

Aggression am Arbeitsplatz und Burnout in der Pflege - Die moderierende Rolle der Folgeberatung*

Sylvie Vincent-Höper¹, Maie Stein¹, Albert Nienhaus^{2,3} und Anja Schablon³

¹ Universität Hamburg, Institut für Psychologie, Hamburg,

² Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe, Gesundheitswissenschaften (AGG)

³ Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE), Kompetenzzentrum für Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen

Korrespondenz: Albert.Nienhaus@bgw-online.de

* Dies ist eine gekürzte deutsche Fassung des folgenden englisch sprachigen Beitrags:

Vincent-Höper S, Stein M, Nienhaus A, Schablon A: **Workplace Aggression and Burnout in Nursing-The Moderating Role of Follow-Up Counseling**. Int J Environ Res Public Health 2020 May 1;17(9):3152. doi: 10.3390/ijerph17093152.

Verantwortlich für die Übersetzung: Jakob Peters

Zusammenfassung: Das Ziel dieser Studie ist es, ein besseres Verständnis für den Zusammenhang zwischen Häufigkeit von Aggression von Patienten am Arbeitsplatz und dem Burnout-Niveau von Krankenschwestern zu schaffen. Insbesondere wollen wir die Rolle der Verfügbarkeit von Folgeberatungen in Organisationen nach kritischen Vorfällen bei der Abschwächung der negativen Zusammenhänge zwischen physischer und verbaler Aggression und dem Burnout von Krankenschwestern beleuchten. Insgesamt 582 Pflegekräfte gaben an, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten körperliche und verbale Aggressionen von Patienten erlebt hatten und ob sie die Möglichkeit hatten, in ihrer Organisation eine Nachbetreuung zu erhalten. Zusätzlich bewerteten die Krankenschwestern das Ausmaß, in dem sie jede der drei Dimensionen von Burnout erlebten (d.h. emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und persönliche Bewältigungsfähigkeit). Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl körperliche als auch verbale Aggression mit den Burnout-Dimensionen zusammenhängen. Darüber hinaus fanden wir heraus, dass die Verfügbarkeit nachfolgender Beratung in Organisationen die Beziehungen zwischen körperlicher Aggression und allen drei Burnout-Dimensionen abschwächte. Während wir herausfanden, dass die Verfügbarkeit von nachfolgender Beratung die Beziehung zwischen verbaler Aggression und Depersonalisierung statistisch signifikant moderierte, waren die moderierenden Effekte für emotionale Erschöpfung und persönliche Bewältigungsfähigkeit nicht signifikant. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Verfügbarkeit von nachfolgender Beratung dazu beitragen könnte, die negativen Auswirkungen der Aggression von Patienten auf die psychische Gesundheit des Pflegepersonals zu verringern.

1. Einleitung

Aggression am Arbeitsplatz wird definiert als "jedes Verhalten einer oder mehrerer Personen innerhalb oder außerhalb einer Organisation, das darauf abzielt, einen oder mehrere Arbeitnehmer physisch oder psychisch zu schädigen und in einem arbeitsbezogenen Kontext auftritt." [1] (S. 191). Aggression am Arbeitsplatz kann verschiedene Formen annehmen. Unterschieden wird zwischen physischer und nicht-physischer Aggression. Physische Aggression beschreibt die Anwendung von physischer Gewalt gegen eine Person, die zu physischen und psychischen Schäden führen kann (z. B. Schlagen, Treten, Ohrfeigen,

Schubsen, Beißen, Kneifen). Verbale Aggression umfasst alle Formen verbalen Missbrauchs, wie Beleidigungen, Einschüchterung, Fluchen und abwertende Sprache [2]. Obwohl die Begriffe "Aggression" und "Gewalt" oft austauschbar verwendet werden, ist Gewalt am Arbeitsplatz eine spezifische Form der Aggression am Arbeitsplatz, die sich auf Verhaltensweisen bezieht, die darauf abzielen, körperlichen Schaden zu verursachen.

