahmen ist aber davon abhängig, dass sich diese an den Bedürfnissen der Mitarbeiter orientieren. Das, auf Seiten der Teilnehmer der Befragung großer Bedarf besteht, wurde festgestellt. Dass eine bedürfnisorientierte Umsetzung erkannter (Einzel-)Maßnahmen stattfindet, glauben jedoch nur wenige Befragte. Hier ist aktives Tun des Arbeitsgebers und ein aufsuchendes Zugehen auf die Arbeitnehmer gefordert.

Die Frage nach der Geeignetheit und Effektivität von Trainings- und Schulungsprogrammen für einen professionellen Umgang mit Gewalt kann bisweilen nicht abschließend beantwortet werden.⁴²² Der Markt an Deeskalations- und Anti-Gewalt-Trainings ist groß, wissenschaftlich fundierte und gesicherte Erkenntnisse jedoch eher rar. Von großer Bedeutung scheint jedoch die frühzeitige Identifizierung einer potenziellen Gefahrensituation zu sein. Kenntnisse zu personenbezogenen Risikofaktoren und situationsbezogenen Warnzeichen, wie diese bspw. in dem Modell der „STAMP behaviours“⁴²³ beschrieben sind, ermöglichen dem Betroffenen eine Art mentale Vorbereitung der

⁴²¹ Vgl. Clements (2005), S. 119ff..

⁴²² Vgl. Zeh *et al.* (2009), S. 457.

⁴²³ Vgl. Luck *et al.* (2007), S. 11ff. zit. nach Pich *et al.* (2010), S. 272.

Situation. Allein das Bewusstsein um die Gefahr kann zur Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit in der Situation beitragen. Die Verknüpfung dieser Kenntnisse mit sachgemäßen und geeigneten Schulungs- und Trainingsmaßnahmen, in denen das Handeln in und der Umgang mit gewalthaltigen Übergriffen thematisiert wird, fördert nicht nur die Handlungsfähigkeit, sondern gibt Handlungssicherheit und Zuversicht, die Situation bewältigen zu können.⁴²⁴ Auf diesem Wege können Gefühle der Macht- und Hilflosigkeit auf Opferseite reduziert und traumatische Situationen im Nachgang leichter vollständig verarbeitet werden. In bestimmten Berufsfeldern z.B. der Polizei gehören solche Trainings zum Standard der Aus- und Fortbildung. Bezogen auf das AMEOS Klinikum Aschersleben wäre, im Sinne einer Public-Privat Partnership,⁴²⁵ eine Kooperation mit der ortsansässigen Polizei und/oder der Fachhochschule Polizei des Landes Sachsen-Anhalt, dem Aus- und Weiterbildungszentrum der Landespolizei, eine denkbare und zielführende Verbindung und könnte damit im besten Sinne als Primär-Prävention verstanden werden.

Die einzige Möglichkeit, Qualität und Quantität der Gewalt vollständig und annähernd lückenlos zu erfassen, ist, Betroffene unmittelbar nach einem gewalthaltigen Übergriff zu verpflichten, einen Fragebogen auszufüllen, in dem die Spezifika und Charakteristik der Gewaltsituation allumfänglich erfasst werden. Hierdurch könnten Erinnerungslücken und –verzerrungen auf ein Minimum reduzieren werden. Der Staff Observation Aggression Scale Revised (SOAS-R)⁴²⁶ Fragebogen stellt hierfür ein bereits international erprobtes und einfach zu handhabendes Erhebungsinstrument dar. Sein Einsatz ist mit nur geringen zeitlichen Ressourcen (Ausfüllzeit: ca. 5 Minuten) verbunden und ermöglicht einen direkten Vergleich mit anderen Forschungsergebnissen. Auch Zeh *et al.* (2009) haben den SOAS-R Fragebogen als das am besten geeignete Instrument zur prospektiven Messung aggressiven

⁴²⁴ Vgl. Richter & Needham (2007), S. 7ff..

⁴²⁵ Übersetzung ins deutsche öffentlich-private-Partnerschaft (ÖPP).

⁴²⁶ Vgl. Nijmen & Palmstierna *et al.* (1999), S.197ff. basierend auf dem Original SOAS-Fragebogen: Palmstierna & Wistedt (1987).

Verhaltens im Gesundheitswesen beschrieben.⁴²⁷ Nur durch standardisierte, ablauforganisatorische Prozesse, klare (Melde-)Strukturen und einer Nulltoleranzstrategie bzgl. des internen Meldens solcher Vorfälle kann die systematische Untererfassung langfristig reduziert werden.

Von entscheidender Bedeutung ist weiterhin, dass das Phänomen Gewalt gegen medizinisches und pflegerisches Personal im Krankenhaus, auch im (Eigen-)Interesse der Klinikleitung und Verwaltung, als Problem wahrgenommen und angenommen wird. Schlussendlich ist ein von der Gesamtorganisation getragener Wille unabdingbare Voraussetzung für die Freisetzung personeller, materieller und zeitlicher Ressourcen⁴²⁸ und damit einhergehend für die Implementierung erforderlicher Präventiv-, Prospektiv-, und Nachsorgemaßnahmen. Vor dem Hintergrund, dass die (selbst)erlebte Gewalt am Arbeitsplatz negative Auswirkungen auf die (Arbeits-)Zufriedenheit⁴²⁹ sowie die Qualität der Arbeit haben kann⁴³⁰ und damit auf Seiten der Opfer nicht nur physische, sondern auch mittelbare und teils schwere psychische Schäden hervorruft,⁴³¹ welche sich bis in den Privat- und Freizeitbereich auswirken,⁴³² sollte auf Seiten des Arbeitsgebers ein solches Höchstmaß an (Eigen-)Interesse unbedingt vorhanden sein. Eine organisatorisch institutionalisierte Regelung des Umgangs mit Gewalt hilft, Gefühle der Machtlosigkeit auf Seiten der Betroffenen zu reduzieren,⁴³³ sodass diese *nach* der Situation handlungsfähig bleiben. Ferner reduziert jedwede bereitgestellte Unterstützung des Arbeitgebers, in Form seinerseits bereitgestellter Vor- und Nachsorgemöglichkeiten, auf Opferseite das Risiko, den gewalthaltigen Übergriff als Stress wahrzunehmen.⁴³⁴

⁴²⁷ Vgl. Zeh *et al.* (2009), S. 449. Der Einsatz des SOAS-R als Erhebungsinstrument in vorliegender Untersuchung war aufgrund unterschiedlicher organisatorischer Voraussetzungen und methodischer Herangehensweisen nicht möglich.

⁴²⁸ Neben den erforderlichen personellen und zeitlichen Ressourcen zum Ausfüllen des Fragebogens müssten weiterhin personelle Ressourcen geschaffen werden, welche sich der Analyse der erhobenen Daten, der Umsetzung der hieraus gezogenen Schlussfolgerungen sowie der fortlaufenden Evaluation der Maßnahmen widmen.

⁴²⁹ Vgl. Hegney *et al.* (2010), S. 201.

⁴³⁰ Vgl. Arnetz & Arnetz (2001), S. 417, 423ff..

⁴³¹ Vgl. Needham *et al.* (2005), S. 283, 285, 288-289 sowie Richter (2007), S. 77.

⁴³² Siehe Gliederungspunkt 6.6.2.

⁴³³ Vgl. Lundström S. 84ff..

⁴³⁴ Vgl. Schablon, Zeh, Wendeler *et al.* (2012), S. 9.

Nicht Einzelmaßnahmen, sondern nur eine von der Gesamtorganisation getragene Strategie kann es leisten, die internalen und externalen Auswirkungen auf Opferseite nachhaltig gering zu halten und auf lange Sicht Gewalt zu reduzieren. Hierfür bedarf es neben der organisatorisch institutionalisierten Regelung des Umgangs mit Gewalt, sachgemäße Angebote zur Betreuung und Hilfestellungen für Opfer sowie situationsbezogene Trainings zur Vorbereitung der Mitarbeiter auf gewalthaltige Vorfälle. Selbst wenn diese Maßnahmen nicht kausal eine Reduzierung der Gewalt nach sich ziehen, sind sie geeignet, die körperlichen, psychischen und emotionalen Auswirkungen der Tat auf Opferseite zu verringern und entsprechen der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers gegenüber seinen Mitarbeitern.

8. Literaturverzeichnis

- Al-Sahlawi, K. S.; Zahid, M. A.; Al-Ajmi, M. T. & Awadh J. A.** (1999): Violence towards doctors: prevalence and effects. In: *Hospital Medicine* 60 (6), S. 414–418.
- Al-Sahlawi, K. S.; Zahid, M. A.; Shahid, A. A.; Hatim, M. & Al-Bader M.** (1999a): Violence against doctors: 1. A study of violence against doctors in accident and emergency departments. In: *European Journal of Emergency Medicine* (6), S. 301–304.
- Arnetz, J. E.; Arnetz, B. & Petterson I.** (1996): Violence in the nursing profession: Occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. In: *Work and Stress* 10 (2), S. 119–127.
- Arnetz, J. E.; Arnetz, B. B.** (2001): Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. In: *Soc Sci Med* 52 (3), S. 417–427.
- Atawneh, F. A.; Zahid, M. A.; Al-Sahlawi, K. S.; Shahid, A. A. & Al-Farrah M. H.** (2003): Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. In: *British Journal of Nursing* 12 (2), S. 102–107.
- Bärenz, P.; Metz, A.-M; Rothe, H.-J.** (Hg.) (2007): Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit : 14. Workshop 2007. Kröning: Asanger.
- Bilsky, W.; Pfeiffer, C. & Wetzels P.** (Hg.) (1993): Fear of crime and criminal victimization. Stuttgart: F. Enke (Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, n.F., 3).
- Boers, K.** (2003): Crime, Fear of Crime and the Operation of Crime Control in the Light of Victim Surveys and other Empirical Studies. 22. Criminological Research Conference in Strasbourg vom 24. - 26. November.
- British Medical Association (BMA)** (10.01.2008): Violence against doctors going unreported, BMA report shows (BMA Scotland News Release). Edinburgh. Online verfügbar unter <https://registration.bma.org.uk/pressrel.nsf/wlu/GGRT-7ANJBG?OpenDocument&vw=wfmms>, zuletzt geprüft am 26.02.2014.

- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin** (Hg.) (2002): Gewalt am Arbeitsplatz. Fachgespräch vom 26. Februar 2002 in Dresden. Unter Mitarbeit von S. Schatte. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wissenschaft (Schriftenreihe der
- Bundeskriminalamt** (Hg.) (2012): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2011. 59. Aufl. Wiesbaden.
- Bundeskriminalamt** (Hg.) (2013): Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) 2012. 60. Aufl. Wiesbaden.
- Bundesministerium des Innern (BMI) und Bundesministerium der Justiz (BMJ)** (2006): Zweiter periodischer Sicherheitsbericht. Berlin: Eigenverlag.
- Catlette, M.** (2005): A Descriptive Study of the Perceptions of Workplace Violence and Safety Strategies of Nurses Working in Level I Trauma Centers. In: *Journal of Emergency Nursing* 31 (6), S. 519–525.
- Cembrowicz, S. P.; Shepherd, J. P.** (1992): Violence in the Accident and Emergency Department. In: *Medicine, Science and the Law* 32 (32 // 2), S. 118–122.
- Chappell, D.; Di Martino, V.** (2006): Violence at work. 3rd. Geneva: International Labour Office.
- Clements, P. T.; DeRanieri, J. T.; Clark, K.; Manno, M. S. & Kuhn D. W.** (2005): Workplace violence and corporate policy for health care settings. In: *Nurs Econ* 23 (3), S. 119-124,
- Diekmann, A.** (2008): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 19. Aufl., Orig.-Ausg. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rowohlts Enzyklopädie, 55678).
- Duncan, S. M.; Hyndman, K.; Estabrooks, C. A.; Hesketh, K.; Humphrey, C. K.; Wong, J. S.; Acorn, A. & Giovanetti, P.** (2001): Nurses' Experience of Violence in Alberta and British Columbia Hospitals. In: *Can J Nurs Res* 32 (4), S. 57–78.
- D'Urso, P.; Hobbs, R.** (1989): Aggression and the general practitioner. In: *BMJ* 298 (6666), S. 97–98. Online verfügbar unter:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1835435/?page=1>, zuletzt geprüft am 26.02.2014.

- Erhardt, E.** (2013): Strafrecht für Polizeibeamte. 4. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer (Rechtswissenschaft und Verwaltung : Recht und Verwaltung).
- Ericksen, A. B.** (2008): Violence in the workplace: how to care for your own safety while providing care to your patients. In: *RN* 71 (8), S. 38–42.
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA)** (Hg.) (2002): Gewalt bei der Arbeit (Facts 24). Online verfügbar unter: <https://osha.europa.eu/de/publications/factsheets/24>, zuletzt geprüft am 26.02.2014.
- Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA)** (Hg.) (2002a): Mobbing (Facts 23). Online verfügbar unter: <https://osha.europa.eu/de/publications/factsheets/23>, zuletzt geprüft am 26.02.2014.
- Ferns, T.** (2005): Violence in the accident and emergency department - An international perspective. In: *Accident and Emergency Nursing* 13, S. 180–185.
- Ferrinho, P.; Biscaia, A.; Fronteira, I.; Craveiro, I.; Antunes, A.R.; Conceição, C.; Flores, I. & Santos O.** (2003): Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. Hg. v. Human Resources for Health. Online verfügbar unter: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/11>, zuletzt aktualisiert am 29.11.2003, zuletzt geprüft am 26.02.2014.
- Fischer, T.** (2012): Strafgesetzbuch und Nebengesetze. 59. Auflage. / . München: C. H. Beck (Beck'sche Kurz-Kommentare, 10).
- Franz, S.; Zeh, A.; Schablon, A.; Kuhnert, S. & Nienhaus A.** (2010): Aggression and violence against healthcare workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. In: *BMC Health Services Research* 10 (51), S. 1-9.

- Habermann, M. & Uys L. R.** (Hg.) (2003): Violence in nursing. International perspectives. Frankfurt am Main, New York: Lang.
- Häder, M.** (2010): Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 2. Aufl. [S.l.]: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haupt, H.** (2003): Handbuch Opferschutz und Opferhilfe. 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos.
- Health Services Advisory Committee (HSAC)** (Hg.) (1987): Violence to Staff in Health Services. HMSO. London.
- Hegney, D.; Tuckett, A.; Parker, D. & Eley R. M.** (2010): Workplace violence: differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: a cross-sector analysis. In: *Int J Nurs Pract* 16 (2), S. 188–202.
- Heitmeyer, W. & Soeffner H.-G.** (Hg.) (2004): Gewalt. Entwicklungen, Strukturen, Analyseprobleme. 1. Aufl., Originalausg. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Kultur und Konflikt, 2246).
- Hermannsdörfer, I.** (2011): Städtebauliche Kriminalprävention: Maßnahmen für nachhaltige Sicherheit und Sauberkeit im Raum. Landeskriminalamt (LKA) Berlin, Zentrale für Prävention. Berlin. Online verfügbar unter: http://www.stadtentwicklung.berlin.de/soziale_stadt/aktionsraeume_plus/download/fag4/1/Praesentation_Massnahmen_nachhaltige_Sicherheit_Sauberkeit.pdf, zuletzt geprüft am 16.02.2014.
- Hippler, H. J.** (1985): Schriftliche Befragung bei allgemeinen Bevölkerungstichproben. Untersuchungen zur Dillmanschen "Total Design Method". In: *ZUMA Nachrichten* (16), S. 39–56. Online verfügbar unter http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/zeitschriften/zuma_nachrichten/zn_16.pdf, zuletzt geprüft am 26.02.2014.
- Kerner, H. J.** (2003): Kriminologische Betrachtung zur Inneren Sicherheit. Ist die Kriminalitätsslage in unserem Land schlimmer geworden? In: Landeszentrale der politischen Bildung Baden-Württemberg (Hg.): Sicherheit und Kriminalität - Bürger im Staat. Stuttgart: Schwabenverlag media GmbH (1).

- KFN** (2002): Forschungsbericht Nr. 86. Polizei im Wandel. Das Erhebungsinstrument der standardisierten Befragung der Vollzugsbeamtinnen und -beamten der niedersächsischen Polizei 2001. Unter Mitarbeit von Ch. Bosold, T. Ohlemacher und W. & Lauterbach O. Kirchberg. Hannover.
- Klockars, C. B.; Ivkovich, S. K.; Harver, W. E. & Haberfeld, M. R.** (2000): The measurement of police integrity. National Institute of Justice (Hg.), *Research in Brief, May 2000*. Washington DC: U.S. Department of Justice.
- Kowalenko, T.; Hauff, S. R.; Morden, P. C. & Smith B.** (2012): Development of a Data Collection Instrument for Violent Patient Encounters against Healthcare Workers. In: *Western Journal of Emergency Medicine* XIII (5), S. 429–433.
- Landeszentrale der politischen Bildung Baden-Württemberg** (Hg.) (2003): Sicherheit und Kriminalität - Bürger im Staat. Stuttgart: Schwabenverlag media gmbh (1).
- Lau, J.; Magarey, J. & McCutcheon H.** (2004): Violence in the emergency department: A literature review. In: *Australian Emergency Nursing Journal* 7 (2), S. 27–37.
- Lehrstuhl für Kriminologie und Polizeiwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum** (Hg.) (2012): Modul 7 - Empirische Forschung und Projekte; Lerneinheit III; Methoden quantitativer Sozialforschung, S. 7.
- Lehrstuhl für Kriminologie und Polizeiwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum** (Hg.) (2014): Anzeigeverhalten. Unter Mitarbeit von T. Henkel. Tübingen. Online verfügbar unter: http://www.krimlex.de/artikel.php?BUCHSTABE=&KL_ID=17, zuletzt geprüft am 26.02.2014.
- Lehrstuhl für Kriminologie und Polizeiwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum** (Hg.) (2014): Gewaltkriminalität. Unter Mitarbeit von J. Thier. Online verfügbar unter: http://www.krimlex.de/artikel.php?BUCHSTABE=G&KL_ID=80, zuletzt geprüft am 26.02.2014.

- Luck, L.; Jackson, D.; Usher, K. (2007):** STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. In: *J Adv Nurs* 59 (1), S. 11–19.
- Lundström, M.; Saveman, B.; Eisemann, M. & Aström S. (2007):** Prevalence of violence and its relation to caregivers' demographics and emotional reactions: an explorative study of caregivers working in group homes for persons with learning disabilities. In: *Scand J Caring Sci* 21 (1), S. 84–90.
- Lyneham, J. (2000):** Violence in New South Wales emergency departments. In: *Austalien Journal of Advanced Nursing* 18 (2), S. 8–17.
- Mayhew, C. & Chappell D. (2007):** Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. In: *Int J Law Psychiatry* 30 (4-5), S. 327–339.
- Miller, C. M. (2000):** A model for the assessment of violence. In: *Harvard review of psychiatry* 7 (5), S. 299–304.
- 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: *J Adv Nurs* 48 (3), S. 283–296.
- Nijman, H.; Muris, P.; Merckelbach, H. L. G. J.; Palmstierna, T.; Wistedt, B.; Vos, A.S; van Rixtel, A. & Allertz W. (1999):** Aggressive Behavior. The Staff Observation Aggression Scale-Revise (SOAS-R). Testverlag Boom. Amsterdam (25). Online verfügbar unter: <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=2359>, zuletzt geprüft am 26.02.2014.
- Nunner-Winkler, G. (2004):** Überlegungen zum Gewaltbegriff. In: Heitmeyer, W. & Soeffner H.-G. (Hg.): *Gewalt. Entwicklungen, Strukturen, Analyseprobleme*. 1. Aufl., Originalausg. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Kultur und Konflikt, 2246), S. 21–61.
- Odenkrichen, M. (2013):** Mobbing am Arbeitsplatz. Mobbing Folgen - Mobbing und seine Auswirkungen. Online verfügbar unter: <http://www.strategien-gegen-mobbing.de/mobbing-beratung-koeln-nrw-05-mobbing-folgen.html>, zuletzt geprüft am 26.02.2014.

- Palmstierna, T. & Wistedt B.** (1987): Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. In: *Acta Psychiatr Scand* (76), S. 657–663.
- Pich, J.; Hazelton, M.; Sundin, D. & Kable A.**; (2010): Patient-related violence against emergency department nurses. In: *Nursing & Health Sciences* 12 (12 // 2), S. 268–274.
- Püschel, K. & Cordes O.** (2001): Gewalt gegen Ärzte. Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko. Eine Analyse von 21 Angriffen während der Berufsausübung. Psychiater besonders häufig betroffen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 98 (4), S. A 153–157.
- Richter, D. & Berger K.** (2001): Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. In: *Der Nervenarzt* (9), S. 693–699.
- Richter, D.** (2002): Gewalt am Arbeitsplatz: Das Gesundheitswesen. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.): Gewalt am Arbeitsplatz. Fachgespräch vom 26. Februar 2002 in Dresden. Unter Mitarbeit von S. Schatte. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW, Verl. für Neue Wissenschaft (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin : Tagungsbericht, Tb 128 : Arbeitsschutz), S. 81–92.
- Richter, D.** (2003): Violence in psychiatric Care: German experiences. In: Habermann, M. & Uys L. R. (Hg.): Violence in nursing. International perspectives. Frankfurt am Main, New York: Lang, S. 99–112.
- Richter, D. & Needham I.** (2007): Effekte von mitarbeiterbezogenen Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Einrichtungen der Psychiatrie und Behindertenhilfe – Systematische Literaturübersicht. In: *Psychiat Prax* 34 (1), S. 7–14.
- Richter, D.** (2007): Patientenübergriffe - psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl. (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften).

- Rippon, T. J.** (2000): Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. In: *Journal of Advanced Nursing* 31 (2), S. 452–460.
- Schablon, A.; Zeh, A.; Wendeler, D.; Peters, C.; Wohler, C.; Harling, M. & Nienhaus, A.** (2012): Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. In: *BMJ Open* (2).
- Schwind, H.** (2009): Kriminologie. Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen. 19., neubearb. und erw. Heidelberg: Kriminalistik-Verl. (Grundlagen, 28).
- Skogan, W. G.** (1993): The Various Meanings of Fear. In: W. Bilsky und C. & Wetzels P. Pfeiffer (Hg.): *Fear of crime and criminal victimization*. Stuttgart: F. Enke (Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, n.F., 3), S. 131–140.
- Stehr, C.** (2012): Mobbing am Arbeitsplatz. Du Opfer. In: *Spiegel Online* 02.04.2012. Online verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/was-tun-gegen-mobbing-am-arbeitsplatz-a-824793.html>, zuletzt geprüft am 26.02.2014.
- Weigl, M.; Hornung S.; & Glaser J.** (2007): Psychische Beanspruchungen durch Klientenaggressionen in den personenbezogenen Dienstleistungen Altenpflege und Lehre. In: Bärenz, P; Metz, A.-M. und Rothe, H.-J. (Hg.): *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit* : 14. Workshop 2007. Kröning: Asanger, S. 385–388.
- Weihmann, R.** (2011): *Kriminalistik - Handbuch*. Kapitel 24. Kriminalistische Deliktsanalyse. Hilden. Online verfügbar unter: <http://www.weihmann.info/images/Kriminalistik/Kapitel%2024,%20Einzeldelikte-Deliktsanalyse.pdf>, zuletzt geprüft am 26.02.2013.
- Wells, J.; Bowers, L.** (2002): How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? In: *J Adv Nurs* 39 (3), S. 230–240.

- Whittington, R.** (1997): Violence to nurses: prevalence and risk factors. In: *Nursing Standard* 12 (5), S. 49–56.
- Whittington, R.; Shuttleworth, S.; Hill, L.** (1996): Violence to staff in a general hospital setting. In: *J Adv Nurs* 24 (2), S. 326–333.
- Wykes, T.** (1994): Violence and health care professionals. London, New York: Chapman & Hall.
- Yassi, A.; Tate, R.; Cooper, J.; Jenkins, J.; Trottier, J.** (1998): Causes of staff abuse in health care facilities. Implications for prevention. In: *AAOHN J* 46 (10), S. 484–491.
- Zeh, A.; Schablon, A.; Wohler, C.; Richter, D. & Nienhaus A.** (2009): Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen - Ein Literaturüberblick. In: *Gesundheitswesen* (71), S. 449–459.
- Ziegleder, D.; Kudlacek D. & Fischer T.** (2011): Zur Wahrnehmung und Definition von Sicherheit durch die Bevölkerung. Erkenntnisse und Konsequenzen aus der kriminologisch-sozialwissenschaftlichen Forschung. Forschungsforum öffentliche Sicherheit. Freie Universität Berlin (Schriftenreihe Sicherheit Nr. 5).

Anhänge

Anhang 1: Grundauswertung⁴³⁵

1) Gewalterfahrung(en)

ja	45	(30,82%)
nein	97	(66,44%)
keine Angabe	4	(2,74%)

Summe 146

ohne Antwort 0

2) Anzahl Gewalterfahrungen

<96/105> 2

<97/106> bereits mehrmals in meiner beruflichen Laufbahn

<98/107> 2

<99/108> mehrmals

<100/109> im vergangenen Jahr gehäuft, davor eher selten

<101/110> fast täglich

<102/111> 2

<103/112> mehrfach (ca. 10x)

<104/113> mehrmals

<106/115> 1

<107/116> wöchentlich

<108/117> mehrmals

<109/118> öfter

<110/119> monatlich mindestens ein Mal

<111/120> 4

<112/121> 2

<114/123> mehrmals monatlich

<115/124> 1

<117/126> häufig

<119/128> 1

⁴³⁵ Ersichtliche Anteilsberechnungen sind auf die Anzahl der Teilnehmer bezogen. Aufgrund der Länge einzelner Fragen des Fragebogens werden einige Fragen in Kurzform aufgeführt. Die ausformulierten Fragen sowie deren Antwortmöglichkeiten sind im Anhang 3: Fragebogen ersichtlich.

<120/129> oft
 <121/130> 2
 <122/131> mehrfach
 <123/132> eher selten
 <124/133> öfter
 <126/135> 2-3 Mal
 <127/136> selten
 <129/138> 1x monatlich
 <130/139> 2
 <131/140> nicht sehr oft
 <132/141> des Öfteren
 <133/142> unregelmäßige Abstände
 <134/143> oft
 <135/144> einige Male
 <136/145> einige
 <138/147> 1-2 mal im Jahr
 <139/148> mehrmals
 <141/150> sehr oft
 <142/151> ca. halbjährlich

3) Gewaltarten

Bedrohung mit Worten z.B. „Ich bring dich um!“, ...	
... „Ich mach dich fertig!“	17 (37,78%)
Beleidigung / Beschimpfung / Bespucken	39 (86,67%)
Kratzen / Kneifen	24 (53,33%)
Schlagen	8 (17,78%)
Beißen	16 (35,56%)
Treten ohne Schuh	14 (31,11%)
Treten mit Schuh	5 (11,11%)
Werfen mit bzw. von Gegenständen	7 (15,56%)
Nötigung oder Erpressung	3 (6,67%)
Bedrohung mit gefährlichen Gegenständen ...	
... (z.B. Messer, Spritze, Skalpell, Kanüle usw.)	2 (4,44%)
Anwendung von gefährlichen Gegenständen ...	

... (z.B. Messer, Spritze, Skalpell, Kanüle usw.)	0 (0,00%)
unerwünschte / unsittliche Berührung	6 (13,33%)
sonstiges, und zwar:	0 (0,00%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	141
geantwortet haben	45
ohne Antwort	101

4) Unmittelbare Konsequenzen

keine	8 (18,18%)
Gegenstände beschädigt, Ersatz nicht notwendig	5 (11,36%)
Gegenstände beschädigt, Ersatz notwendig	3 (6,82%)
Gefühl der Bedrohung	23 (52,27%)
Gefühl der Ehrverletzung	22 (50,00%)
Schmerzen weniger als 10min	7 (15,91%)
Schmerzen länger als 10min	6 (13,64%)
sichtbare Verletzung	7 (15,91%)
medizinische Versorgung notwendig	0 (0,00%)
Behandlung durch Arzt notwendig	0 (0,00%)
sonstiges, und zwar:	2 (4,55%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	83
geantwortet haben	44
ohne Antwort	102

<133/142> hilflos ausgeliefert

<134/143> Fixierung des sedierten Patienten

5) Dienstunfähigkeit

keine Angabe	1 (2,22%)
nein	42 (93,33%)
ja	2 (4,44%)

Summe	45
ohne Antwort	101

6) Tatorte nach Kliniken und Abteilungen

Interdisziplinäre Patienten- und Notaufnahme	11 (25,00%)
Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe	4 (9,09%)
Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie	10 (22,73%)
Anästhesiologie und Intensivtherapie	13 (29,55%)
Innere Medizin	13 (29,55%)
Kinder- und Jugendmedizin	3 (6,82%)
Orthopädie	0 (0,00%)
Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	3 (6,82%)
Funktionsdiagnostik (EKG usw.)	0 (0,00%)
Pathologie	0 (0,00%)
Röntgendiagnostik	0 (0,00%)
Physiotherapie	0 (0,00%)
Zentrallabor	0 (0,00%)
Urologie und Kinderurologie	2 (4,55%)
sonstiges, und zwar:	2 (4,55%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	61
geantwortet haben	44
ohne Antwort	102

<100/109> Pflegedienstleitung

<107/116> OP

7) Tatorte nach Bereichen

Bettenbereich / Patientenzimmer eigene Station	32 (71,11%)
Behandlungszimmer	9 (20,00%)
Aufenthalts- bzw. Besprechungsraum, Dienstzimmer etc.	8 (17,78%)
halböffentlicher Bereich (Treppenhaus, Flur, Gang etc.)	11 (24,44%)
außerhalb des Gebäudes z.B. auf dem Weg zum Parkplatz	0 (0,00%)
sonstiges, und zwar:	0 (0,00%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	60
geantwortet haben	45
ohne Antwort	101

8) Auslöser der Gewalt

kein nachvollziehbarer Anlass	23 (51,11%)
lange Wartezeit	7 (15,56%)
(Hilfe bei) pflegerische(r) Tätigkeit	14 (31,11%)
Patient wurde etwas verwehrt	5 (11,11%)
medizinisch indizierte Medikamenteneinnahme	4 (8,89%)
andere Anlässe, und zwar:	16 (35,56%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	69
geantwortet haben	45
ohne Antwort	101

<96/105> Unzufriedenheit mit der medizinischen Behandlung

<97/106> Entlassungsempfehlung

<98/107> Alkohol

<100/109> überforderte Pflegedienstleitung

<104/113> Demenz der Patienten

<106/115> Angehörigengespräch

<109/118> Fixierung des Patienten

<111/120> Alkohol

<112/121> Demenz des Patienten

<114/123> erkrankungsbedingt

<121/130> HOPS / erkrankungsbedingt

<128/137> krankheitsbedingt / schwere Demenz

<131/140> Demenz bei Patient

<133/142> Alkohol- und Drogenentzug, daher Verwirrungszustände

<134/143> Delir / Patient wollte Behandlung beenden

<142/151> BAB

9) Tatzeit nach Wochentag

von Montag, 07:00 Uhr bis Freitag, 15:30 Uhr	22 (52,38%)
ab Freitag, 15:31 Uhr bis Montag, 06:59 Uhr	10 (23,81%)
keine Angabe	17 (40,48%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	49
-----------------------------------	----

geantwortet haben	42
ohne Antwort	104

10) Tatzeiten nach Tageszeiten

06:00 Uhr - 13:59 Uhr	15 (33,33%)
14:00 Uhr - 21:59 Uhr	19 (42,22%)
22:00 Uhr - 05:59 Uhr	15 (33,33%)
keine Angabe	14 (31,11%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	63
geantwortet haben	45
ohne Antwort	101

11) Person des Täters

keine Angabe	0 (0,00%)
Patient(en)	36 (80,00%)
Angehörige(r)	9 (20,00%)
Besucher	3 (6,67%)
Kollege(n)	8 (17,78%)
sonstige, und zwar:	0 (0,00%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	56
geantwortet haben	45
ohne Antwort	101

12) Anzahl der Täter

1	37 (82,22%)
2	3 (6,67%)
mehr als 2	1 (2,22%)
keine Angabe	4 (8,89%)

Summe	45
ohne Antwort	101

13) Geschlecht der Täter

männlich	19 (42,22%)
weiblich	5 (11,11%)
Es waren sowohl männliche als auch weibliche Täter.	21 (46,67%)
keine Angabe	0 (0,00%)

Summe	45
ohne Antwort	101

14) Alter der Täter

bis 13 Jahre	0 (0,00%)
14 bis 20 Jahre	1 (2,22%)
21 bis 30 Jahre	7 (15,56%)
31 bis 40 Jahre	6 (13,33%)
41 bis 50 Jahre	10 (22,22%)
51 bis 60 Jahre	10 (22,22%)
61 bis 70 Jahre	13 (28,89%)
71 bis 80 Jahre	14 (31,11%)
ab 81 Jahre	5 (11,11%)
keine Angabe	6 (13,33%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	72
geantwortet haben	45
ohne Antwort	101

15) Alkohol- und Drogeneinfluss

ja	7 (15,56%)
keine Angabe	1 (2,22%)
teils, teils	17 (37,78%)
nein	20 (44,44%)

Summe	45
ohne Antwort	101

16) Zur Tatzeit allein mit dem Täter

ja	12 (26,67%)
nein	29 (64,44%)
keine Angabe	4 (8,89%)

Summe	45
ohne Antwort	101

17) Wenn nein, wer noch?

keine Angabe	1 (3,57%)
weitere(r) Patient(en)	15 (53,57%)
weitere(r) Angehörige(r)	1 (3,57%)
weitere(r) Besucher	0 (0,00%)
weitere(r) Kollege(n)	25 (89,29%)
sonstige, und zwar:	0 (0,00%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!) geantwortet haben	42 28
ohne Antwort	118

18) Erkennbarkeit als medizinisches Personal

nein	0 (0,00%)
ja	45 (100,00%)
keine Angabe	0 (0,00%)

Summe	45
ohne Antwort	101

19) Zurückdenken an Belastungssituation / Häufigkeit

keine Angabe	5 (11,11%)
nie	7 (15,56%)
einmal oder einige Male im Jahr	19 (42,22%)
einmal im Monat	2 (4,44%)
einige Male im Monat	9 (20,00%)

einmal pro Woche	1	(2,22%)
einige Male pro Woche	1	(2,22%)
täglich oder mehrmals am Tag	1	(2,22%)

Summe	45
ohne Antwort	101
Mittelwert	2,33
Median	2

20) Situationen des Zurückdenkens an Belastungssituation

keine Angabe	0	(0,00%)
Ich denke nicht mehr daran.	6	(13,33%)
in ähnlichen Situationen im Krankenhaus	27	(60,00%)
zu / während bestimmter Schichten (z.B. Nachtdienst)	10	(22,22%)
im Privaten- und Freizeitbereich	3	(6,67%)
unmittelbar vor Dienstbeginn und/oder nach Dienstende	2	(4,44%)
Das ist an keine bestimmte Situation gebunden.	11	(24,44%)
in einer anderen Situation, und zwar:	0	(0,00%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	59
geantwortet haben	45
ohne Antwort	101

21) Selbsteinschätzung der Belastung

keine Angabe	1	(2,22%)
keine Belastung	5	(11,11%)
eher geringe Belastung	16	(35,56%)
mittlere Belastung	13	(28,89%)
eher stärkere Belastung	6	(13,33%)
starke / extreme Belastung	4	(8,89%)

Summe	45
ohne Antwort	101
Mittelwert	2,67
Median	3

22) Hinzuziehung der Polizei

nein / mit Sicherheit nicht	14 (10,07%)
eher nein	39 (28,06%)
eher ja	56 (40,29%)
ja / mit Sicherheit	30 (21,58%)

Summe	139
ohne Antwort	7

23) Anzeigenerstattung

nein / mit Sicherheit nicht	13 (9,29%)
eher nein	44 (31,43%)
eher ja	54 (38,57%)
ja / mit Sicherheit	29 (20,71%)

Summe	140
ohne Antwort	6

24) Gründe für Anzeigenerstattung

Um den Täter einen Denkkzettel verpassen.	4 (2,99%)
auf Anraten mir nahestehender Personen	10 (7,46%)
auf Weisung von Vorgesetzten oder der Klinikleitung	17 (12,69%)
Um den Täter ein Stück weit zu erziehen und so weiteren Taten vorzubeugen.	43 (32,09%)
Um Schadensersatzansprüche gegenüber dem Täter geltend zu machen.	25 (18,66%)
Ich betrachte das als meine staatsbürgerliche Pflicht.	13 (9,70%)
Man muss sich nicht alles gefallen lassen.	31 (23,13%)
Um versicherungsrechtliche Ansprüche geltend zu machen.	41 (30,60%)
aufgrund existierender dienstrechtliche Anweisungen	11 (8,21%)
Ich fühlte mich in meiner Ehre und/oder Würde verletzt.	23 (17,16%)
Der Täter soll seine gerechte Strafe erhalten.	51 (38,06%)
Um auch andere die Missstände aufmerksam zu machen.	26 (19,40%)
Wunsch nach Einsicht, Wiedergutmachung und/oder ...	