Körperliche und verbale Aggression von Patienten, ihren Familien und Besuchern ist ein allgegenwärtiges Problem im Gesundheitswesen, das sich zu einem wichtigen Problem der öffentlichen Gesundheit entwickelt hat [3,4]. Die Pflege ist der Beruf mit dem höchsten Risiko, Aggression und Gewalt zu erleben, wobei Pflegekräfte in psychiatrischen Einrichtungen, Notaufnahmen, Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern die höchsten Prävalenzraten aufweisen [5-7]. Meta-analytische Ergebnisse zeigen, dass die Prävalenzrate körperlicher Aggression bei Pflegekräften 36 % beträgt und dass 67 % der Pflegekräfte verbale Angriffe erlebt haben [8]. Eine weitere Metaanalyse ergab, dass 62 % der Krankenschwestern im letzten Jahr einer Form von Aggression am Arbeitsplatz ausgesetzt waren, wobei 43 % nicht-physische Aggression und 24 % physische Aggression erlebten [9]. Eine Studie aus Deutschland ergab, dass die Prävalenz der Aggressionsexposition in den letzten 12 Monaten bei 80 % der Beschäftigten im Gesundheitswesen lag, von denen 94 % verbale Aggression und 70 % körperliche Aggression erlebt hatten [5]. Obwohl die genauen Prozentsätze in den verschiedenen Studien bis zu einem gewissen Grad variieren, zeigen die Prävalenzraten deutlich, dass Aggression am Arbeitsplatz ein ernstes Problem im Gesundheitswesen ist. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass Erfahrungen mit Aggression und Gewalt schwerwiegende negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Pflegepersonals haben [7]. Insbesondere haben mehrere Studien gezeigt, dass die Exposition von Pflegekräften gegenüber Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz ein Hauptrisikofaktor für das Erleben von Burnout ist [4,9-17].

In dieser Studie wollen wir das Verständnis für die Rolle des weiteren organisatorischen Kontextes bei der Moderation des Zusammenhangs zwischen der Erfahrung von Aggression durch Patienten und dem Burnout-Niveau des Pflegepersonals verbessern. Wir vermuten, dass die Verfügbarkeit einer Nachbetreuung eine wichtige organisatorische Strategie ist, um die negativen Auswirkungen der Aggression am Arbeitsplatz auf Burnout zu minimieren. Abbildung 1 zeigt das konzeptionelle Modell. Insbesondere argumentieren wir, dass die Beziehungen zwischen physischer und verbaler Aggression von Patienten und den drei Dimensionen von Burnout (d.h. emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und persönliche Bewältigungsfähigkeit) schwächer sind, wenn das Pflegepersonal die Möglichkeit hat, nach der Exposition gegenüber kritischen Vorfällen in ihrer Organisation eine Nachfolgeberatung zu erhalten. Die Berücksichtigung der Rolle des organisatorischen Kontextes, in dem aggressive Handlungen auftreten, trägt dazu bei, ein vollständigeres Bild der Zusammenhänge zwischen den Erfahrungen des Pflegepersonals mit körperlicher und verbaler Aggression durch Patienten und ihrer psychischen Gesundheit zu erhalten

1.1 Erfahrungen mit Aggressionen am Arbeitsplatz und die psychische Gesundheit von Pflegekräften

Aggression am Arbeitsplatz ist eine Quelle sozio-emotionalen Stresses, der zum Erleben psychischer Belastungen führen kann [18]. Zahlreiche Forschungsergebnisse belegen, dass die Exposition gegenüber Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz die psychische Gesundheit von

Pflegekräften stark beeinträchtigen kann, einschließlich der Entwicklung von Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung, Depression und Burnout [7].

Als Ausdruck der psychischen Belastung als Reaktion auf arbeitsbedingten Stress ist Burnout ein wichtiger Marker für die psychische Gesundheit von Mitarbeitern [19]. Nach der am weitesten verbreiteten Konzeptualisierung von Burnout durch Maslach und Jackson [20], umfasst Burnout die drei Dimensionen emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und persönliche Bewältigungsfähigkeit. Emotionale Erschöpfung ist die energetische Komponente von Burnout und bezieht sich auf das Gefühl der Überforderung und der Erschöpfung der emotionalen und physischen Ressourcen. Depersonalisierung beschreibt die Tendenz, zynische Einstellungen und Gefühle gegenüber den Empfängern der eigenen Fürsorge zu entwickeln und auf sie in einer distanzierten, gefühllosen und sogar entmenschlichten Weise zu reagieren. Persönliche Bewältigungsfähigkeit ist die Selbstbewertungskomponente von Burnout und beschreibt Gefühle von Kompetenz, Leistung und Produktivität bei der Arbeit. Das Erleben von Burnout ist mit reduzierten Gefühlen der persönlichen Leistung verbunden, was sich in der Tendenz äußert, sich selbst negativ zu bewerten und mit den eigenen beruflichen Leistungen unzufrieden zu sein [19,20].