... Entschuldigung des Täters	24 (17,91%)
sonstiges, und zwar:	4 (2,99%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	323
geantwortet haben	134
ohne Antwort	12 ^

<59/64> um Folgeschäden für mich und andere zu vermeiden
 <101/110> Schäden für Patienten
 <112/121> Unzurechnungsfähigkeit des Patienten / Demenz

25) Gründe Nichtanzeigenerstattung

Mir bzw. es ist nicht viel passiert und ...	
... so schlimm war es nicht.	49 (47,12%)
So etwas hat man hinzunehmen und...	
... ist nicht der Rede wert.	2 (1,92%)
Das muss jeder mit sich selbst ausmachen ...	
... bzw. ist Sache des Opfers.	20 (19,23%)
Das ist hier nicht erwünscht und ...	
... eine Anzeige nicht gern gesehen.	4 (3,85%)
Durch die Anzeige ändert sich ja doch nichts.	12 (11,54%)
Das leitende Personal sprach sich dagegen aus.	5 (4,81%)
aus Angst vor dem Täter	22 (21,15%)
Ich kannte die Möglichkeit gar nicht.	9 (8,65%)
Die Polizei macht ja doch nichts bzw. ...	
... kann erst was machen, wenn es zu spät ist.	11 (10,58%)
Ich hatte Mitleid mit dem Täter.	1 (0,96%)
Das bedeutet für mich nur noch mehr Arbeit.	7 (6,73%)
Das gehört für mich zum Berufsrisiko.	16 (15,38%)
Ich war bzw. bin mir über die Folgen im Unklaren und ...	
...verzichtete deswegen darauf.	11 (10,58%)
sonstiges, und zwar: ...	6 (5,77%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	175
geantwortet haben	104

ohne Antwort

42

<10/12> war privat Opfer, wurde nach Anzeige schlecht behandelt,
psychische Auswirkungen auch nach 40 Jahren spürbar

<46/50> würde immer eine Anzeige machen

<100/109> Handlungsunfähigkeit / Überforderung mit der Situation

<112/121> Unzurechnungsfähigkeit des Patienten / Demenz

<121/130> unbewusste, krankheitsbedingte Handlung

<142/151> von der Polizei selbst abgeraten!

26) **kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht im KRANKENHAUS**

keine Angabe	4	(2,74%)
sehr unwahrscheinlich	21	(14,38%)
eher unwahrscheinlich	65	(44,52%)
teils, teils	36	(24,66%)
eher wahrscheinlich	10	(6,85%)
sehr wahrscheinlich	10	(6,85%)

Summe	146
ohne Antwort	0
Mittelwert	2,39
Median	2

27) **kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht als Privatperson (im ALLGEMEINEN)**

keine Angabe	10	(6,85%)
sehr unwahrscheinlich	15	(10,27%)
eher unwahrscheinlich	65	(44,52%)
teils, teils	47	(32,19%)
eher wahrscheinlich	8	(5,48%)
sehr wahrscheinlich	1	(0,68%)

Summe	146
ohne Antwort	0
Mittelwert	2,21
Median	2

28) affektive Dimension der Kriminalitätsfurcht

keine Angabe	15 (10,27%)
nie	76 (52,05%)
einmal oder einige Male im Jahr	40 (27,40%)
einmal pro Monat	6 (4,11%)
einige Male im Monat	5 (3,42%)
einmal pro Woche	3 (2,05%)
einige Male pro Woche	1 (0,68%)
taglich oder einige Male am Tag	0 (0,00%)

Summe	146
ohne Antwort	0
Mittelwert	1,47
Median	1

29) konative Dimension der Kriminalitätsfurcht

keine Angabe	17 (11,64%)
nie	63 (43,15%)
einmal oder einige Male im Jahr	37 (25,34%)
einmal pro Monat	5 (3,42%)
einige Male im Monat	9 (6,16%)
einmal pro Woche	2 (1,37%)
einige Male pro Woche	6 (4,11%)
taglich oder einige Male am Tag	7 (4,79%)

Summe	146
ohne Antwort	0
Mittelwert	1,94
Median	1

30) Angstorte

Bettenbereich / Patientenzimmer ...	
... im eigenen Stationsbereich	13 (8,90%)
Patienten- und Notaufnahme	15 (10,27%)

Intensivstation(en)	4 (2,74%)
halböffentlicher Bereich (Treppenhaus, Flur, Gang etc.)	42 (28,77%)
Funktionsbereiche (u.a. Röntgen, EKG)	0 (0,00%)
außerhalb des Gebäudes z.B. ...	
... auf dem Weg zum Parkplatz etc.	68 (46,58%)
keine Angst; kein Unwohlsein; ohne Antwort;	
keine Angabe	23 (15,75%)
sonstiges, und zwar: ...	4 (2,74%)

Summe	146
ohne Antwort	0

- <2/2> keine Angst
- <14/16> nirgends
- <16/19> überall gleich
- <25/28> nirgends
- <50/55> Psychiatrie
- <51/56> keine schlechten Erfahrungen gemacht / keine Angst
- <57/62> Bereitschaftszimmer
- <63/68> keine Angst
- <65/70> Heimweg
- <76/82> Wäschetrakt → zu Kategorie *halböffentlicher Bereich*
- <93/102> in keinem Bereich
- <94/103> Pathologie
- <98/107> kein Unwohlsein / keine Angst
- <127/136> gar nicht
- <128/137> situationsabhängig
- <130/139> keine Angst bzw. kein Unwohlsein

31) Wissen um Betreuung / Ansprechpartner

weiß nicht	107 (73,29%)
Ja, gibt es.	13 (8,90%)
Nein, gibt es nicht.	16 (10,96%)
keine Angabe	10 (6,85%)

Summe	146
ohne Antwort	0

32) Betreuungsbedürfnis

nein	10 (6,85%)
weiß nicht	26 (17,81%)
ja	100 (68,49%)
keine Angabe	10 (6,85%)

Summe	146
ohne Antwort	0

33) Gewünschte Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen

keine Angabe	16 (11,19%)
Traumabewältigung	47 (32,87%)
Gesprächstherapie	37 (25,87%)
Schulungsmaßnahmen für den situationsbezogenen ...	
... Umgang mit renitenten Personen	63 (44,06%)
Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen ...	
... Wehrfähigkeit	41 (28,67%)
juristische Hinweise - Aufzeigen strafrechtlicher ...	
... und zivilrechtlicher Möglichkeiten	61 (42,66%)
Ansprechpartner, um Rahmenbedingungen, ...	
... z.B. örtliche Gegebenheiten, zu verändern.	30 (20,98%)
sonstiges, und zwar:	1 (0,70%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	296
geantwortet haben	143
ohne Antwort	3

<15/18> Supervisor

34) Maßnahmen zur Angstreduzierung

bessere Beleuchtung / weniger dunkle Ecken	34 (24,11%)
Einsatz geschultes Wachpersonal (Sicherheitsdienst)	59 (41,84%)

härtere Strafen für die Täter	19 (13,48%)
Hilfestellung und Betreuung bei der Verarbeitung ...	
... des Ereignisses	12 (8,51%)
kurze Wartezeiten bis zum Eintreffen der Polizei	16 (11,35%)
Schulungsmaßnahmen und gezieltes Training zur Vor-...	
... bereitung und Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit	20 (14,18%)
Videoüberwachung aller öffentlich zugänglichen Bereiche	22 (15,60%)
mehr Personal (auch zur Nachtzeit)	54 (38,30%)
mehr (Eingriffs-) Rechte für die Polizei	13 (9,22%)
Verständnis / Rückhalt seitens des leitenden Personals	22 (15,60%)
sonstiges, und zwar: ...	2 (1,42%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	273
geantwortet haben	141
ohne Antwort	5

<135/144> Parkplätze näher am KH, um nicht nach Dienstschluss (22:00 Uhr) noch weit zum Auto laufen zu müssen.

<142/151> Abschaffung der BAB durch Krankenhausärzte

35) Eigene Inanspruchnahme der Betreuung

keine Angabe	7 (4,83%)
trifft vollkommen zu	40 (27,59%)
trifft eher zu	50 (34,48%)
teils, teils	34 (23,45%)
trifft weniger zu	13 (8,97%)
trifft gar nicht zu	1 (0,69%)

Summe	145
ohne Antwort	1
Mittelwert	2,06
Median	2

36) Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch Schulungsmaßnahmen

keine Angabe	6	(4,14%)
trifft vollkommen zu	38	(26,21%)
trifft eher zu	47	(32,41%)
teils, teils	40	(27,59%)
trifft weniger zu	13	(8,97%)
trifft gar nicht zu	1	(0,69%)

Summe	145
ohne Antwort	1
Mittelwert	2,13
Median	2

37) Umsetzung der erkannten Betreuungs-, Nachsorge- und Schulungsmaßnahmen

keine Angabe	11	(7,59%)
trifft vollkommen zu	11	(7,59%)
trifft eher zu	8	(5,52%)
teils, teils	46	(31,72%)
trifft weniger zu	55	(37,93%)
trifft gar nicht zu	14	(9,66%)

Summe	145
ohne Antwort	1
Mittelwert	3,14
Median	3

38) Geschlecht

männlich	12	(8,22%)
weiblich	134	(91,78%)

Summe	146
ohne Antwort	0

39) Alter

bis 25 Jahre	2	(1,37%)
26 bis 35 Jahre	14	(9,59%)
36 bis 45 Jahre	50	(34,25%)
46 bis 55 Jahre	62	(42,47%)
über 55 Jahre	13	(8,90%)
keine Angaben	5	(3,42%)

Summe	146
ohne Antwort	0

40) Familienstand

single / ledig	17	(11,64%)
verheiratet / verpartnert	114	(78,08%)
verwitwet	3	(2,05%)
geschieden	12	(8,22%)

Summe	146
ohne Antwort	0

41) gegenwärtige berufliche Stellung / Position = gegenwärtiger Beruf

Arzt (Assistenz- bzw. Facharzt)	20	(13,70%)
leitender Arzt (ab Oberarzt)	14	(9,59%)
Pfleger / Schwester	74	(50,68%)
Pfleger / Schwester in leitender Position	9	(6,16%)
Angestellte(r) z.B. im Funktionsbereich o. Physiotherapie	22	(15,07%)
keine Angabe	7	(4,79%)

Summe	146
ohne Antwort	0

42) Dienst erfahrung

bis 5 Jahre	11	(7,53%)
6 bis 10 Jahre	5	(3,42%)
11 bis 15 Jahre	10	(6,85%)
16 bis 20 Jahre	30	(20,55%)
21 bis 25 Jahre	28	(19,18%)
26 bis 30 Jahre	26	(17,81%)
über 30 Jahre	30	(20,55%)
keine Angabe	6	(4,11%)

Nennungen (Mehrfachwahl möglich!)	146
geantwortet haben	146
ohne Antwort	0

43) Arbeitszeiten / Dienstregelung

ausschließlich Tagdienste (z.B. von 07:00 bis 15:30 Uhr)	30	(20,83%)
Früh-, Spät- sowie Nachtdienste	72	(50,00%)
auch 24h Dienste	39	(27,08%)
sonstiges, und zwar:	3	(2,08%)

Summe	144
ohne Antwort	2

<11/13> Bereitschaftsdienst
<41/45> Früh- und Spätdienst
<86/92> nach Bedarf 6-19 Uhr

44) indirekte Ehrlichkeit

nein	2	(1,37%)
eher nein	8	(5,48%)
eher ja	76	(52,05%)
ja	60	(41,10%)

Summe	146
ohne Antwort	0

45) direkte Ehrlichkeit

nein	0	(0,00%)
eher nein	0	(0,00%)
eher ja	53	(36,30%)
ja	93	(63,70%)

Summe 146

ohne Antwort 0

46) Ort des Ausfüllens

zu Hause	64	(44,14%)
auf der Dienststelle / Arbeit	81	(55,86%)
sonstiges, und zwar: ...	0	(0,00%)

Summe 145

ohne Antwort 1

Anhang 2: Datentabellen

**Tabelle I: Gewalthaltige Übergriffe innerhalb der Stichprobe
(Anteilsberechnungen bezogen auf alle Teilnehmer)**

Kategorie(n)	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7
Geschlecht						
männlich	6	4,1	6	4,1	0	0,0
weiblich	39	26,7	91	62,3	4	2,7
gegenwärtige berufliche Stellung / Position						
ärztliches Personal	12	8,2	22	15,1	0	0,0
Pflegedienst	31	21,2	49	33,6	3	2,1
sonstige Angestellte	1	0,7	20	13,7	1	0,7
keine Angabe	1	0,7	6	4,1	0	0,0
Alter						
bis 25 Jahre	0	0,0	2	1,4	0	0,0
26 bis 35 Jahre	5	3,4	9	6,2	0	0,0
36 bis 45 Jahre	18	12,3	31	21,2	1	0,7
46 bis 55 Jahre	18	12,3	42	28,8	2	1,4
über 55 Jahre	0	0,0	12	8,2	1	0,7
keine Angabe	4	2,7	1	0,7	0	0,0
Dienstalter						
bis 5 Jahre	3	2,1	8	5,5	0	0,0
6 bis 10 Jahre	2	1,4	3	2,1	0	0,7
11 bis 15 Jahre	2	1,4	7	4,8	1	0,0
16 bis 20 Jahre	15	10,3	15	10,3	0	0,0
21 bis 25 Jahre	8	5,5	20	13,7	0	0,7
26 bis 30 Jahre	8	5,5	17	11,6	1	1,4
über 30 Jahre	4	2,7	24	16,4	2	0,0
keine Angabe	3	2,1	3	2,1	0	0,0
Familienstand						
single / ledig	3	2,1	13	8,9	1	0,7
verheiratet / verpartnert	39	26,7	72	49,3	3	2,1
verwitwet	0	0,0	3	2,1	0	0,0
geschieden	3	2,1	9	6,2	0	0,0
Dienstregelung (n = 144)						
ausschließlich Tagdienste	3	2,1	27	18,8	0	0,0
Früh-, Spät- sowie Nachtdienste	28	19,4	40	27,8	4	2,8
auch 24h Dienste	13	9,0	26	18,1	0	0,0
sonstiges, und zwar:	0	0,0	3	2,1	0	0,0

Tabelle II: Gewalthaltige Übergriffe innerhalb der Stichprobe (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	ja		nein		keine Angabe		gesamt ⁴³⁶	
	n	%	n	%	n	%	n	%
gesamt	45	30,8	97	96,0	4	2,7	146	100,0
Geschlecht								
männlich	6	50,0	6	50,0	0	0,0	12	100,0
weiblich	39	29,1	91	67,9	4	3,0	134	100,0
gegenwärtige berufliche Stellung / Position								
ärztliches Personal	12	35,3	22	64,7	0	0,0	34	100,0
Pflegedienst	31	37,3	49	59,0	3	3,6	83	100,0
sonstige Angestellte	1	4,5	20	90,9	1	4,5	22	100,0
keine Angabe	1	14,3	6	85,7	0	0,0	7	100,0
Alter								
bis 25 Jahre	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100,0
26 bis 35 Jahre	5	35,7	9	64,3	0	0,0	14	100,0
36 bis 45 Jahre	18	36,0	31	62,0	1	2,0	50	100,0
46 bis 55 Jahre	18	29,0	42	67,7	2	3,2	62	100,0
über 55 Jahre	0	0,0	12	92,3	1	7,7	13	100,0
keine Angabe	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0
Dienstalter								
bis 5 Jahre	3	27,3	8	72,7	0	0,0	11	100,0
6 bis 10 Jahre	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	100,0
11 bis 15 Jahre	2	20,0	7	70,0	1	10,0	10	100,0
16 bis 20 Jahre	15	50,0	15	50,0	0	0,0	30	100,0
21 bis 25 Jahre	8	28,6	20	71,4	0	0,0	28	100,0
26 bis 30 Jahre	8	30,8	17	65,4	1	3,8	26	100,0
über 30 Jahre	4	13,3	24	80,0	2	6,7	30	100,0
keine Angabe	3	50,0	3	50,0	0	0,0	3	100,0
Familienstand								
single / ledig	3	17,6	13	76,5	1	5,9	17	100,0
verheiratet / verpartnert	39	34,2	72	63,2	3	2,6	114	100,0
verwitwet	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3	100,0
geschieden	3	25,0	9	75,0	0	0,0	12	100,0
Dienstregelung (n = 144)								
ausschließlich Tagdienste	3	10,0	27	90,0	0	0,0	30	100,0
Früh-, Spät- sowie Nachtdienste	28	38,9	40	55,6	4	5,6	72	100,0
auch 24h Dienste	13	33,3	26	66,7	0	0,0	39	100,0
sonstiges, und zwar:	0	0,0	3	100,0	0	0,0	2	100,0

⁴³⁶ Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden die Anteilsberechnungen mittels Microsoft Excel auf eine Dezimalstelle nach dem Komma gerundet. Hierdurch entstehende Rundungsfehler können nicht in Gänze ausgeschlossen werden.

Tabelle III: Gewalthaltige Übergriffe innerhalb der Stichprobe (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ja		nein		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7
Geschlecht						
männlich	6	13,3	6	6,2	0	0
weiblich	39	86,7	91	93,8	4	100,0
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0
gegenwärtige berufliche Stellung / Position						
ärztliches Personal	12	26,7	22	22,7	0	0,0
Pflegedienst	31	68,9	49	50,5	3	75,0
sonstige Angestellte	1	2,2	20	20,6	1	25,0
keine Angabe	1	2,2	6	6,2	0	0,0
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0
Alter						
bis 25 Jahre	0	0,0	2	2,1	0	0,0
26 bis 35 Jahre	5	11,1	9	9,3	0	0,0
36 bis 45 Jahre	18	40,0	31	32,0	1	25,0
46 bis 55 Jahre	18	40,0	42	43,3	2	50,0
über 55 Jahre	0	0,0	12	12,4	1	25,0
keine Angaben	4	8,9	1	1,0	0	0,0
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0
Dienstalter						
bis 5 Jahre	3	6,7	8	8,2	0	0,0
6 bis 10 Jahre	2	4,4	3	3,1	0	0,0
11 bis 15 Jahre	2	4,4	7	7,2	1	25,0
16 bis 20 Jahre	15	33,3	15	15,5	0	0,0
21 bis 25 Jahre	8	17,8	20	20,6	0	0,0
26 bis 30 Jahre	8	17,8	17	17,5	1	25,0
über 30 Jahre	4	8,9	24	24,7	2	50,0
keine Angabe	3	6,7	3	3,1	0	0,0
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0
Familienstand						
single / ledig	3	6,7	13	13,4	1	25,0
verheiratet / verpartnert	39	86,7	72	74,2	3	75,0
verwitwet	0	0,0	3	3,1	0	0,0
geschieden	3	6,7	9	9,3	0	0,0
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0
Dienstregelung (n = 144)						
ausschließlich Tagdienste	3	6,8	27	28,1	0	0,0
Früh-, Spät- sowie Nachtdienste	28	63,6	40	41,7	4	100,0
auch 24h Dienste	13	29,5	26	27,1	0	0,0
sonstiges, und zwar:	0	0,0	3	3,1	0	0,0
gesamt	44	100,0	96	100,0	4	100,0

Tabelle IV: Gewaltarten bezogen auf gegenwärtigen Beruf (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflege-dienst		sonstige Angestellte		keine Angabe	
	n	%	n	%	n	%	n	%
verbale Bedrohung	8	25,8	8	7,6	1	25,0	0	0,0
Beleidigung	11	35,5	26	24,8	1	25,0	1	100,0
Kratzen / Kneifen	3	9,7	20	19,0	1	25,0	0	0,0
Schlagen	1	3,2	7	6,7	0	0,0	0	0,0
Beißen	0	0,0	15	14,3	1	25,0	0	0,0
Treten ohne Schuh	2	6,5	12	11,4	0	0,0	0	0,0
Treten mit Schuh	1	3,2	4	3,8	0	0,0	0	0,0
Werfen Gegenstand	1	3,2	6	5,7	0	0,0	0	0,0
Nötigung / Erpressung	2	6,5	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Bedrohung mit gefährlichem Gegenstand	1	3,2	1	1,0	0	0,0	0	0,0
Anwendung gefährlicher Gegenstand	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
unsittliche Berührung	1	3,2	5	4,8	0	0,0	0	0,0
sonstiges, und zwar:	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesamt	31	100,0	105	100,0	4	100,0	1	100,0

Tabelle V: Gewaltarten bezogen auf gegenwärtigen Beruf (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflege-dienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
verbale Bedrohung	8	47,1	8	47,1	1	5,9	0	0,0	17	100,0
Beleidigung	11	28,2	26	66,7	1	2,6	1	2,6	39	100,0
Kratzen / Kneifen	3	12,5	20	83,3	1	4,2	0	0,0	24	100,0
Schlagen	1	12,5	7	87,5	0	0,0	0	0,0	8	100,0
Beißen	0	0,0	15	93,8	1	6,3	0	0,0	16	100,0
Treten ohne Schuh	2	14,3	12	85,7	0	0,0	0	0,0	14	100,0
Treten mit Schuh	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Werfen Gegenstand	1	14,3	6	85,7	0	0,0	0	0,0	7	100,0
Nötigung Erpressung	2	66,7	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Bedrohung mit gefährlichem Gegenstand	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Anwendung gefährlicher Gegenstand	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
unsittliche Berührung	1	16,7	5	83,3	0	0,0	0	0,0	6	100,0
sonstiges, und zwar:	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
gesamt	31	22,0	105	74,5	4	2,8	1	0,7	141	100,0

Tabelle VI: Tatorte bezogen auf gegenwärtigen Beruf (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Patientenzimmer / Bettenbereich	7	38,9	23	57,5	1	100,0	1	100,0	32	53,3
Behandlungszimmer	4	22,2	5	12,5	0	0,0	0	0,0	9	15,0
Aufenthalts-, Besprechungsräume / Dienstzimmer / Büro	2	11,1	6	15,0	0	0,0	0	0,0	8	13,3
halböffentlicher Bereich (z.B. Flur, Treppenhaus, Cafeteria)	5	27,8	6	15,0	0	0,0	0	0,0	11	18,3
außerhalb des Gebäudes (z.B. auf dem Weg zum Parkplatz)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
sonstiges, und zwar:	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesamt	18	100,0	40	100,0	1	100,0	1	100,0	60	100,0

Tabelle VII: Tatorte bezogen auf gegenwärtigen Beruf (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Patientenzimmer / Bettenbereich	7	21,9	23	71,9	1	3,1	1	3,1	32	100,0
Behandlungszimmer	4	44,4	5	55,6	0	0,0	0	0,0	9	100,0
Aufenthalts-, Besprechungsräume / Dienstzimmer / Büro	2	25,0	6	75,0	0	0,0	0	0,0	8	100,0
halböffentlicher Bereich (z.B. Flur, Treppenhaus, Cafeteria)	5	45,5	6	54,5	0	0,0	0	0,0	11	100,0
außerhalb des Gebäudes (z.B. auf dem Weg zum Parkplatz)	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
sonstiges, und zwar:	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
gesamt	18	30,00	40	66,7	1	1,7	1	1,7	60	100,0

Tabelle VIII: Konsequenz(en) bezogen auf gegenwärtigen Beruf (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflege-dienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	2	10,0	5	8,2	1	100,0	0	0,0	8	9,6
Gegenstände beschädigt, Ersatz nicht notwendig	0	0,0	5	8,2	0	0,0	0	0,0	5	6,0
Gegenstände beschädigt, Ersatz notwendig	0	0,0	3	4,9	0	0,0	0	0,0	3	3,6
Gefühl der Bedrohung	9	45,0	14	23,0	0	0,0	0	0,0	23	27,7
Gefühl der Ehrverletzung	7	35,0	14	23,0	0	0,0	1	100,0	22	26,5
Schmerzen weniger als 10min	2	10,0	5	8,2	0	0,0	0	0,0	7	8,4
Schmerzen länger als 10min	0	0,0	6	9,8	0	0,0	0	0,0	6	7,2
sichtbare Verletzung	0	0,0	7	11,5	0	0,0	0	0,0	7	8,4
medizinische Versorgung notwendig	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Behandlung durch Arzt notwendig	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
sonstiges, und zwar:	0	0,0	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	2,4
gesamt	20	100,0	61	100,0	1	100,0	1	100,0	83	100,0

Tabelle IX: Konsequenz(en) bezogen auf gegenwärtigen Beruf (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflege-dienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	2	25,0	5	62,5	1	12,5	0	0,0	8	100,0
Gegenstände beschädigt, Ersatz nicht notwendig	0	0,0	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Gegenstände beschädigt, Ersatz notwendig	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
Gefühl der Bedrohung	9	39,1	14	60,9	0	0,0	0	0,0	23	100,0
Gefühl der Ehrverletzung	7	31,8	14	63,6	0	0,0	1	4,5	22	100,0
Schmerzen weniger als 10min	2	28,6	5	71,4	0	0,0	0	0,0	7	100,0
Schmerzen länger als 10min	0	0,0	6	100,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0
sichtbare Verletzung	0	0,0	7	100,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0
medizinische Versorgung notwendig	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Behandlung durch Arzt notwendig	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
sonstiges, und zwar:	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
gesamt	20	24,1	61	73,5	1	1,2	1	1,2	83	100,0

**Tabelle X: Auslöser der Gewalt bezogen auf gegenwärtigen Beruf
(Anteile nach Spalten)**

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflege- dienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kein nachvollziehbarer Anlass	8	38,1	14	31,1	1	50,0	0	0,0	23	33,3
lange Wartezeit	3	14,3	4	8,9	0	0,0	0	0,0	7	10,1
(Hilfe bei) pflegerische(r) Tätigkeit	3	14,3	11	24,4	0	0,0	0	0,0	14	20,3
Patient wurde etwas verwehrt	1	4,8	4	8,9	0	0,0	0	0,0	5	7,2
medizinisch indizierte Medikamenteneinnahme	0	0,0	3	6,7	1	50,0	0	0,0	4	5,8
andere Anlässe, und zwar:	6	28,6	9	20,0	0	0,0	1	100,0	16	23,2
davon										
Unzufriedenheit mit med. Behandlung	3	14,3	2	4,4	0	0,0	0	0,0	5	7,2
erkrankungsbedingt / Demenz	1	4,8	4	8,9	0	0,0	1	100,0	6	8,7
Alkohol und Drogen bzw. deren Entzug	1	4,8	2	4,4	0	0,0	0	0,0	3	4,3
sonstige	1	4,8	1	4,4	0	0,0	0	0,0	2	2,9
gesamt	21	100,0	45	100,0	2	100,0	1	100	69	100

**Tabelle XI: Auslöser der Gewalt bezogen auf gegenwärtigen Beruf
(Anteile nach Zeilen)**

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflege- dienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
kein nachvollziehbarer Anlass	8	34,8	14	60,9	1	4,3	0	0,0	23	100,0
lange Wartezeit	3	42,9	4	57,1	0	0,0	0	0,0	7	100,0
(Hilfe bei) pflegerische(r) Tätigkeit	3	21,4	11	78,6	0	0,0	0	0,0	14	100,0
Patient wurde etwas verwehrt	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
medizinisch indizierte Medikamenteneinnahme	0	0,0	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	100,0
andere Anlässe, und zwar:	6	37,5	9	56,3	0	0,0	1	6,3	16	100,0
davon										
Unzufriedenheit mit Med. Behandlung	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
erkrankungsbedingt / Demenz	1	16,7	4	66,7	0	0,0	1	16,7	6	100,0
Alkohol und Drogen bzw. deren Entzug	1	33,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	3	100,0
sonstige	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
gesamt	21	30,4	45	65,2	2	2,9	1	1,4	69	100,0

Tabelle XII: Zurückdenken an den gewalthaltigen Übergriff bezogen auf Gewaltarten

Kategorie(n)	keine Angabe		nie		einmal oder einige Male im Jahr		einmal im Monat		einige Male im Monat		einmal pro Woche		einige Male pro Woche		täglich oder mehrmals am Tag		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bedrohung mit Worten	0	0,0	2	1,4	9	6,4	1	0,7	3	2,1	1	0,7	0	0,0	1	0,7	17	12,1
Beleidigung	4	2,8	5	3,5	18	12,8	1	0,7	9	6,4	1	0,7	1	0,7	0	0,0	39	27,7
Kratzen / Kneifen	2	1,4	5	3,5	11	7,8	1	0,7	4	2,8	0	0,0	0	0,0	1	0,7	24	17,0
Schlagen	0	0,0	3	2,1	2	1,4	1	0,7	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	5,7
Beißen	3	2,1	3	2,1	7	5,0	1	0,7	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	16	11,3
Treten ohne Schuh	0	0,0	3	2,1	7	5,0	2	1,4	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	14	9,9
Treten mit Schuh	0	0,0	1	0,7	4	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	3,5
Werfen Gegenstand	0	0,0	1	0,7	3	2,1	1	0,7	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	5,0
Nötigung oder Erpressung	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4	0	0,0	1	0,7	0	0,0	3	2,1
Bedrohung mit gefährlichem Gegenstand	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	2	1,4
Anwendung gefährlicher Gegenständen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
unerwünschte / unsittliche Berührung	2	1,4	1	0,7	2	1,4	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	4,3
sonstiges, und zwar:	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesamt	11	7,8	24	17,0	64	45,4	9	6,4	26	18,4	2	1,4	2	1,4	3	2,1	141	100,0

Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 3: *Gewaltarten* registriert wurden. (n = 141)

Tabelle XIII: Selbsteinschätzung der Belastung bezogen auf gegenwärtigen Beruf

Kategorie(n)	keine Angabe		keine Belastung		eher geringe Belastung		mittlere Belastung		eher stärkere Belastung		starke / extreme Belastung		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ärztliches Personal	0	0,0	1	2,2	4	8,9	3	6,7	2	4,4	2	4,4	12	26,7
Pflegedienst	0	0,0	4	8,9	12	26,7	10	22,2	3	6,7	2	4,4	31	68,9
sonstige Angestellte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	1	2,2
keine Angabe	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2
gesamt	1	2,2	5	11,1	16	35,6	13	28,9	6	13,3	4	8,9	45	100,0

Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 41: *gegenwärtiger Beruf* registriert wurden. (n = 45)

Tabelle XIV: Selbsteinschätzung der Belastung bezogen auf gegenwärtigen Beruf (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	keine Angabe		keine Belastung		eher geringe Belastung		mittlere Belastung		eher stärkere Belastung		starke / extreme Belastung		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ärztliches Personal	0	0,0	1	8,3	4	33,3	3	25,0	2	16,7	2	16,7	12	100,0
Pflegedienst	0	0,0	4	12,9	12	38,7	10	32,3	3	9,7	2	6,5	31	100,0
sonstige Angestellte	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
keine Angabe	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
gesamt	1	2,2	5	11,1	16	35,6	13	28,9	6	13,3	4	8,9	45	100,0

Tabelle XV: Selbsteinschätzung der Belastung bezogen auf Gewaltarten

Kategorie(n)	keine Angabe		keine Belastung		eher geringe Belastung		mittlere Belastung		eher stärkere Belastung		starke / extreme Belastung		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
verbale Bedrohung	0	0,0	2	1,4	6	4,3	5	3,5	2	1,4	2	1,4	17	12,1
Beleidigung	1	0,7	4	2,8	13	9,2	12	8,5	6	4,3	3	2,1	39	27,7
Kratzen / Kneifen	0	0,0	4	2,8	8	5,7	8	5,7	2	1,4	2	1,4	24	17,0
Schlagen	0	0,0	1	0,7	4	2,8	2	1,4	1	0,7	0	0,0	8	5,7
Beißen	0	0,0	2	1,4	7	5,0	5	3,5	2	1,4	0	0,0	16	11,3
Treten ohne Schuh	0	0,0	1	0,7	7	5,0	5	3,5	1	0,7	0	0,0	14	9,9
Treten mit Schuh	0	0,0	1	0,7	2	1,4	2	1,4	0	0,0	0	0,0	5	3,5
Werfen Gegenstand	0	0,0	0	0,0	2	1,4	4	2,8	0	0,0	1	0,7	7	5,0
Nötigung oder Erpressung	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7	1	0,7	3	2,1
Bedrohung mit gefährlichem Gegenstand	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7	2	1,4
Anwendung gefährlicher Gegenstand	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
unerwünschte / unsittliche Berührung	0	0,0	1	0,7	2	1,4	3	2,1	0	0,0	0	0,0	6	4,3
sonstiges, und zwar:	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesamt	1	0,7	16	11,3	52	36,9	47	33,3	15	10,6	10	7,1	141	100,0

Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 3: *Gewaltarten* registriert wurden. (n = 141)

Tabelle XVI: Selbsteinschätzung der Belastung bezogen auf unmittelbare Konsequenz(en) für Opfer

Kategorie	keine Angabe		keine Belastung		eher geringe Belastung		mittlere Belastung		eher stärkere Belastung		starke / extreme Belastung		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine	0	5,8	4	4,8	2	2,4	1	1,2	1	1,2	0	0,0	8	9,6
Gegenstände beschädigt, Ersatz nicht notwendig	0	0,0	1	1,2	1	1,2	3	3,6	0	0,0	0	0,0	5	6,0
Gegenstände beschädigt, Ersatz notwendig	0	0,0	0	0,0	1	1,2	1	1,2	0	0,0	1	1,2	3	3,6
Gefühl der Bedrohung	0	0,0	0	0,0	8	9,6	9	10,8	3	3,6	3	3,6	23	27,7
Gefühl der Ehrverletzung	1	0,0	0	0,0	6	7,2	7	8,4	5	6,0	3	3,6	22	26,5
Schmerzen weniger als 10min	0	0,0	0	0,0	3	3,6	2	2,4	0	0,0	2	2,4	7	8,4
Schmerzen länger als 10min	0	0,0	0	0,0	3	3,6	3	3,6	0	0,0	0	0,0	6	7,2
sichtbare Verletzung	0	0,0	0	0,0	2	2,4	5	6,0	0	0,0	0	0,0	7	8,4
medizinische Versorgung notwendig	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Behandlung durch Arzt notwendig	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
sonstiges, und zwar:	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	1	1,2	0	0,0	2	2,4
gesamt	1	5,8	5	6,0	27	32,5	31	37,3	10	12,0	9	10,8	83	100,0

Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 4: *Konsequenzen der Gewalt* registriert wurden. (n = 83)