Mehrere Studien haben die Beziehungen zwischen der Exposition gegenüber Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz und den verschiedenen Dimensionen von Burnout untersucht und festgestellt, dass die Erfahrungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen mit Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz ein Hauptrisikofaktor für Burnout sind [4,9-17]. Eine Studie mit 1.163 Krankenschwestern und -pflegern in Polen zeigte, dass die Exposition gegenüber Aggression am Arbeitsplatz durch Patienten (d.h. physische und verbale Angriffe, Drohungen, Nötigung, Einschüchterung und alle Formen von Mobbing) positiv mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung und negativ mit persönlicher Bewältigungsfähigkeit zusammenhing. In einer anderen Querschnittsstudie mit 1.502 Krankenschwestern in chinesischen Krankenhäusern zeigte sich, dass physische und verbale Gewalt am Arbeitsplatz mit einem höheren Grad an emotionaler Erschöpfung verbunden war [9]. Eine Studie mit 39.894 Krankenschwestern aus 10 europäischen Ländern zeigte, dass hohe (d.h. wöchentliche bis tägliche) und mittlere (d.h. monatliche) Häufigkeiten von Gewalt durch Patienten oder Angehörige mit einem höheren Burnout-Niveau assoziiert waren [13]. Daher stellen wir die folgende Hypothese auf:

H1: Körperliche und verbale Aggression stehen in positivem Zusammenhang mit (a) emotionaler Erschöpfung und (b) Depersonalisation und in negativem Zusammenhang mit (c) persönlicher Bewältigungsfähigkeit.

1.2 Management von Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz in der Pflege

Angesichts der Häufigkeit aggressiver Handlungen gegenüber Pflegekräften und ihrer schwerwiegenden negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften ist es von entscheidender Bedeutung zu verstehen, wie Organisationen mit Vorfällen von Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz effektiv umgehen können. Obwohl der Primärprävention immer Priorität eingeräumt werden sollte, werden Organisationen nicht in der Lage sein, alle Vorfälle von Aggression und Gewalt gegen Pflegekräfte zu verhindern. Daher ist es ebenso wichtig, dass Organisationen wissen, wie sie die Stress- und Belastungsreaktionen von Pflegekräften nach einem Übergriff verhindern oder reduzieren können.

Interventionen nach dem Ereignis (z. B. Nachbesprechung, Beratung) gelten weithin als wirksame Strategie zur Minimierung potenziell negativer psychologischer Folgen der Aggressions- und Gewalterfahrung [21-23]. Während Interventionen nach einem Ereignis verschiedene Formen annehmen können, besteht die allgemeine Idee solcher Angebote darin, Mitarbeiter bei der Bewältigung des Stresses, der durch Erfahrungen mit Aggressionen am Arbeitsplatz entsteht, durch die Bereitstellung von sozialer Unterstützung zu unterstützen [24]. Die empirische Evidenz zur Effektivität von Post-Event-Interventionen zur Bewältigung von Aggression und Gewalt im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen ist jedoch begrenzt [21,22]. In einer der wenigen Studien zu Interventionen nach Gewaltereignissen im Gesundheitswesen konnte gezeigt werden, dass informelle Beratungs- und Nachbesprechungsgespräche nach Gewalterfahrungen sowie die Berichterstattung über Gewaltvorfälle das Bewusstsein für Gewalt Risiken und die Vermeidung von Gewaltsituationen und die Fähigkeiten zum Umgang mit Gewalt verbessern [25]. Diese Studie untersuchte jedoch nicht, ob die Intervention hinsichtlich der Verringerung der negativen Folgen für die psychische Gesundheit der Beschäftigten im Gesundheitswesen von Vorteil war. Schat und Kelloway [24] fanden in ihrer Studie mit 225 Mitarbeitern im Gesundheitswesen heraus, dass die Unterstützung nach einem Ereignis durch Kollegen, Vorgesetzte und Management die Beziehungen zwischen verschiedenen Formen von Aggression (d.h. physische Gewalt, stellvertretend erlebte Gewalt und psychische Aggression) und dem emotionalen Wohlbefinden puffert.

Daher argumentieren wir, dass die Verfügbarkeit von nachfolgender Beratung in Organisationen dazu beitragen kann, die negativen Auswirkungen von Aggression am Arbeitsplatz durch Patienten auf die psychische Gesundheit des Pflegepersonals abzuschwächen. Insbesondere vermuten wir vor, dass diese Form der Aggressionsbewältigung, die in die organisatorischen Strukturen und Prozesse integriert ist, die negativen Auswirkungen der Erfahrungen von Krankenschwestern mit körperlicher und verbaler Aggression auf das Burnout-Niveau moderiert werden, so dass die Auswirkungen schwächer sind, wenn Organisationen nach kritischen Vorfällen Nachfolgeberatungen anbieten. Daher stellen wir die folgende Hypothese auf:

H2: Der Zusammenhang zwischen Aggression und Burnout wird durch die Verfügbarkeit von Folgeberatungen moderiert, so dass Folgeberatungen nach dem Erleben von kritischen Ereignissen die Zusammenhänge zwischen (a) körperlicher und (b) verbaler Aggression und allen drei Dimensionen von Burnout (d.h. emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und persönliche Bewältigungsfähigkeit) abschwächen.