Tabelle XVII: Selbsteinschätzung der Belastung bezogen auf Person des Täters (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	keine Angabe		keine Belastung		eher geringe Belastung		mittlere Belastung		eher stärkere Belastung		starke / extreme Belastung		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
Patient(en)	1	2,8	5	13,9	13	36,1	12	33,3	3	8,3	2	5,6	36	100,0
Angehörige(r)	0	0,0	0	0,00	4	44,4	4	44,4	0	0,0	1	11,1	9	100,0
Besucher	0	0,0	0	0,00	0	0,0	2	66,7	1	33,3	0	0,0	3	100,0
Kollege(n)	0	0,0	0	0,00	1	12,5	1	12,5	4	50,0	2	25,0	8	100,0
sonstige, und zwar:	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
gesamt	1	1,8	5	8,9	18	32,1	19	33,9	8	14,3	5	8,9	56	100,0
Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 11: <i>Person des Täters</i> registriert wurden. (n = 56)														

Tabelle XVIII: Selbsteinschätzung der Belastung bezogen auf Person des Täters (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	keine Angabe		keine Belastung		eher geringe Belastung		mittlere Belastung		eher stärkere Belastung		starke / extreme Belastung		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Patient(en)	1	100,0	5	100,0	13	72,2	12	63,2	3	37,5	2	40,0	36	64,3
Angehörige(r)	0	0,0	0	0,0	4	22,2	4	21,1	0	0,0	1	20,0	9	16,1
Besucher	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,5	1	12,5	0	0,0	3	5,4
Kollege(n)	0	0,0	0	0,0	1	5,6	1	5,3	4	50,0	2	40,0	8	14,3
sonstige, und zwar:	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesamt	1	100,0	5	100,0	18	100,0	19	100,0	8	100,0	5	100,0	56	100,0
Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 11: <i>Person des Täters</i> registriert wurden. (n = 56)														

Tabelle XIX: Person des Täters bezogen auf Alter der Täter

Kategorie(n)	keine Angabe		Patient(en)		Angehörige(r)		Besucher		Kollege(n)		sonstiges, und zwar:		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
bis 13 Jahre	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
14 bis 20 Jahre	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2
21 bis 30 Jahre	0	0,0	7	8,2	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	8	9,4
31 bis 40 Jahre	0	0,0	3	3,5	3	3,5	1	1,2	0	0,0	0	0,0	7	8,2
41 bis 50 Jahre	0	0,0	7	8,2	4	4,7	0	0,0	2	2,4	0	0,0	13	15,3
51 bis 60 Jahre	0	0,0	8	9,4	1	1,2	0	0,0	4	4,7	0	0,0	13	15,3
61 bis 70 Jahre	0	0,0	12	14,1	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	13	15,3
71 bis 80 Jahre	0	0,0	14	16,5	2	2,4	1	1,2	0	0,0	0	0,0	17	20,0
ab 81 Jahre	0	0,0	5	5,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	5,9
keine Angabe	0	0,0	5	5,9	1	1,2	0	0,0	2	2,4	0	0,0	8	9,4
gesamt	0	0,0	62	72,9	11	12,9	3	3,5	9	10,6	0	0,0	85	100
Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 14: <i>Täter Alter</i> registriert wurden. (n = 85)														

Tabelle XX: Hinzuziehung der Polizei bezogen auf Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein / mit Sicherheit nicht	14	10,1	0	0,0	0	0,0	14	10,1
eher nein	21	15,1	16	11,5	2	1,4	39	28,1
eher ja	8	5,8	47	33,8	1	0,7	56	40,3
ja / mit Sicherheit	2	1,4	27	19,4	1	0,7	30	21,6
gesamt	45	32,4	90	65,0	4	2,9	139	100,0

Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 23: *Hinzuziehung der Polizei* registriert wurden. (n = 139)

Tabelle XXI: Hinzuziehung der Polizei nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein / mit Sicherheit nicht	14	31,1	0	0,0	0	0,0	14	10,1
eher nein	21	46,7	16	17,8	2	50,0	39	28,1
eher ja	8	17,8	47	52,2	1	25,0	56	40,3
ja / mit Sicherheit	2	4,4	27	30,0	1	25,0	30	21,6
gesamt	45	100,0	90	100,0	4	100,0	139	100,0

Tabelle XXII: Hinzuziehung der Polizei nach Gewalterfahrung (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein / mit Sicherheit nicht	14	100,0	0	0,0	0	0,0	14	100,0
eher nein	21	53,8	16	41,0	2	5,1	39	100,0
eher ja	8	14,3	47	83,9	1	1,8	56	100,0
ja / mit Sicherheit	2	6,7	27	90,0	1	3,3	30	100,0
gesamt	45	32,4	90	64,7	4	2,9	139	100,0

Tabelle XXIII: Anzeigenerstattung bezogen auf Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein / mit Sicherheit nicht	13	9,3	0	0,0	0	0,0	13	9,3
eher nein	26	18,6	16	11,4	2	1,4	44	31,4
eher ja	5	3,6	48	34,3	1	0,7	54	38,6
ja / mit Sicherheit	1	0,7	27	19,3	1	0,7	29	20,7
gesamt	45	32,1	91	65,0	4	2,9	140	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 23: <i>Anzeigenerstattung</i> registriert wurden. (n = 140)								

Tabelle XXIV: Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein / mit Sicherheit nicht	13	28,9	0	0,0	0	0,0	13	9,3
eher nein	26	57,8	16	17,6	2	50,0	44	31,4
eher ja	5	11,1	48	52,7	1	25,0	54	38,6
ja / mit Sicherheit	1	2,2	27	29,7	1	25,0	29	20,7
gesamt	45	100,0	91	100,0	4	100,0	140	100,0

Tabelle XXV: Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein / mit Sicherheit nicht	13	100,0	0	0,0	0	0,0	13	100,0
eher nein	26	59,1	16	36,4	2	4,5	44	100,0
eher ja	5	9,3	48	88,9	1	1,9	54	100,0
ja / mit Sicherheit	1	3,4	27	93,1	1	3,4	29	100,0
gesamt	45	32,1	91	65,0	4	2,9	140	100,0

Tabelle XXVI: Gründe für die Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Um dem Täter einen Denkkzettel zu verpassen.	2	0,6	2	0,6	0	0,0	4	1,2
auf Anraten mir nahestehender Personen	3	0,9	7	2,2	0	0,0	10	3,1
auf Weisung von Vorgesetzten oder der Klinikleitung	9	2,8	8	2,5	0	0,0	17	5,3
Um den Täter ein Stück weit zu erziehen und so weiteren Taten vorzubeugen.	9	2,8	31	9,6	3	0,9	43	13,3
Um Schadensersatzansprüche gegenüber dem Täter geltend zu machen.	4	1,2	21	6,5	0	0,0	25	7,7
Ich betrachte das als meine staatsbürgerliche Pflicht.	1	0,3	12	3,7	0	0,0	13	4,0
Man muss sich nicht alles gefallen lassen.	11	3,4	19	5,9	1	0,3	31	9,6
Um versicherungsrechtliche Ansprüche geltend zu machen.	10	3,1	29	9,0	2	0,6	41	12,7
aufgrund existierender dienstrechtliche Anweisungen	5	1,5	6	1,9	0	0,0	11	3,4
Ich fühlte mich in meiner Ehre und/oder Würde verletzt.	7	2,2	16	5,0	0	0,0	23	7,1
Der Täter soll seine gerechte Strafe erhalten.	5	1,5	45	13,9	1	0,3	51	15,8
Um auch andere auf die Missstände aufmerksam zu machen.	10	3,1	16	5,0	0	0,0	26	8,0
Wunsch nach Einsicht, Wiedergutmachung und/oder Entschuldigung durch den Täter	7	2,2	15	4,6	2	0,6	24	7,4
sonstiges, und zwar:	2	0,6	1	0,3	1	0,3	4	1,2
gesamt	85	26,3	228	70,6	10	3,1	323	100,0
Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 24: <i>Gründe für die Anzeigenerstattung</i> registriert wurden. (n = 323)								

Tabelle XXVII: Gründe für die Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Um dem Täter einen Denkkzettel zu verpassen.	2	2,4	2	0,9	0	0,0	4	1,2
auf Anraten mir nahestehender Personen	3	3,5	7	3,1	0	0,0	10	3,1
auf Weisung von Vorgesetzten oder der Klinikleitung	9	10,6	8	3,5	0	0,0	17	5,3
Um den Täter ein Stück weit zu erziehen und so weiteren Taten vorzubeugen.	9	10,6	31	13,6	3	30,0	43	13,3
Um Schadensersatzansprüche gegenüber dem Täter geltend zu machen.	4	4,7	21	9,2	0	0,0	25	7,7
Ich betrachte das als meine staatsbürgerliche Pflicht.	1	1,2	12	5,3	0	0,0	13	4,0
Man muss sich nicht alles gefallen lassen.	11	12,9	19	8,3	1	10,0	31	9,6
Um versicherungsrechtliche Ansprüche geltend zu machen.	10	11,8	29	12,7	2	20,0	41	12,7
aufgrund existierender dienstrechtliche Anweisungen	5	5,9	6	2,6	0	0,0	11	3,4
Ich fühlte mich in meiner Ehre und/oder Würde verletzt.	7	8,2	16	7,0	0	0,0	23	7,1
Der Täter soll seine gerechte Strafe erhalten.	5	5,9	45	19,7	1	10,0	51	15,8
Um auch andere auf die Missstände aufmerksam zu machen.	10	11,8	16	7,0	0	0,0	26	8,0
Wunsch nach Einsicht, Wiedergutmachung und/oder Entschuldigung durch den Täter	7	8,2	15	6,6	2	20,0	24	7,4
sonstiges, und zwar:	2	2,4	1	0,4	1	10,0	4	1,2
gesamt	85	100,0	228	100,0	10	100,0	323	100,0

Tabelle XXVIII: Gründe gegen die Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mir bzw. es ist nicht viel passiert und so schlimm war es nicht.	20	11,4	28	16,0	1	0,6	49	28,0
So etwas hat man hinzunehmen und ist nicht der Rede wert.	2	1,1	0	0,0	0	0,0	2	1,1
Das muss jeder mit sich selbst ausmachen bzw. ist Sache des Opfers.	5	2,9	14	8,0	1	0,6	20	11,4
Das ist hier nicht erwünscht und eine Anzeige nicht gern gesehen.	3	1,7	0	0,0	1	0,6	4	2,3
Durch die Anzeige ändert sich ja doch nichts.	5	2,9	7	4,0	0	0,0	12	6,9
Das leitende Personal sprach sich dagegen aus.	1	0,6	4	2,3	0	0,0	5	2,9
aus Angst vor dem Täter	3	1,7	19	10,9	0	0,0	22	12,6
Ich kannte die Möglichkeit gar nicht.	4	2,3	5	2,9	0	0,0	9	5,1
Die Polizei macht ja doch nichts bzw. kann erst was machen, wenn es zu spät ist.	2	1,1	9	5,1	0	0,0	11	6,3
Ich hatte Mitleid mit dem Täter.	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Das bedeutet für mich nur noch mehr Arbeit.	4	2,3	3	1,7	0	0,0	7	4,0
Das gehört für mich zum Berufsrisiko.	13	7,4	2	1,1	1	0,6	16	9,1
Ich war bzw. bin mir über die Folgen im Unklaren und verzichtete deswegen darauf.	5	2,9	5	2,9	1	0,6	11	6,3
sonstiges, und zwar:	4	2,3	2	1,1	0	0,0	6	3,4
gesamt	72	41,1	98	56,0	5	2,9	175	100,0
Anmerkung: Die Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 25: <i>Gründe gegen die Anzeigenerstattung</i> registriert wurden. (n=175)								

Tabelle XXIX: Gründe gegen die Anzeigenerstattung nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mir bzw. es ist nicht viel passiert und so schlimm war es nicht.	20	27,8	28	28,6	1	20,0	49	28,0
So etwas hat man hinzunehmen und ist nicht der Rede wert.	2	2,8	0	0,0	0	0,0	2	1,1
Das muss jeder mit sich selbst ausmachen bzw. ist Sache des Opfers.	5	6,9	14	14,3	1	20,0	20	11,4
Das ist hier nicht erwünscht und eine Anzeige nicht gern gesehen.	3	4,2	0	0,0	1	20,0	4	2,3
Durch die Anzeige ändert sich ja doch nichts.	5	6,9	7	7,1	0	0,0	12	6,9
Das leitende Personal sprach sich dagegen aus.	1	1,4	4	4,1	0	0,0	5	2,9
aus Angst vor dem Täter	3	4,2	19	19,4	0	0,0	22	12,6
Ich kannte die Möglichkeit gar nicht.	4	5,6	5	5,1	0	0,0	9	5,1
Die Polizei macht ja doch nichts bzw. kann erst was machen, wenn es zu spät ist.	2	2,8	9	9,2	0	0,0	11	6,3
Ich hatte Mitleid mit dem Täter.	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	0,6
Das bedeutet für mich nur noch mehr Arbeit.	4	5,6	3	3,1	0	0,0	7	4,0
Das gehört für mich zum Berufsrisiko.	13	18,1	2	2,0	1	20,0	16	9,1
Ich war bzw. bin mir über die Folgen im Unklaren und verzichtete deswegen darauf.	5	6,9	5	5,1	1	20,0	11	6,3
sonstiges, und zwar:	4	5,6	2	2,0	0	0,0	6	3,4
gesamt	72	100,0	98	100,0	5	100,0	175	100,0

Tabelle XXX: Kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht im Krankenhaus nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	1	0,7	3	2,1	0	0,0	4	2,7
sehr unwahrscheinlich	5	3,4	15	10,3	1	0,7	21	14,4
eher unwahrscheinlich	5	3,4	58	39,7	2	1,4	65	44,5
teils, teils	19	13,0	16	11,0	1	0,7	36	24,7
eher wahrscheinlich	6	4,1	4	2,7	0	0,0	10	6,8
sehr wahrscheinlich	9	6,2	1	0,7	0	0,0	10	6,8
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 26: <i>kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht im Krankenhaus</i> registriert wurden. (n = 146)								

Tabelle XXXI: Kognitive Dimension Kriminalitätsfurcht im Krankenhaus nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	1	2,2	3	3,1	0	0,0	4	2,7
sehr unwahrscheinlich	5	11,1	15	15,5	1	25,0	21	14,4
eher unwahrscheinlich	5	11,1	58	59,8	2	50,0	65	44,5
teils, teils	19	42,2	16	16,5	1	25,0	36	24,7
eher wahrscheinlich	6	13,3	4	4,1	0	0,0	10	6,8
sehr wahrscheinlich	9	20,0	1	1,0	0	0,0	10	6,8
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0	146	100,0

Tabelle XXXII: Kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht im Krankenhaus nach Gewalterfahrung (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	1	25,0	3	75,0	0	0,0	4	100
sehr unwahrscheinlich	5	23,8	15	71,4	1	4,8	21	100
eher unwahrscheinlich	5	7,7	58	89,2	2	3,1	65	100
teils, teils	19	52,8	16	44,4	1	2,8	36	100
eher wahrscheinlich	6	60,0	4	40,0	0	0,0	10	100
sehr wahrscheinlich	9	90,0	1	10,0	0	0,0	10	100
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100

Tabelle XXXIII: Kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht als Privatperson nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	1	0,7	7	4,8	2	1,4	10	6,8
sehr unwahrscheinlich	7	4,8	8	5,5	0	0,0	15	10,3
eher unwahrscheinlich	21	14,4	43	29,5	1	0,7	65	44,5
teils, teils	13	8,9	33	22,6	1	0,7	47	32,2
eher wahrscheinlich	2	1,4	6	4,1	0	0,0	8	5,5
sehr wahrscheinlich	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 27: <i>kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht als Privatperson</i> registriert wurden. (n = 146)								

Tabelle XXXIV: Kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht als Privatperson nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	1	2,2	7	7,2	2	50,0	10	6,8
sehr unwahrscheinlich	7	15,6	8	8,2	0	0,0	15	10,3
eher unwahrscheinlich	21	46,7	43	44,3	1	25,0	65	44,5
teils, teils	13	28,9	33	34,0	1	25,0	47	32,2
eher wahrscheinlich	2	4,4	6	6,2	0	0,0	8	5,5
sehr wahrscheinlich	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	0,7
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0	146	100,0

Tabelle XXXV: Kognitive Dimension der Kriminalitätsfurcht als Privatperson nach Gewalterfahrung (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	1	10,0	7	70,0	2	20,0	10	100,0
sehr unwahrscheinlich	7	46,7	8	53,3	0	0,0	15	100,0
eher unwahrscheinlich	21	32,3	43	66,2	1	1,5	65	100,0
teils, teils	13	27,7	33	70,2	1	2,1	47	100,0
eher wahrscheinlich	2	25,0	6	75,0	0	0,0	8	100,0
sehr wahrscheinlich	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0

Tabelle XXXVI: Affektive Dimension der Kriminalitätsfurcht im Krankenhaus nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	2,7	9	6,2	2	1,4	15	10,3
nie	8	5,5	67	45,9	1	0,7	76	52,1
einmal oder einige Male im Jahr	21	14,4	18	12,3	1	0,7	40	27,4
einmal pro Monat	3	2,1	3	2,1	0	0,0	6	4,1
einige Male im Monat	5	3,4	0	0,0	0	0,0	5	3,4
einmal pro Woche	3	2,1	0	0,0	0	0,0	3	2,1
einige Male pro Woche	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
taglich oder einige Male am Tag	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 28: <i>affektive Dimension der Kriminalitatsfurcht</i> registriert wurden. (n = 146)								

Tabelle XXXVII: Affektive Dimension der Kriminalitatsfurcht im Krankenhaus nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	8,9	9	9,3	2	50,0	15	10,3
nie	8	17,8	67	69,1	1	25,0	76	52,1
einmal oder einige Male im Jahr	21	46,7	18	18,6	1	25,0	40	27,4
einmal pro Monat	3	6,7	3	3,1	0	0,0	6	4,1
einige Male im Monat	5	11,1	0	0,0	0	0,0	5	3,4
einmal pro Woche	3	6,7	0	0,0	0	0,0	3	2,1
einige Male pro Woche	1	2,2	0	0,0	0	0,0	1	0,7
taglich oder einige Male am Tag	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0	146	100,0