2. Materialien und Methoden

2.1 Probe und Vorgehensweise

Diese Studie wurde von der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg genehmigt (Referenznummer: PV5405). Die Teilnehmer wurden darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist. Um die Anonymität zu gewährleisten, fragten wir nicht nach Namen oder anderen persönlichen Informationen. Die Daten wurden mittels einer Paper-and-Pencil-Befragung erhoben. Wir wählten eine 10%ige Zufallsstichprobe von Krankenhäusern, stationärer und ambulanter Altenpflege sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Deutschland aus, die in der gesetzlichen Unfallversicherung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) versichert sind. 4852 Mitarbeiter erhielten einen Fragebogen, der in einem selbstadressierten Umschlag zurückgeschickt werden sollte. Insgesamt schickten

1.984 Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen, die direkten Kontakt zu Patienten, Klienten oder Bewohnern haben, den Fragebogen zurück [5]. Diese große Stichprobe umfasst eine heterogene Belegschaft. In unserer Studie konzentrieren wir uns auf eine Teilstichprobe von Pflegekräften ($n = 582$), um Erkenntnisse zu gewinnen und spezifische Implikationen für diese Zielgruppe abzuleiten.

Die Mehrheit der Krankenschwestern war weiblich (80%). Insgesamt 23% waren jünger als 30 Jahre, 17% waren zwischen 30 und 39 Jahren, 26% waren zwischen 40 und 49 Jahren, 28% waren zwischen 50 und 59 Jahren und 6% waren älter als 60 Jahre. Von den Teilnehmern arbeiteten 11 % 20 Stunden oder weniger pro Woche, und 18 % arbeiteten zwischen 21 und 30 Stunden pro Woche. Mehr als die Hälfte (56%) arbeitete zwischen 31 und 40 Stunden pro Woche, und 15% arbeiteten mehr als 40 Stunden pro Woche. Insgesamt 14% arbeiteten weniger als sechs Jahre als Krankenschwester, 21% arbeiteten zwischen 6 und 15 Jahren und 62% arbeiteten mehr als 15 Jahre. Fast ein Fünftel (17 %) der Krankenschwestern hatte eine Führungsposition inne.

2.2 Maßnahmen

Die Aggression am Arbeitsplatz wurde mit je einem Item für körperliche und verbale Aggression erfasst. Die Items baten die Befragten anzugeben, wie oft sie in den letzten 12 Monaten körperliche und verbale Aggression von Patienten oder Kunden erlebt hatten [5]. Die Antwortskala reichte von 1 ("nie") bis 6 ("täglich").

Die Nachbetreuung wurde mit einem Item erfasst, in dem gefragt wurde, ob die Befragten die Möglichkeit hatten, nach belastenden Ereignissen in ihrer Organisation eine Beratung zu erhalten [5]. Die Antwortskala war dichotom (0 = nein; 1 = ja).

Zur Erfassung von Burnout verwendeten wir das Maslach Burnout Inventory (MBI) [20]. Die emotionale Erschöpfung erfassten wir mit 9 Items (Cronbach's = 0,91, McDonald's = 0,91). Ein Beispiel-Item für emotionale Erschöpfung ist "Ich fühle mich von meiner Arbeit emotional ausgelaugt". Depersonalisierung wurde mit 5 Items erfasst (Cronbach's = 0,71, McDonald's = 0,72). Ein Beispiel-Item für Depersonalisierung lautet: "Ich mache mir Sorgen, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet." Persönliche Bewältigungsfähigkeit wurde mit 7 Items gemessen (Cronbach's = 0,79, McDonald's = 0,79). Ein Beispiel-Item für persönliche Bewältigungsfähigkeit ist "Ich habe in diesem Job viele wertvolle Dinge erreicht." Die Antworten wurden auf einer Likert-Skala von 1 ("nie") bis 6 ("sehr oft") bewertet.

2.3 Statistische Auswertungen

Die Daten wurden mit SPSS Version 26 ausgewertet. Um die Hypothesen zu testen, wurden schrittweise Regressionsanalysen durchgeführt. Die Studienvariablen wurden auf ihren jeweiligen Mittelwert zentriert, um eine sinnvolle Interpretation der Koeffizienten zu ermöglichen. In Modell 1 der schrittweisen Regressionsanalysen regressierten wir die jeweilige Burnout-Dimension auf körperliche/verbale Aggression. In Modell 2 wurde die Nachbetreuung als Prädiktor für Burnout einbezogen. Modell 3 enthielt zusätzlich den Interaktionsterm, den wir durch Multiplikation von körperlicher/verbaler Aggression und nachfolgender Beratung gebildet haben. Die Modelle 2 und 3 wurden verwendet, um die Effektgröße der Interaktionseffekte f^2 zu berechnen und das Verhältnis der Varianz, die durch den Interaktionsterm erklärt wird, im Verhältnis zur unerklärten Varianz in dem Modell, das den Interaktionsterm enthält, zu bestimmen [26].

Wir haben für die Effekte mehrerer demographischer Variablen (d. h. Geschlecht, Alter, Wochenarbeitszeit) kontrolliert, indem wir sie in die Regressionsanalysen aufnahmen. Um festzustellen, ob sich die Ergebnisse bei Einbeziehung der Kontrollvariablen verändern, folgten wir den Empfehlungen zur Verwendung von Kontrollvariablen [27] und berechneten alle Modelle mit und ohne Geschlecht, Alter und Wochenarbeitszeit.

3. Ergebnisse

3.1 Deskriptive Statistik

Tabelle 1 zeigt die deskriptiven Statistiken und Interkorrelationen der Untersuchungsvariablen. Cronbachs Alpha-Werte erscheinen auf der Diagonale und zeigen eine akzeptable interne Konsistenz für alle Variablen an. Zur Unterstützung von Hypothese 1 waren körperliche und verbale Aggression positiv mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung und negativ mit persönlicher Bewältigungsfähigkeit korreliert, was darauf hindeutet, dass Krankenschwestern, die eine höhere Häufigkeit von körperlicher und verbaler Aggression erlebten, über ein höheres Burnout-Niveau berichteten.

Tabelle 1. Deskriptive Statistik und Korrelationen

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5
1 Physische Aggression	2.53	1.51					
2 Verbale Aggression	3.51	1.67	.69 ***				
3 Nachfolgende Beratung ¹	0.28	0.45	.20 ***	.18 ***			
4 Emotionale Erschöpfung	3.26	0.99	.18 ***	.21 ***	-.05 ***		
5 Depersonalisation	2.21	0.82	.24 ***	.24 ***	.05 ***	.50 ***	
6 Persönliche Bewältigungsf.	4.74	0.60	-.14 **	-.17 ***	.001 ***	-.33 ***	-.43 ***

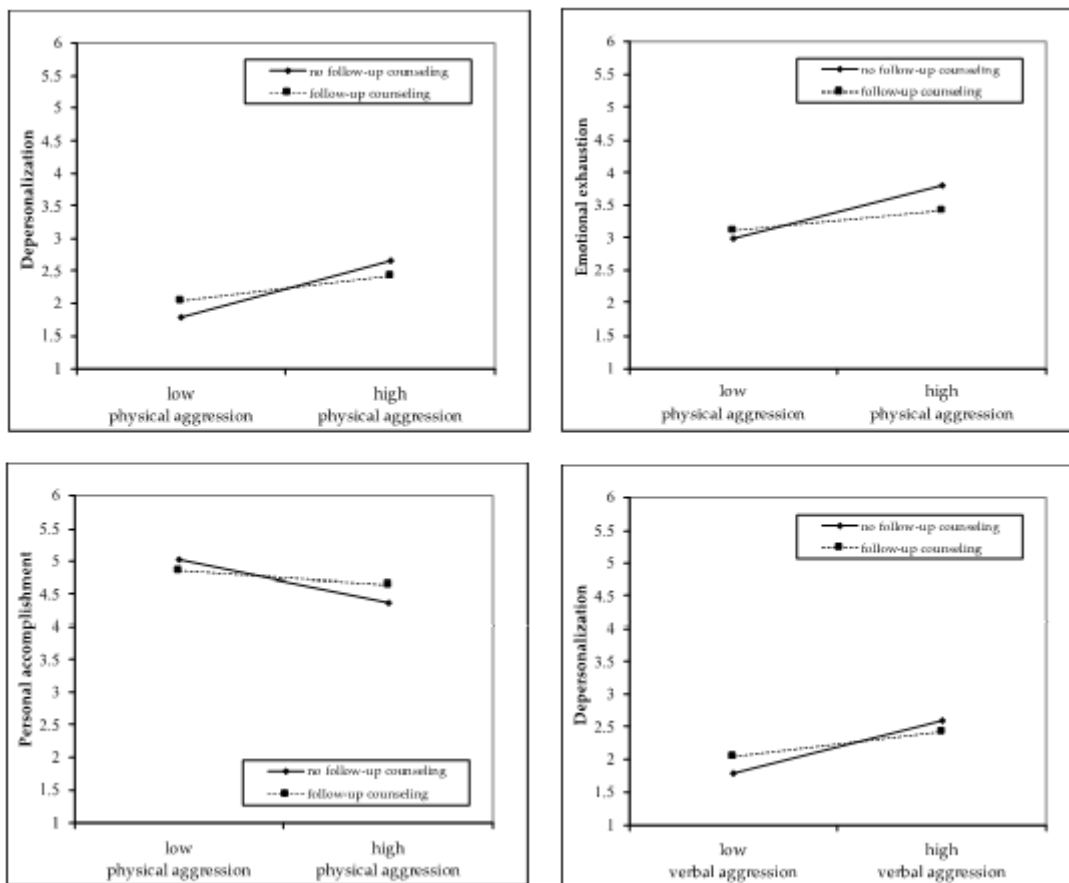
Note: $N = 582$; ¹0 = Keine Beratung, 1 = Beratung möglich; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