Tabelle XXXVIII: Affektive Dimension der Kriminalitätsfurcht im Krankenhaus nach Gewalterfahrung (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	26,7	9	60,0	2	13,3	15	100,0
nie	8	10,5	67	88,2	1	1,3	76	100,0
einmal oder einige Male im Jahr	21	52,5	18	45,0	1	2,5	40	100,0
einmal pro Monat	3	50,0	3	50,0	0	0,0	6	100,0
einige Male im Monat	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
einmal pro Woche	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
einige Male pro Woche	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
täglich oder einige Male am Tag	0	-	0	-	0	-	0	-
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0

Tabelle XXXIX: Konative Dimension der Kriminalitätsfurcht im Krankenhaus nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	8	5,5	9	6,2	0	0,0	17	11,6
nie	17	11,6	46	31,5	0	0,0	63	43,2
einmal oder einige Male im Jahr	10	6,8	25	17,1	2	1,4	37	25,3
einmal pro Monat	0	0,0	5	3,4	0	0,0	5	3,4
einige Male im Monat	6	4,1	2	1,4	1	0,7	9	6,2
einmal pro Woche	1	0,7	1	0,7	0	0,0	2	1,4
einige Male pro Woche	1	0,7	5	3,4	0	0,0	6	4,1
täglich oder einige Male am Tag	2	1,4	4	2,7	1	0,7	7	4,8
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 29: <i>konative Dimension der Kriminalitätsfurcht</i> registriert wurden. (n = 146)								

**Tabelle XL: Konative Dimension der Kriminalitätsfurcht nach Gewalterfahrung
(Anteile in Spalten)**

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	8	17,8	9	9,3	0	0,0	17	11,6
nie	17	37,8	46	47,4	0	0,0	63	43,2
einmal oder einige Male im Jahr	10	22,2	25	25,8	2	50,0	37	25,3
einmal pro Monat	0	0,0	5	5,2	0	0,0	5	3,4
einige Male im Monat	6	13,3	2	2,1	1	25,0	9	6,2
einmal pro Woche	1	2,2	1	1,0	0	0,0	2	1,4
einige Male pro Woche	1	2,2	5	5,2	0	0,0	6	4,1
täglich oder einige Male am Tag	2	4,4	4	4,1	1	25,0	7	4,8
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	100,0	146	100,0

**Tabelle XLI: Konative Dimension der Kriminalitätsfurcht nach Gewalterfahrung
(Anteile nach Zeilen)**

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	8	47,1	9	52,9	0	0,0	17	100,0
nie	17	27,0	46	73,0	0	0,0	63	100,0
einmal oder einige Male im Jahr	10	27,0	25	67,6	2	5,4	37	100,0
einmal pro Monat	0	0,0	5	100,0	0	0,0	5	100,0
einige Male im Monat	6	66,7	2	22,2	1	11,1	9	100,0
einmal pro Woche	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	100,0
einige Male pro Woche	1	16,7	5	83,3	0	0,0	6	100,0
täglich oder einige Male am Tag	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7	100,0
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0

Tabelle XLII: Angstorte nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bettenbereich / Patientenzimmer im eigenen Stationsbereich	6	3,6	6	3,6	1	0,6	13	7,7
Patienten- und Notaufnahme	8	4,7	7	4,1	0	0,0	15	8,9
Intensivstation(en)	4	2,4	0	0,0	0	0,0	4	2,4
halböffentlicher Bereich	9	5,3	32	18,9	1	0,6	42	24,9
außerhalb des Gebäudes z.B. auf dem Weg zum Parkplatz	14	8,3	52	30,8	2	1,2	68	40,2
kein Unwohlsein; keine Angst; keine Angabe; ohne Antwort	12	7,1	11	6,5	0	0,0	23	13,6
sonstiges	1	0,6	3	1,8	0	0,0	4	2,4
gesamt	54	32,0	111	65,7	4	2,4	169	100,0
Anmerkung: Anteilberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 30: <i>Angstorte</i> registriert wurden. (n = 169)								

Tabelle XLIII: Angstorte nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bettenbereich / Patientenzimmer im eigenen Stationsbereich	6	11,1	6	5,4	1	25,0	13	7,7
Patienten- und Notaufnahme	8	14,8	7	6,3	0	0,0	15	8,9
Intensivstation(en)	4	7,4	0	0,0	0	0,0	4	2,4
halböffentlicher Bereich	9	16,7	32	28,8	1	25,0	42	24,9
außerhalb des Gebäudes z.B. auf dem Weg zum Parkplatz	14	25,9	52	46,8	2	50,0	68	40,2
kein Unwohlsein; keine Angst; keine Angabe; ohne Antwort	12	22,2	11	9,9	0	0,0	23	13,6
sonstiges	1	1,9	3	2,7	0	0,0	4	2,4
gesamt	54	100,0	111	100,0	4	100,0	169	100,0

Tabelle XLIV: Wissen um Ansprechpartner und Betreuung nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
weiß nicht	26	17,8	79	54,1	2	1,4	107	73,3
Ja, gibt es.	3	2,1	9	6,2	1	0,7	13	8,9
Nein, gibt es nicht.	11	7,5	5	3,4	0	0,0	16	11,0
keine Angabe	5	3,4	4	2,7	1	0,7	10	6,8
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 31: <i>Wissen um Ansprechpartner / Betreuung</i> registriert wurden. (n = 146)								

Tabelle XLV: Wissen um Ansprechpartner und Betreuung nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
weiß nicht	26	57,8	79	81,4	2	2,1	107	73,3
Ja, gibt es.	3	6,7	9	9,3	1	1,0	13	8,9
Nein, gibt es nicht.	11	24,4	5	5,2	0	0,0	16	11,0
keine Angabe	5	11,1	4	4,1	1	1,0	10	6,8
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	4,1	146	100,0

Tabelle XLVI: Wissen um Ansprechpartner und Betreuung nach Gewalterfahrung (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
weiß nicht	26	24,3	79	73,8	2	1,9	107	100,0
Ja, gibt es.	3	23,1	9	69,2	1	7,7	13	100,0
Nein, gibt es nicht.	11	68,8	5	31,3	0	0,0	16	100,0
keine Angabe	5	50,0	4	40,0	1	10,0	10	100,0
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0

Tabelle XLVII: Betreuungsbedürfnis nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	7	4,8	2	1,4	1	0,7	10	6,8
weiß nicht	13	8,9	13	8,9	0	0,0	26	17,8
ja	18	12,3	79	54,1	3	2,1	100	68,5
keine Angabe	7	4,8	3	2,1	0	0,0	10	6,8
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0

Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 32: *Betreuungsbedürfnis* registriert wurden. (n = 146)

Tabelle XLVIII: Betreuungsbedürfnis nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	7	15,6	2	2,1	1	1,0	10	6,8
weiß nicht	13	28,9	13	13,4	0	0,0	26	17,8
ja	18	40,0	79	81,4	3	3,1	100	68,5
keine Angabe	7	15,6	3	3,1	0	0,0	10	6,8
gesamt	45	100,0	97	100,0	4	4,1	146	100,0

Tabelle XLIX: Betreuungsbedürfnis nach Gewalterfahrung (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	100,0
weiß nicht	13	50,0	13	50,0	0	0,0	26	100,0
ja	18	18,0	79	79,0	3	3,0	100	100,0
keine Angabe	7	70,0	3	30,0	0	0,0	10	100,0
gesamt	45	30,8	97	66,4	4	2,7	146	100,0

Tabelle L: Betreuungsbedürfnis nach gegenwärtigem Beruf

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	2	1,4	6	4,1	1	0,7	1	0,7	10	6,8
weiß nicht	6	4,1	17	11,6	3	2,1	0	0,0	26	17,8
ja	23	15,8	55	37,7	17	11,6	5	3,4	100	68,5
keine Angabe	3	2,1	5	3,4	1	0,7	1	0,7	10	6,8
gesamt	34	23,3	83	56,8	22	15,1	7	4,8	146	100,0

Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, welche unter Frage 32: *Wissen um Ansprechpartner / Betreuung* registriert wurden. (n = 146)

Tabelle LI: Betreuungsbedürfnis nach gegenwärtigem Beruf (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	2	5,9	6	7,2	1	4,5	1	14,3	10	6,8
weiß nicht	6	17,6	17	20,5	3	13,6	0	0,0	26	17,8
ja	23	67,6	55	66,3	17	77,3	5	71,4	100	68,5
keine Angabe	3	8,8	5	6,0	1	4,5	1	14,3	10	6,8
gesamt	34	100,0	83	100,0	22	100,0	7	100,0	146	100,0

Tabelle LII: Betreuungsbedürfnis nach gegenwärtigem Beruf (Anteile nach Zeilen)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nein	2	20,0	6	60,0	1	10,0	1	10,0	10	100,0
weiß nicht	6	23,1	17	65,4	3	11,5	0	0,0	26	100,0
ja	23	23,0	55	55,0	17	17,0	5	5,0	100	100,0
keine Angabe	3	30,0	5	50,0	1	10,0	1	10,0	10	100,0
gesamt	34	23,3	83	56,8	22	15,1	7	4,8	146	100,0

Tabelle LIII: Gewünschte Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	12	4,1	4	1,4	0	0,0	16	5,4
Traumabewältigung	7	2,4	37	12,5	3	1,0	47	15,9
Gesprächstherapie	4	1,4	31	10,5	2	0,7	37	12,5
Schulungsmaßnahmen für den situationsbezogenen Umgang mit renitenten Personen	17	5,7	43	14,5	3	1,0	63	21,3
Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit	8	2,7	32	10,8	1	0,3	41	13,9
juristische Hinweise - Aufzeigen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Möglichkeiten	13	4,4	48	16,2	0	0,0	61	20,6
Ansprechpartner, um Rahmenbedingungen z.B. örtliche Gegebenheiten zu verändern	8	2,7	22	7,4	0	0,0	30	10,1
sonstiges, und zwar:	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3
gesamt	69	23,3	218	73,6	9	3,0	296	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 33: <i>Gewünschte Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen</i> registriert wurden. (n = 296)								

Tabelle LIV: Gewünschte Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	12	17,4	4	1,8	0	0,0	16	5,4
Traumabewältigung	7	10,1	37	17,0	3	33,3	47	15,9
Gesprächstherapie	4	5,8	31	14,2	2	22,2	37	12,5
Schulungsmaßnahmen für den situationsbezogenen Umgang mit renitenten Personen	17	24,6	43	19,7	3	33,3	63	21,3
Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit	8	11,6	32	14,7	1	11,1	41	13,9
juristische Hinweise - Aufzeigen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Möglichkeiten	13	18,8	48	22,0	0	0,0	61	20,6
Ansprechpartner, um Rahmenbedingungen z.B. örtliche Gegebenheiten zu verändern	8	11,6	22	10,1	0	0,0	30	10,1
sonstiges, und zwar:	0	0,0	1	0,5	0	0,0	1	0,3
gesamt	69	100,0	218	100,0	9	100,0	296	100,0

Tabelle LV: Gewünschte Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen nach gegenwärtigem Beruf

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	5	1,7	9	3,0	1	0,3	1	0,3	16	5,4
Traumabewältigung	10	3,4	29	9,8	5	1,7	3	1,0	47	15,9
Gesprächstherapie	8	2,7	21	7,1	8	2,7	0	0,0	37	12,5
Schulungsmaßnahmen für den situationsbezogenen Umgang mit renitenten Personen	15	5,1	38	12,8	9	3,0	1	0,3	63	21,3
Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit	6	2,0	30	10,1	4	1,4	1	0,3	41	13,9
juristische Hinweise - Aufzeigen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Möglichkeiten	22	7,4	30	10,1	7	2,4	2	0,7	61	20,6
Ansprechpartner, um Rahmenbedingungen z.B. örtliche Gegebenheiten zu verändern	5	1,7	17	5,7	5	1,7	3	1,0	30	10,1
sonstiges, und zwar:	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3
gesamt	71	24,0	175	59,1	39	13,2	11	3,7	296	100
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 33: <i>Gewünschte Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen</i> registriert wurden. (n = 296)										

Tabelle LVI: Gewünschte Betreuungs-, Sorge- und Schulungsmaßnahmen nach gegenwärtigem Beruf (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	5	7,0	9	5,1	1	2,6	1	9,1	16	5,4
Traumabewältigung	10	14,1	29	16,6	5	12,8	3	27,3	47	15,9
Gesprächstherapie	8	11,3	21	12,0	8	20,5	0	0,0	37	12,5
Schulungsmaßnahmen für den situationsbezogenen Umgang mit renitenten Personen	15	21,1	38	21,7	9	23,1	1	9,1	63	21,3
Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit	6	8,5	30	17,1	4	10,3	1	9,1	41	13,9
juristische Hinweise - Aufzeigen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Möglichkeiten	22	31,0	30	17,1	7	17,9	2	18,2	61	20,6
Ansprechpartner, um Rahmenbedingungen z.B. örtliche Gegebenheiten zu verändern	5	7,0	17	9,7	5	12,8	3	27,3	30	10,1
sonstiges, und zwar:	0	0,0	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	0,3
gesamt	71	100,0	175	100,0	39	100,0	11	100,0	296	100,0

Tabelle LVII: Einstellung zur eigenen Inanspruchnahme der Betreuung nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	2,8	3	2,1	0	0,0	7	4,8
trifft vollkommen zu	4	2,8	35	24,1	1	0,7	40	27,6
trifft eher zu	12	8,3	35	24,1	3	2,1	50	34,5
teils, teils	18	12,4	16	11,0	0	0,0	34	23,4
trifft weniger zu	6	4,1	7	4,8	0	0,0	13	9,0
trifft gar nicht zu	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7
gesamt	44	30,3	97	66,9	4	2,8	145	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 35: <i>Eigene Inanspruchnahme der Betreuung</i> registriert wurden. (n = 145)								

Tabelle LVIII: Einstellung zur eigenen Inanspruchnahme der Betreuung nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	9,1	3	3,1	0	0,0	7	4,8
trifft vollkommen zu	4	9,1	35	36,1	1	25,0	40	27,6
trifft eher zu	12	27,3	35	36,1	3	75,0	50	34,5
teils, teils	18	40,9	16	16,5	0	0,0	34	23,4
trifft weniger zu	6	13,6	7	7,2	0	0,0	13	9,0
trifft gar nicht zu	0	0,0	1	1,0	0	0,0	1	0,7
gesamt	44	100,0	97	100,0	4	100,0	145	100,0

Tabelle LIX: Einstellung zur Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch Schulungsmaßnahmen nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	2,8	2	1,4	0	0,0	6	4,1
trifft vollkommen zu	5	3,4	32	22,1	1	0,7	38	26,2
trifft eher zu	14	9,7	31	21,4	2	1,4	47	32,4
teils, teils	13	9,0	26	17,9	1	0,7	40	27,6
trifft weniger zu	7	4,8	6	4,1	0	0,0	13	9,0
trifft gar nicht zu	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
gesamt	44	30,3	97	66,9	4	2,8	145	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 36: <i>Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch Schulungsmaßnahmen</i> registriert wurden. (n = 145)								

Tabelle LX: Einstellung zur Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch Schulungsmaßnahmen nach Gewalterfahrungen (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	9,1	2	2,1	0	0,0	6	4,1
trifft vollkommen zu	5	11,4	32	33,0	1	25,0	38	26,2
trifft eher zu	14	31,8	31	32,0	2	50,0	47	32,4
teils, teils	13	29,5	26	26,8	1	25,0	40	27,6
trifft weniger zu	7	15,9	6	6,2	0	0,0	13	9,0
trifft gar nicht zu	1	2,3	0	0,0	0	0,0	1	0,7
gesamt	44	100,0	97	100,0	4	100,0	145	100,0

Tabelle LXI: Einstellung zur Umsetzung der Betreuungs-, Nachsorge- und Schulungsmaßnahmen nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	2,8	7	4,8	0	0,0	11	7,6
trifft vollkommen zu	2	1,4	8	5,5	1	0,7	11	7,6
trifft eher zu	0	0,0	7	4,8	1	0,7	8	5,5
teils, teils	16	11,0	29	20,0	1	0,7	46	31,7
trifft weniger zu	17	11,7	38	26,2	0	0,0	55	37,9
trifft gar nicht zu	5	3,4	8	5,5	1	0,7	14	9,7
gesamt	44	30,3	97	66,9	4	2,8	145	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 37: <i>Umsetzung der Betreuungs-, Nachsorge- und Schulungsmaßnahmen</i> registriert wurden. (n = 145)								

Tabelle LXII: Einstellung zur Umsetzung der Betreuungs-, Nachsorge- und Schulungsmaßnahmen nach Gewalterfahrung (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	4	9,1	7	7,2	0	0,0	11	7,6
trifft vollkommen zu	2	4,5	8	8,2	1	25,0	11	7,6
trifft eher zu	0	0,0	7	7,2	1	25,0	8	5,5
teils, teils	16	36,4	29	29,9	1	25,0	46	31,7
trifft weniger zu	17	38,6	38	39,2	0	0,0	55	37,9
trifft gar nicht zu	5	11,4	8	8,2	1	25,0	14	9,7
gesamt	44	100,0	97	100,0	4	100,0	145	100,0

Tabelle LXIII: Einstellung zur eigenen Inanspruchnahme der Betreuung nach gegenwärtigem Beruf

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	0	0,0	5	3,4	0	0,0	2	1,4	7	4,8
trifft vollkommen zu	6	4,1	24	16,6	8	5,5	2	1,4	40	27,6
trifft eher zu	14	9,7	29	20,0	5	3,4	2	1,4	50	34,5
teils, teils	8	5,5	19	13,1	6	4,1	1	0,7	34	23,4
trifft weniger zu	6	4,1	5	3,4	2	1,4	0	0,0	13	9,0
trifft gar nicht zu	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	1	0,7
gesamt	34	23,4	82	56,6	22	15,2	7	4,8	145	100,0

Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 35: *Eigene Inanspruchnahme der Betreuung* registriert wurden. (n = 145)

Tabelle LXIV: Einstellung zur eigenen Inanspruchnahme der Betreuung nach gegenwärtigem Beruf (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	0	0,0	5	6,1	0	0,0	2	28,6	7	4,8
trifft vollkommen zu	6	17,6	24	29,3	8	36,4	2	28,6	40	27,6
trifft eher zu	14	41,2	29	35,4	5	22,7	2	28,6	50	34,5
teils, teils	8	23,5	19	23,2	6	27,3	1	14,3	34	23,4
trifft weniger zu	6	17,6	5	6,1	2	9,1	0	0,0	13	9,0
trifft gar nicht zu	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	1	0,7
gesamt	34	100,0	82	100,0	22	100,0	7	100,0	145	100,0

Tabelle LXV: Einstellung zur Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch Schulungsmaßnahmen nach gegenwärtigem Beruf

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	1	0,7	4	2,8	0	0,0	1	0,7	6	4,1
trifft vollkommen zu	9	6,2	22	15,2	6	4,1	1	0,7	38	26,2
trifft eher zu	11	7,6	29	20,0	5	3,4	2	1,4	47	32,4
teils, teils	9	6,2	21	14,5	7	4,8	3	2,1	40	27,6
trifft weniger zu	4	2,8	5	3,4	4	2,8	0	0,0	13	9,0
trifft gar nicht zu	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,7
gesamt	34	23,4	82	56,6	22	15,2	7	4,8	145	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 36: <i>Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch Schulungsmaßnahmen</i> registriert wurden. (n = 145)										

Tabelle LXVI: Einstellung zur Erhöhung des subjektiven Sicherheitsgefühls durch Schulungsmaßnahmen nach gegenwärtigem Beruf (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	1	2,9	4	4,9	0	0,0	1	14,3	6	4,1
trifft vollkommen zu	9	26,5	22	26,8	6	27,3	1	14,3	38	26,2
trifft eher zu	11	32,4	29	35,4	5	22,7	2	28,6	47	32,4
teils, teils	9	26,5	21	25,6	7	31,8	3	42,9	40	27,6
trifft weniger zu	4	11,8	5	6,1	4	18,2	0	0,0	13	9,0
trifft gar nicht zu	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0	1	0,7
gesamt	34	100,0	82	100,0	22	100,0	7	100,0	145	100,0

Tabelle LXVII: Einstellung zur Umsetzung der Betreuungs-, Nachsorge- und Schulungsmaßnahmen nach gegenwärtigem Beruf

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	3	2,1	5	3,4	2	1,4	1	0,7	11	7,6
trifft vollkommen zu	1	0,7	9	6,2	1	0,7	0	0,0	11	7,6
trifft eher zu	2	1,4	5	3,4	1	0,7	0	0,0	8	5,5
teils, teils	8	5,5	29	20,0	6	4,1	3	2,1	46	31,7
trifft weniger zu	15	10,3	28	19,3	10	6,9	2	1,4	55	37,9
trifft gar nicht zu	5	3,4	6	4,1	2	1,4	1	0,7	14	9,7
gesamt	34	23,4	82	56,6	22	15,2	7	4,8	145	100,0

Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 37: *Umsetzung der erkannten Betreuungs-, Nachsorge- und Schulungsmaßnahmen* registriert wurden. (n = 145)

Tabelle LXVIII: Einstellung zur Umsetzung der Betreuungs-, Nachsorge- und Schulungsmaßnahmen nach gegenwärtigem Beruf (Anteile nach Spalten)

Kategorie(n)	ärztliches Personal		Pflegedienst		sonstige Angestellte		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
keine Angabe	3	8,8	5	6,1	2	9,1	1	14,3	11	7,6
trifft vollkommen zu	1	2,9	9	11,0	1	4,5	0	0,0	11	7,6
trifft eher zu	2	5,9	5	6,1	1	4,5	0	0,0	8	5,5
teils, teils	8	23,5	29	35,4	6	27,3	3	42,9	46	31,7
trifft weniger zu	15	44,1	28	34,1	10	45,5	2	28,6	55	37,9
trifft gar nicht zu	5	14,7	6	7,3	2	9,1	1	14,3	14	9,7
gesamt	34	100,0	82	100,0	22	100,0	7	100,0	145	100,0

Tabelle LXIX: Maßnahmen zur Angstreduzierung nach Gewalterfahrung

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
bessere Beleuchtung / weniger dunkle Ecken	7	2,6	26	9,5	1	0,4	34	12,5
Einsatz von geschultem Wachpersonal (Sicherheitsdienst)	20	7,3	39	14,3	0	0,0	59	21,6
härtere Strafen für die Täter	2	0,7	16	5,9	1	0,4	19	7,0
Hilfestellung und Betreuung bei der Verarbeitung des Ereignisses	4	1,5	8	2,9	0	0,0	12	4,4
kurze Wartezeiten bis zum Eintreffen der Polizei	3	1,1	13	4,8	0	0,0	16	5,9
Schulungsmaßnahmen und gezieltes Training zur Vorbereitung und Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit	5	1,8	12	4,4	3	1,1	20	7,3
Videoüberwachung aller öffentlich zugänglichen Bereiche	4	1,5	18	6,6	0	0,0	22	8,1
mehr Personal (auch zur Nachtzeit)	22	8,1	32	11,7	0	0,0	54	19,8
mehr (Eingriffs-)Rechte für die Polizei	3	1,1	9	3,3	1	0,4	13	4,8
Verständnis und Rückhalt seitens des leitenden Personals und/oder der Klinikleitung	12	4,4	9	3,3	1	0,4	22	8,1
sonstiges, und zwar:	2	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,7
gesamt	84	30,8	182	66,7	7	2,6	273	100,0
Anmerkung: Anteilsberechnungen beziehen sich auf alle Antworten, die unter Frage 34: <i>Maßnahmen zur Angstreduzierung</i> registriert wurden. (n = 273)								

**Tabelle LXX: Maßnahmen zur Angstreduzierung nach Gewalterfahrung
(Anteile nach Spalten)**

Kategorie(n)	Gewalterfahrung(en)							
	ja		nein		keine Angabe		gesamt	
	n	%	n	%	n	%	n	%
bessere Beleuchtung / weniger dunkle Ecken	7	8,3	26	14,3	1	14,3	34	12,5
Einsatz von geschultem Wachpersonal (Sicherheitsdienst)	20	23,8	39	21,4	0	0,0	59	21,6
härtere Strafen für die Täter	2	2,4	16	8,8	1	14,3	19	7,0
Hilfestellung und Betreuung bei der Verarbeitung des Ereignisses	4	4,8	8	4,4	0	0,0	12	4,4
kurze Wartezeiten bis zum Eintreffen der Polizei	3	3,6	13	7,1	0	0,0	16	5,9
Schulungsmaßnahmen und gezieltes Training zur Vorbereitung und Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit	5	6,0	12	6,6	3	42,9	20	7,3
Videoüberwachung aller öffentlich zugänglichen Bereiche	4	4,8	18	9,9	0	0,0	22	8,1
mehr Personal (auch zur Nachtzeit)	22	26,2	32	17,6	0	0,0	54	19,8
mehr (Eingriffs-)Rechte für die Polizei	3	3,6	9	4,9	1	14,3	13	4,8
Verständnis und Rückhalt seitens des leitenden Personals und/oder der Klinikleitung	12	14,3	9	4,9	1	14,3	22	8,1
sonstiges, und zwar:	2	2,4	0	0,0	0	0,0	2	0,7
gesamt	84	100,0	182	100,0	7	100,0	273	100,0

Anhang 3: Fragebogen⁴³⁷

Fragebogen: Gewalt gegen medizinisches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern



Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Björn Stapel und ich absolviere berufsbegeleitend das Masterstudium "Kriminologie und Polizeiwissenschaft" an der Ruhr-Universität Bochum (RUB). Hauptberuflich bin ich Polizeibeamter des Landes Sachsen-Anhalt und werde nahezu täglich mit Gewalterfahrungen konfrontiert. Auch deswegen sollen im Fokus meiner Masterarbeit „Gewaltanwendungen gegen medizinisches und pflegerisches Personal in Krankenhäusern“ und damit Ihre persönlichen Erfahrungen stehen.

Die internationale Forschung auf dem Gebiet zeigt deutlich, dass Gewalt in diesem Bereich relativ häufig vorkommt, jedoch im Nachhinein über diese gewalthaltigen Übergriffe nur selten berichtet wird.

Ziel dieser Arbeit ist es daher, etwaige gewalthaltige Übergriffe im AMEOS Klinikum Aschersleben in Qualität und Quantität zu erfassen, um so vorbeugende Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Um diese Ziele zu erreichen, benötige ich Ihre Mithilfe! Was Sie tun müssen?

Einfach ca. 20 Minuten Ihrer Zeit investieren und den beigefügten Fragebogen ausfüllen!

Die Fragebögen werden an alle im medizinischen und pflegerischen Bereich tätigen Mitarbeiter¹ aller Klinik- und Funktionsbereiche sowie der Physiotherapie ausgegeben. Weiterhin wurde durch die Klinikleitung und den Betriebsrat zugesichert, dass, sofern Sie die Möglichkeit haben, Sie den Fragebogen zur Dienstzeit ausfüllen können. Sowohl dem Wohl, als auch der medizinischen Versorgung der Patienten ist natürlich absoluter Vorrang einzuräumen.

Die Klinikleitung, der Betriebsrat und auch Ihre direkten Vorgesetzten haben keinerlei Zugriff auf die ausgefüllten Fragebögen. Die Fragebögen sind weder nummeriert, noch markiert und ich garantiere Ihnen die uneingeschränkte Anonymität und Vertraulichkeit Ihrer Antworten.

Wichtige Hinweise zur Bearbeitung des Fragebogens:

- Bitte versuchen Sie, möglichst alle Fragen zu bearbeiten! Einige Fragen sind sehr persönlich. Daher sei Ihnen an dieser Stelle nochmals der absolut vertrauliche Umgang mit Ihren Antworten zugesichert.

- Bei jeder Frage ist grundsätzlich **nur eine Antwortalternative anzukreuzen!** Bei einzelnen Fragen, die ausdrücklich mit dem Vermerk "**Mehrfachnennung möglich**" gekennzeichnet sind, sind mehrere Antworten zugelassen. Auch besteht die Möglichkeit, bei einigen Fragen eigene Antworten einzutragen. Diese sind mit dem Zusatzvermerk "**Freitexteingabe möglich**" gekennzeichnet. Auch eine Kombination aus Mehrfachnennungen und Freitexten ist bei einigen Fragen zugelassen.

- Bitte beantworten Sie alle Fragen spontan! Es gibt weder richtige, noch falsche Antworten! Es zählt ausschließlich Ihre persönliche Erfahrung und/oder Meinung.

- Falls Sie sich bei einer Frage geirrt bzw. unentschieden haben und/oder Ihrerseits eine Antwort korrigieren wollen, streichen Sie die bisherige Antwort durch und kreuzen die neue Antwort an.

Auch, wenn Sie einzelne Fragen nicht beantwortet haben, hat Ihr Fragebogen eine große Bedeutung für mich. Stecken Sie den Ihrerseits ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten und bereits adressierten Rückumschlag und geben ihn an der Rezeption zu Händen des Betriebsrates ab! Bitte schreiben Sie weder Namen, noch Absender auf den Fragebogen oder den etwaig benutzten Umschlag!

Aufgrund der mir zur Verfügung stehenden Zeit bitte ich Sie, den Fragebogen **bis zum 16.10.2013** zurückzusenden. Alle bis dato eingegangenen Fragebögen werden in die Ergebnisse miteinbezogen. Falls Sie weitere Fragen das Forschungsprojekt oder den Fragebogen betreffend haben, können Sie mich unter der Telefonnummer 0391 / 40 49 19 63 erreichen.

Vielen Dank im Voraus für Ihre Unterstützung und viel Spaß bei der Beantwortung der Fragen wünscht Ihnen
Björn Stapel

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wurde an einigen Stellen des Fragebogens nur die männliche Bezeichnung verwendet. Gemeint sind ausdrücklich Männer und Frauen.

⁴³⁷ Der Fragebogen wurde auf das laut Prüfungsordnung vorgeschriebene Textformat angepasst und wird daher nicht in Originalgröße abgebildet.

Teil A - Spezifika der Gewalterfahrung

Zu Beginn werden Ihnen einige Fragen gestellt, welche sich auf Ihre konkrete Gewalterfahrung beziehen. So wird u.a. nach der Tatzeit, dem Tatort und der Person des Täters gefragt.

1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus Opfer von körperlicher, verbaler, sexueller und / oder psychischer Gewalt geworden?

Solche Handlungen sind z.B. Beleidigungen, Bedrohungen, Körperverletzungen.

Weitere, mögliche Handlungen sind unter **Frage 3** ersichtlich.

ja

keine Angabe

nein

Nachfolgende Fragen dürfen nur beantwortet werden, wenn Sie direktes Opfer einer gewalthaltigen Handlung bzw. eines solchen Übergriffs geworden sind, also **Frage 1** mit **"ja"** beantwortet haben. Diejenigen, welche **Frage 1** mit **"nein"** oder **"keine Angabe"** beantwortet haben, möchte ich bitten, **mit Frage 22 fortzufahren!**

2. Wie oft haben Sie solche Gewalterfahrungen gemacht?

Freitexteingabe!

3. In welcher Form wurde die Gewalt ausgeübt?

Mehrfachnennungen und Freitexteingabe möglich.

- Bedrohung mit Worten z.B. "Ich bring dich um!", "Ich mach dich fertig!"
- Beleidigung / Beschimpfung / Bespucken
- Kratzen / Kneifen
- Bedrohung mit gefährlichen Gegenständen (z.B. Messer, Spritze, Skalpell, Kanüle usw.)
- Beißen
- Treten mit Schuh
- Treten ohne Schuh

- Werfen mit bzw. von Gegenständen
- Nötigung oder Erpressung
- Schlagen
- Anwendung von gefährlichen Gegenständen (z.B. Messer, Spritze, Skalpell, Kanüle usw.)
- unerwünschte / unsittliche Berührung
- sonstiges, und zwar:

4. Welche Konsequenzen hat die gewalthaltige Handlung hervorgerufen?

Mehrfachnennungen und Freitexteingabe möglich.

- keine
- Gegenstände beschädigt, Ersatz nicht notwendig
- Gegenstände beschädigt, Ersatz notwendig
- Gefühl der Bedrohung
- Gefühl der Ehrverletzung
- Schmerzen weniger als 10min

- Schmerzen länger als 10min
- sichtbare Verletzung
- medizinische Versorgung notwendig
- Behandlung durch Arzt notwendig
- sonstiges, und zwar:

5. Waren Sie infolge des Vorfalles arbeitsunfähig oder sind krankgeschrieben worden?

- keine Angabe
 nein

ja

6. In welcher Klinik, welchem Funktionsbereich oder welcher Abteilung des Klinikums wurde Ihnen die zuvor benannte Gewalt angetan?

Mehrfachnennungen und Freitexteingabe möglich.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Patienten- und Notaufnahme | <input type="checkbox"/> Funktionsdiagnostik (EKG usw.) |
| <input type="checkbox"/> Frauenklinik - Gynäkologie und Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Pathologie |
| <input type="checkbox"/> Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie | <input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie und Intensivtherapie | <input type="checkbox"/> Physiotherapie |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Zentrallabor |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> Urologie und Kinderurologie |
| <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar: |
| <input type="checkbox"/> Unfall- und Wiederherstellungschirurgie | <input type="text"/> |

7. In welchem Bereich des Krankenhauses fand(en) die Gewaltanwendung(en) statt?

Freitexteingabe möglich.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Bettenbereich / Patientenzimmer | <input type="radio"/> außerhalb des Gebäudes z.B. auf dem Weg zum Parkplatz etc. |
| <input type="radio"/> Behandlungszimmer | <input type="radio"/> sonstiges, und zwar: |
| <input type="radio"/> Aufenthaltsraum / Dienstzimmer | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> halböffentlicher Bereich (Treppenhaus, Flur, Gang, Cafeteria usw.) | |

8. Was war der Auslöser der gewalthaltigen Handlung?

Freitexteingabe möglich.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein nachvollziehbarer Anlass | <input type="checkbox"/> medizinisch indizierte Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> lange Wartezeit | <input type="checkbox"/> andere Anlässe, und zwar: |
| <input type="checkbox"/> (Hilfe bei) pflegerische(r) Tätigkeit | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Patient wurde etwas verwehrt | |

9. Wann in der Woche war die Gewalterfahrung?

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> von Montag, 07:00 Uhr bis Freitag, 15:30 Uhr | <input type="radio"/> keine Angabe |
| <input type="radio"/> ab Freitag, 15:31 Uhr bis Montag, 06:59 Uhr | |

10. Zu welcher Tageszeit geschah der Übergriff?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> 06:00 Uhr - 13:59 Uhr | <input type="radio"/> 22:00 Uhr - 05:59 Uhr |
| <input type="radio"/> 14:00 Uhr - 21:59 Uhr | <input type="radio"/> keine Angabe |

11. Wer hat Ihnen die oben benannte Gewalt angetan?

Mehrfachnennung und Freitexteingabe möglich.