3.2 Regressionsanalysen

Die Analysen ergaben, dass die Befundmuster für die Modelle mit und ohne Kontrollvariablen (d.h. Geschlecht, Alter und Wochenarbeitszeit) im Wesentlichen gleich waren. Daher berichten wir nur die Ergebnisse für die Modelle ohne Kontrollvariablen. Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse der Regressionsanalysen. Um Hypothese 1 zu testen, berechneten wir eine Reihe von Modellen, in denen wir die jeweilige Burnout-Dimension auf körperliche/verbale Aggression regressierten (Modelle 1a-c). Die Ergebnisse dieser Modelle zeigten, dass beide Formen der Aggression positiv mit emotionaler Erschöpfung ($\beta = .18$, $p < .001$ für körperliche Aggression und $\beta = .21$, $p < .001$ für verbale Aggression) und Depersonalisation ($\beta = .24$, $p < .001$ für körperliche Aggression und $\beta = .24$, $p < .001$ für verbale Aggression) und negativ mit persönlicher Leistung ($\beta = -.14$, $p = .001$ für körperliche Aggression und $\beta = -.17$, $p < .001$ für verbale Aggression) zusammen, was Hypothese 1 unterstützt.

Darüber hinaus zeigten die Analysen, dass die Folgeberatung die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aggression und den drei Burnout-Dimensionen moderierte (Modelle 3a-c für körperliche Aggression). Die Ergebnisse des Modells 3a für körperliche Aggression zeigten, dass die Verfügbarkeit von Folgeberatung den Zusammenhang zwischen körperlicher

Aggression und emotionaler Erschöpfung puffert, so dass der Zusammenhang schwächer war, wenn Organisationen Folgeberatung anboten (vs. keine Folgeberatung; $\beta = -.13$, $p = .015$, $f^2 = .14$). Darüber hinaus zeigten die Ergebnisse des Modells 3b für körperliche Aggression, dass der Zusammenhang zwischen körperlicher Aggression und Depersonalisierung schwächer war, wenn die Organisationen eine Nachfolgeberatung anboten (vs. keine Nachfolgeberatung; $\beta = -.12$, $p = .023$, $f^2 = .16$). Nachgehende Beratung moderierte die negative Beziehung zwischen körperlicher Aggression und persönlicher Bewältigungsfähigkeit (Modell 3c für körperliche Aggression), so dass die Beziehung schwächer war, wenn Organisationen nachgehende Beratung anboten (vs. keine nachgehende Beratung; $\beta = .11$, $p = .036$, $f^2 = .08$). Modell 3b für verbale Aggression zeigte, dass die Nachfolgeberatung die Beziehungen zwischen verbaler Aggression und Depersonalisierung moderierte, so dass die positive Beziehung schwächer war, wenn Organisationen Nachfolgeberatung anboten (vs. keine Nachfolgeberatung; $\beta = -.10$, $p = .034$, $f^2 = .13$). Allerdings fanden wir keine moderierenden Effekte für emotionale Erschöpfung (Modell 3a für verbale Aggression, $\beta = -.10$, $p = .053$) und persönliche Leistung (Modell 3c für verbale Aggression, $\beta = .09$, $p = .07$). Wir fanden also eine teilweise Unterstützung für Hypothese 2. Abbildung 2 zeigt die Formen der signifikanten Interaktionseffekte.



2: Die moderierenden Effekte der Folgeberatung.

4. Diskussion

Die Prävalenz von Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz ist in der Forschung stark beachtet worden [5,8] und die schwerwiegenden Folgen für die psychische Gesundheit des Pflegepersonals sind gut dokumentiert [7]. Diese Studie untersuchte die Zusammenhänge

zwischen Aggression am Arbeitsplatz und Burnout und zeigte, dass die Häufigkeit, mit der Krankenschwestern physischen und verbalen Aggressionen von Patienten ausgesetzt sind, wesentlich mit ihren Gefühlen von emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierung und persönlicher Erfüllung zusammenhängt. Darüber hinaus fanden wir heraus, dass die Verfügbarkeit von Folgeberatungen nach der Exposition gegenüber kritischen Vorfällen die Beziehungen zwischen körperlicher Aggression und allen drei Dimensionen von Burnout moderierte, so dass die Beziehungen schwächer waren, wenn Organisationen Folgeberatungen anboten. Im Fall von verbaler Gewalt fanden wir einen moderierenden Effekt der Verfügbarkeit von Nachfolgeberatung in Organisationen für Depersonalisation. Allerdings fanden wir keine moderierenden Effekte für emotionale Erschöpfung und persönliche Leistung.

Implikationen

Diese Ergebnisse stimmen mit denen früherer empirischer Studien überein, die zeigen, dass physische und verbale Aggression und Gewalt von Patienten signifikant mit dem Burnout-Niveau bei den Betroffenen zusammenhängen [4,9-16]. Insbesondere fanden wir substantielle Zusammenhänge zwischen verbaler Aggression und allen drei Dimensionen von Burnout, was auf die Schwere der verbalen Aggression in Bezug auf die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit hinweist. Obwohl körperliche Handlungen die auffälligste und extremste Form der Aggression sind, weisen die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass verbale Aggression nicht übersehen werden sollte [6]. Daher sollten sich Organisationen nicht nur auf die Verhinderung physischer Formen von Aggression am Arbeitsplatz konzentrieren, sondern auch die negativen Auswirkungen verbaler Aggression auf die psychische Gesundheit des Pflegepersonals anerkennen und darauf abzielen, diese Form der Aggression von Patienten zu verhindern.

Darüber hinaus trägt diese Studie dazu bei, ein vollständigeres Bild der Zusammenhänge zwischen den Erfahrungen von Pflegekräften mit körperlicher und verbaler Aggression durch Patienten und ihrer psychischen Gesundheit zu erhalten, indem die Rolle des weiteren organisatorischen Kontexts berücksichtigt wird. Insbesondere unterstützen die Ergebnisse die Vorstellung, dass Pflegende die Möglichkeit haben sollten, von ihren Organisationen Unterstützung in Form von nachfolgender Beratung zu erhalten, nachdem sie körperlichen und verbalen Aggressionen von Patienten ausgesetzt waren, um das Risiko der Pflegenden, ein Burnout zu erleben, zu reduzieren [22].

Während die Folgeberatung die negativen Zusammenhänge zwischen körperlicher Aggression und allen drei Burnout-Dimensionen abschwächte, waren die moderierenden Effekte für verbale Aggression weniger konsistent. Die Verfügbarkeit von Nachfolgeberatung moderierte die Beziehung zwischen verbaler Aggression und Depersonalisation, aber wir fanden keine moderierenden Effekte für emotionale Erschöpfung und persönliche Leistung. Dieser Befund könnte darauf zurückzuführen sein, dass Pflegende nach verbaler Aggression durch Patienten weniger wahrscheinlich eine Folgeberatung für notwendig erachten, da sie verbale Aggression tendenziell als eine milde Form der Aggression ansehen [28]. In Anbetracht der Tatsache, dass verbale Aggressionen von Patienten einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Pflegepersonals haben können, ist es wichtig, die Schwere der verbalen Aggression zu erkennen und die Barrieren für die Inanspruchnahme von organisatorischer Unterstützung nach verbaler Aggression von Patienten zu reduzieren.

Generell ist das Wissen darüber, wie Organisationen die negativen Auswirkungen von Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften reduzieren können, sehr begrenzt [21,22]. Diese Studie ergänzt die wenigen Studien zu Interventionsstrategien nach einem Aggressionsereignis im Gesundheitswesen [24,25] und fördert das Verständnis darüber, wie Organisationen die Schäden, die mit Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz in der Pflege verbunden sind, abmildern können. In ihrer Studie im Kontext des Gesundheitswesens fanden Schat und Kelloway [24], dass allgemeine Unterstützungsmuster innerhalb der Organisation (z.B. "Meine Vorgesetzten unterstützen mich, wenn ich eine aggressive oder gewalttätige Situation bei der Arbeit erlebe") den Zusammenhang zwischen Erfahrungen von Aggression am Arbeitsplatz und emotionalem Wohlbefinden abpuffern. Die Ergebnisse unserer Studie ergänzen das Wissen über den Umgang mit Aggression und Gewalt nach einem Ereignis, indem sie zeigen, dass eine Nachbetreuung als eine formale Form der Unterstützung in Organisationen dazu beitragen kann, die potenziellen negativen Auswirkungen der Aggressionserfahrung auf die psychische Gesundheit der Pflegekräfte zu minimieren. Obwohl diese Studie darauf hinweist, dass eine Nachbetreuung eine wirksame sekundäre Intervention sein kann, ist es wichtig zu beachten, dass es das Hauptziel von Organisationen sein sollte, das Auftreten von Aggression und Gewalt von vornherein zu verhindern. Primäre Prävention kann Verhaltenstrainings umfassen, die Kommunikations- und Deeskalationsfähigkeiten vermitteln und dem Pflegepersonal das Gefühl geben, sicher und kompetent mit kritischen Situationen umzugehen [22,29]. Ein weiterer wichtiger Ansatz zur Prävention von Aggressionen am Arbeitsplatz gegenüber Pflegekräften ist die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, die das Risiko aggressiver Handlungen reduzieren (z. B. ausreichend Platz, sichere Ausstiegsmöglichkeiten, adäquate Beleuchtung und angemessene Personalausstattung) [30].