<input type="radio"/> keine Angabe	<input type="radio"/> Kollege(n)
<input type="radio"/> Patient(en)	<input type="radio"/> sonstige, und zwar:
<input type="radio"/> Angehörige(r)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Besucher	

12. Wie viele Täter haben gehandelt?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> mehr als 2
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> keine Angabe

13. Welches Geschlecht hatte(n) der / die Täter?

<input type="radio"/> männlich	<input type="radio"/> sowohl männliche, als auch weibliche Täter
<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> keine Angabe

14. In welche Altersgruppe würden Sie den (Haupt-)Täter schätzungsweise einordnen?

<input type="radio"/> bis 13 Jahre	<input type="radio"/> 51 bis 60 Jahre
<input type="radio"/> 14 bis 20 Jahre	<input type="radio"/> 61 bis 70 Jahre
<input type="radio"/> 21 bis 30 Jahre	<input type="radio"/> 71 bis 80 Jahre
<input type="radio"/> 31 bis 40 Jahre	<input type="radio"/> ab 81 Jahre
<input type="radio"/> 41 bis 50 Jahre	<input type="radio"/> keine Angabe

15. Stand(en) der/die Täter unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen und/oder anderen berauschenden Mitteln?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> teils, teils	<input type="radio"/> keine Angabe

16. Waren Sie zum Zeitpunkt der Gewaltausübung allein mit dem/den Täter(n)?

<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> keine Angabe
<input type="radio"/> nein	

Wenn **Frage 16** mit "ja" beantwortet wurde, bitte auf **Frage 17 nicht antworten!**

17. Wenn **nein**, wer war noch anwesend?

Mehrfachnennung und Freitexteingabe möglich.

<input type="checkbox"/> keine Angabe	<input type="checkbox"/> weitere(r) Kollege(n)
<input type="checkbox"/> weitere(r) Patient(en)	<input type="checkbox"/> sonstige, und zwar:
<input type="checkbox"/> weitere(r) Angehörige(r)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> weitere(r) Besucher	

18. Waren Sie zur Tatzeit als medizinisches oder pflegerisches Personal erkennbar?

- nein keine Angabe
 ja

19. Wie oft denken Sie an den Tag / Dienst zurück, an dem sich der Vorfall ereignete?

- nie einmal oder einige Male im Jahr einmal im Monat einige Male im Monat einmal pro Woche einige Male pro Woche täglich oder mehrmals am Tag keine Angabe

20. In welchen Situationen denken Sie an diesen Vorfall zurück?

Mehrfachnennung und Freitexteingabe möglich. Bitte **entscheiden** Sie sich für **max. 2 Antwortmöglichkeiten!**

- keine Angabe unmittelbar vor Dienstbeginn und/oder nach Dienstende
 Ich denke nicht mehr daran. Das ist an keine bestimmte Situation gebunden.
 in ähnlichen Situationen im Krankenhaus in einer anderen Situation, und zwar:
 zu / während bestimmter Schichten (z.B. Nachtdienst)
 im Privaten- und Freizeitbereich

21. Wie belastend empfanden Sie die gewalthaltige Handlung bzw. deren Konsequenzen im Nachhinein betrachtet? Gemeint sind hier sowohl körperliche, als auch seelische und emotionale Auswirkungen des Belastungserlebens.

- keine Belastung eher geringe Belastung mittlere Belastung eher stärkere Belastung starke / extreme Belastung keine Angabe

Teil B – Anzeigeverhalten

Anhand der nachfolgenden Fragen soll erfasst werden, ob Sie bezüglich Ihrer Gewalterfahrung eine Strafanzeige bei der Polizei erstattet haben bzw. als womöglich zukünftig Betroffene(r) erstatten würden. Des Weiteren werden Ihre persönlichen Motive erfragt, welche aus Ihrer Sicht FÜR oder GEGEN eine Anzeigenerstattung sprechen.

22. Haben Sie bzw. würden Sie im Falle eines solchen gewalthaltigen Übergriffs die Polizei zur Klärung der Sache hinzuziehen?

- nein / mit Sicherheit nicht eher ja
 eher nein ja / mit Sicherheit

23. Haben Sie bzw. würden Sie wegen eines solchen gewalthaltigen Übergriffs im Krankenhaus eine Anzeige bei der Polizei erstatten?

- nein / mit Sicherheit nicht eher ja
 eher nein ja / mit Sicherheit

24. Aus welchen Gründen haben oder würden Sie eine Anzeige erstatten?

Mehrfachnennung und Freitexteingabe möglich. Bitte **entscheiden** Sie sich für **max. 3 Antwortmöglichkeiten!**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Um dem Täter einen Denkkzettel verpassen. | <input type="checkbox"/> aufgrund existierender dienstrechtliche Anweisungen |
| <input type="checkbox"/> auf Anraten mir nahestehender Personen | <input type="checkbox"/> Ich fühlte mich in meiner Ehre und/oder Würde verletzt. |
| <input type="checkbox"/> auf Weisung von Vorgesetzten oder der Klinikleitung | <input type="checkbox"/> Der Täter soll seine gerechte Strafe erhalten. |
| <input type="checkbox"/> Um den Täter ein Stück weit zu erziehen und so weiteren Taten vorzubeugen. | <input type="checkbox"/> Um auch andere auf die Missstände aufmerksam zu machen. |
| <input type="checkbox"/> Um Schadensersatzansprüche gegenüber dem Täter geltend zu machen. | <input type="checkbox"/> Wunsch nach Einsicht, Wiedergutmachung und/oder Entschuldigung durch den Täter. |
| <input type="checkbox"/> Ich betrachte das als meine staatsbürgerliche Pflicht. | <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar: |
| <input type="checkbox"/> Man muss sich nicht alles gefallen lassen. | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Um versicherungsrechtliche Ansprüche geltend zu machen. | |

25. Warum haben oder würden Sie **KEINE** Anzeige erstatten?

Mehrfachnennung und Freitexteingabe möglich. Bitte **entscheiden** Sie sich für **max. 3 Antwortmöglichkeiten!**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mir bzw. es ist nicht viel passiert und so schlimm war es nicht. | <input type="checkbox"/> Die Polizei macht ja doch nichts bzw. kann erst was machen, wenn es zu spät ist. |
| <input type="checkbox"/> So etwas hat man hinzunehmen und ist nicht der Rede wert. | <input type="checkbox"/> Ich hatte Mitleid mit dem Täter. |
| <input type="checkbox"/> Das muss jeder selbst mit sich ausmachen bzw. ist Sache des Opfers. | <input type="checkbox"/> Das bedeutet für mich nur noch mehr Arbeit. |
| <input type="checkbox"/> Das ist hier nicht erwünscht und eine Anzeige nicht gern gesehen. | <input type="checkbox"/> Das gehört für mich zum Berufsrisiko. |
| <input type="checkbox"/> Durch die Anzeige ändert sich ja doch nichts. | <input type="checkbox"/> Ich war bzw. bin mir über die Folgen im Unklaren und verzichtete deswegen darauf. |
| <input type="checkbox"/> Das leitende Personal sprach sich dagegen aus. | <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar: ... |
| <input type="checkbox"/> aus Angst vor dem Täter | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ich kannte die Möglichkeit gar nicht. | |

Teil C - Subjektives Sicherheitsgefühl

Mit den nachfolgenden Fragen wird versucht, ein Teil Ihres subjektiven Sicherheitsgefühls zu erfassen. Es werden Fragen zu so genannten "Angsträumen" und Ihrem persönlichem Sicherheitsempfinden gestellt.

26. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, in den nächsten 12 Monaten, während Ihrer Dienstausbung im Krankenhaus Opfer einer gewalthaltigen Handlung zu werden?

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--------------|---------------------|---------------------|--------------|
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| sehr unwahrscheinlich | eher unwahrscheinlich | teils, teils | eher wahrscheinlich | sehr wahrscheinlich | keine Angabe |

27. Für wie wahrscheinlich halten Sie es, in den nächsten 12 Monaten, als Privatperson Opfer einer Straftat zu werden?

sehr unwahrscheinlich	eher unwahrscheinlich	teils, teils	eher wahrscheinlich	sehr wahrscheinlich	keine Angabe
-----------------------	-----------------------	--------------	---------------------	---------------------	--------------

28. Wie häufig hatten Sie in den letzten 12 Monaten die Befürchtung Opfer einer gewalthaltigen Handlung im Krankenhaus zu werden?

nie	einmal oder einige Male im Jahr	einmal pro Monat	einige Male im Monat	einmal pro Woche	einige Male pro Woche	täglich oder einige Male am Tag	keine Angabe
-----	---------------------------------	------------------	----------------------	------------------	-----------------------	---------------------------------	--------------

29. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Maßnahmen ergriffen, um sich vor und in gewalthaltigen Handlungen zu schützen? Gemeint sind solche Handlungen, wie z.B. Pfefferspray kaufen oder immer ein Handy dabei haben, welche der Vermeidung oder ihrem Selbstschutz vor und in solchen Situationen dienen.

nie	einmal oder einige Male im Jahr	einmal pro Monat	einige Male im Monat	einmal pro Woche	einige Male pro Woche	täglich oder einige Male am Tag	keine Angabe
-----	---------------------------------	------------------	----------------------	------------------	-----------------------	---------------------------------	--------------

30. In welchem Teil des Krankenhauses fühlen Sie sich besonders unwohl bzw. wo haben Sie Angst?

Freitexteingabe möglich.

<input type="radio"/> Bettenbereich / Patientenzimmer im eigenen Stationsbereich	<input type="radio"/> Funktionsbereiche (u.a. Röntgen, EKG)
<input type="radio"/> Patienten- und Notaufnahme	<input type="radio"/> außerhalb des Gebäudes z.B. auf dem Weg zum Parkplatz etc.
<input type="radio"/> Intensivstation(en)	<input type="radio"/> sonstiges, und zwar: ...
<input type="radio"/> halböffentlicher Bereich (Treppenhaus, Flur, Gang, Cafeteria usw.)	<input type="text"/>

Teil D - Möglichkeiten der Prävention und der Nachsorge

Es folgen einige Fragen, die erfassen, welche Maßnahmen aus Ihrer Sicht helfen würden, gewalthaltigen Übergriffen im Krankenhaus vorzubeugen und die Sie beim Umgang in und nach solchen Situationen unterstützen würden.

31. Wissen Sie, ob es für die Betroffenen solcher gewalthaltigen Vorfälle bzw. Übergriffe einen Ansprechpartner oder eine Betreuung in ihrem Klinikum gibt?

<input type="radio"/> weiß nicht	<input type="radio"/> Nein, gibt es nicht.
<input type="radio"/> Ja, gibt es.	<input type="radio"/> keine Angabe

32. Würden Sie sich in solchen Fällen eine Betreuung durch geschultes (Fach-) Personal wünschen?

<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> weiß nicht	<input type="radio"/> keine Angabe

33. Was müsste eine solche Betreuung umfassen?

Mehrfachnennung und Freitexteingabe möglich.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine Angabe | <input type="checkbox"/> juristische Hinweise - Aufzeigen strafrechtlicher und zivilrechtlicher Möglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Schulungsmaßnahmen für den situationsbezogenen Umgang mit renitenten Personen | <input type="checkbox"/> Ansprechpartner, um Rahmenbedingungen z.B. örtliche Gegebenheiten zu verändern |
| <input type="checkbox"/> Gesprächstherapie | <input type="checkbox"/> Traumabewältigung |
| <input type="checkbox"/> Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit | <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar: |
| | <input type="text"/> |

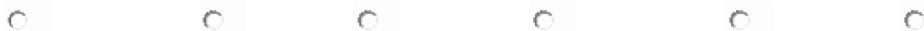
34. Was könnte Ihrer Meinung nach zu einer Reduzierung Ihrer Ängste bzw. Ihres Unwohlseins führen?

Mehrfachnennung möglich. Bitte **entscheiden** Sie sich für **max. 2 Antwortmöglichkeiten**.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bessere Beleuchtung / weniger dunkle Ecken | <input type="checkbox"/> Videoüberwachung aller öffentlich zugänglichen Bereiche |
| <input type="checkbox"/> Einsatz von geschultem Wachpersonal (Sicherheitsdienst) | <input type="checkbox"/> mehr Personal (auch zur Nachtzeit) |
| <input type="checkbox"/> härtere Strafen für die Täter | <input type="checkbox"/> mehr (Eingriffs-) Rechte für die Polizei |
| <input type="checkbox"/> Hilfestellung und Betreuung bei der Verarbeitung des Ereignisses | <input type="checkbox"/> Verständnis und Rückhalt seitens des leitenden Personals und/oder der Klinikleitung |
| <input type="checkbox"/> kurze Wartezeiten bis zum Eintreffen der Polizei | <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar: ... |
| <input type="checkbox"/> Schulungsmaßnahmen und gezieltes Training zur Vorbereitung und Erhöhung der eigenen Wehrfähigkeit | <input type="text"/> |

In den nächsten 3 Fragen bitte ich Sie um Ihre persönliche Einschätzung.

35. Wenn ich Opfer werden würde, würde ich selbst eine solche Betreuung durch geschultes (Fach-)Personal in Anspruch nehmen.



trifft vollkommen zu trifft eher zu teils, teils trifft weniger zu trifft gar nicht zu keine Angabe

36. Ich denke, Schulungsmaßnahmen, um mich auf das Verhalten in und den Umgang mit gewalthaltigen Situationen vorzubereiten, würden helfen, mein subjektives Sicherheitsgefühl am Arbeitsplatz langfristig zu erhöhen.



trifft vollkommen zu trifft eher zu teils, teils trifft weniger zu trifft gar nicht zu keine Angabe

37. Ich glaube, dass die aufgrund des Fragebogens erkannten Schulungs- und Betreuungsmaßnahmen auch tatsächlich in die Tat umgesetzt werden.



trifft vollkommen zu trifft eher zu teils, teils trifft weniger zu trifft gar nicht zu keine Angabe

Teil E - Statistische Angaben

Aufgrund der angestrebten Repräsentativität sowie der möglichen Vergleichbarkeit und Einordnung Ihrer Antworten benötige ich von Ihnen zu guter Letzt noch einige allgemeine Angaben zu Ihrer Person und Ihrem derzeitigen Dienstverhältnis.

38. Geschlecht

- männlich weiblich

39. Alter

- bis 25 Jahre 46 bis 55 Jahre
 26 bis 35 Jahre über 55 Jahre
 36 bis 45 Jahre keine Angaben

40. Wie ist Ihr derzeitiger Familienstand?

- single / ledig verwitwet
 verheiratet / verpartnert geschieden

41. Bitte geben Sie Ihre derzeitige berufliche Stellung bzw. Position im AMOES Klinikum Aschersleben an?

- Arzt (Assistenz- bzw. Facharzt) Pfleger / Schwester in leitender Position
 leitender Arzt (ab Oberarzt) Angestellte(r) z.B. im Funktionsbereich oder Physiotherapie
 Pfleger / Schwester keine Angabe

42. Seit wie vielen Jahren (ohne Ausbildungs- und Studienzeiten) üben Sie Ihren derzeitigen Beruf aus?

- bis 5 Jahre 21 bis 25 Jahre
 6 bis 10 Jahre 26 bis 30 Jahre
 11 bis 15 Jahre über 30 Jahre
 16 bis 20 Jahre keine Angabe

43. Dienstregelung

Auch hier bitte nur **eine** Antwortalternative auswählen.

- ausschließlich Tagdienste (z.B. von 07:00 Uhr bis 15:30 Uhr) sonstiges, und zwar:
 Früh-, Spät- sowie Nachtdienste
 auch 24h Dienste

Zum Schluss noch 3 kurze Fragen zur Zuverlässigkeit des Fragebogens.

Diese befinden sich auf der **Rückseite**. Bitte wenden!

44. Glauben Sie, dass die meisten Befragten die Fragen ehrlich beantwortet haben?

nein

eher ja

eher nein

ja

45. Haben Sie selbst die Fragen ohne Probleme beantworten können?

nein

eher ja

eher nein

ja

46. Wo haben Sie den Fragebogen ausgefüllt?

zu Hause

sonstiges, und zwar: ...

auf der Dienststelle / Arbeit

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Dieses Formular wurde mit GrafStat (Ausgabe 2011 / Ver 4.252) erzeugt.
Ein Programm v. Uwe W. Diener 12/2011.
Informationen zu GrafStat: <http://www.grafstat.de>

Anhang 4: Genehmigung des Forschungsprojektes



AMEOS Klinikum Aschersleben · Eislebener Str. 7a · 06449 Aschersleben

AMEOS Klinikum Aschersleben

Akademisches
Lehrkrankenhaus der
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg

OA Dipl.-Med. Olaf Haberecht · Gesundheitsförderndes Krankenhaus · Koordinator
Durchwahl +49(0)3473 97-4741, Fax +49(0)3473 97-4711, o.haberecht@kkl-as.de

Eislebener Str. 7a
D-06449 Aschersleben
Tel. +49 (0)3473 97-0
Fax +49 (0)3473 97-1007

4. Juli 2013

Bestätigung des Forschungsprojektes

info@aschersleben.ameos.de
www.ameos.eu

Hiermit bestätigen wir die geplante Durchführung des Forschungsprojektes
der Ruhr-Universität Bochum: Gewalt gegen medizinisches und
pflegerisches Personal in Krankenhäusern durch Herrn Björn Stapel
im AMEOS Klinikum Aschersleben.

Krankenhausdirektor
Kai Swoboda
Ärztlicher Direktor
Dr. med. Erik Czihal
Pflegedirektorin
Christel Ramdohr-Hindenburg

OA Dipl.-Med.  Olaf Haberecht
Koordinator Gesundheitsförd. KH

IK-Nr. 261 500 358
Deutsche Apotheker-
und Ärztebank Düsseldorf
BLZ 300 606 01
Kto 1 039 296

AMEOS Klinikum Aschersleben - Staßfurt GmbH - Geschäftsführung: Dr. Marina Martini, Kai Swoboda
Amtsgericht Stendal · HRB 114912

Alfeld	Anklam	Aschersleben	Bad Aussee	Bernburg	Bremen	Grömitz
Halberstadt	Haldensleben	Hamel	Heiligenhafen	Hildesheim	Inntal	Kiel
Lübeck	Meßstetten	Neustadt	Oldenburg	Oschersleben	Osnabrück	Pasewalk
Petershagen	Preetz	Schönebeck	Sierksdorf	Staßfurt	Stetten	Ueckermünde
Vogtsburg	Winterlingen	Zürich				

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Masterarbeit selbständig und ohne unzulässige fremde Hilfe angefertigt sowie keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, welche anderen Schriften wörtlich und sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Prüfungs- oder Studienleistung war.

gez. Björn Stapel

Magdeburg, den 04.03.2014