Beschränkungen und zukünftige Richtungen

Trotz ihres Beitrags ist auch diese Studie nicht ohne Einschränkungen, die bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Erstens können wir keine Rückschlüsse auf die Richtung der Effekte ziehen. Das heißt, wir können nicht ausschließen, dass das Burnout-Niveau des Pflegepersonals die Häufigkeit von Aggressionserfahrungen am Arbeitsplatz beeinflusst. Zukünftige Studien sollten diese Frage mit Hilfe von Längsschnittstudien angehen [7].

Darüber hinaus wurden alle Studienvariablen anhand von Selbstberichten erhoben, was zu Bedenken hinsichtlich der gemeinsamen Methodenvarianz führen kann [31]. Obwohl es möglich ist, dass die gemeinsame Methodenvarianz die Korrelationen der Studienvariablen aufgebläht hat, ist es wichtig zu beachten, dass es unwahrscheinlich ist, dass die gemeinsame Methodenvarianz Interaktionseffekte aufbläht [32]. Nichtsdestotrotz sollte zukünftige Forschung darauf abzielen, Common Method Varianz zu vermeiden, indem Daten von verschiedenen Quellen (z.B. Vorgesetzten und Mitarbeitern) und durch die Verwendung verschiedener Methoden (z.B. qualitative Beurteilungen) erhoben werden.

5. Schlussfolgerungen

Aggression am Arbeitsplatz durch Patienten ist ein weit verbreitetes Problem in der Pflege, das schwerwiegende Folgen für die psychische Gesundheit der Pflegekräfte haben kann. Die Verfügbarkeit von nachfolgender Beratung in Organisationen scheint eine wirksame Interventionsstrategie zu sein, um die negativen Auswirkungen von Aggressionserfahrungen durch Patienten auf die psychische Gesundheit von Pflegekräften zu reduzieren. Insbesondere

unterstützt diese Studie die Vorstellung, dass die Unterstützung durch die Organisation in Form von nachfolgender Beratung nach körperlicher und verbaler Aggression durch Patienten das Risiko der Pflegenden, einen Burnout zu erleiden, reduzieren kann. Weitere Forschung ist notwendig, um die Wirksamkeit solcher sekundären Präventionsstrategien zu evaluieren. Verbale und körperliche Aggression haben nicht nur Auswirkungen auf die psychische Gesundheit des Pflegepersonals, sondern auch auf die Ergebnisse der Organisation, wie z. B. die Qualität der Patientenversorgung und die Absicht, das Unternehmen zu verlassen [13,34], sowie auf die Fähigkeit des Berufsstandes, Pflegekräfte für das Gesundheitssystem zu gewinnen und zu halten.

Verbale und körperliche Aggression wurden mit einzelnen Items gemessen, die die Häufigkeit der Erfahrungen des Pflegepersonals mit verbaler oder körperlicher Aggression in den letzten 12 Monaten bewerteten. Somit wurden keine Informationen über die Intensität und Qualität der erlebten Aggressionshandlungen erhoben, obwohl es wahrscheinlich ist, dass diese Faktoren die Stärke des Zusammenhangs zwischen Aggressionserfahrungen von Patienten und Burnout beeinflussen [10,33]. Darüber hinaus konnten wir nicht untersuchen, ob die Charakteristika des Täters (z.B. das Geschlecht des Patienten) oder die spezifische Situation, in der die aggressive Handlung stattfand (z.B. ob das Pflegepersonal allein mit dem Patienten war), den Zusammenhang zwischen Aggressionserfahrungen und Burnout beeinflussen. Schließlich wurden die Ursachen und Motive für die Aggressionshandlungen (z.B. schädliche Absicht, Selbstvorwürfe, Reaktion auf Medikamente, Krankheitssymptome des Patienten) nicht berücksichtigt. Untersuchungen zur Aggression am Arbeitsplatz deuten jedoch darauf hin, dass die Attributionen des Opfers die Beziehungen zwischen Aggression am Arbeitsplatz und Belastung moderieren können [33].

Um die Einschränkungen der Single-Item-Messungen zu überwinden, würde zukünftige Forschung von der Durchführung von Studien mit gemischten Methoden profitieren. Beispielsweise sollten quantitative Erhebungen, die die Häufigkeit der Exposition von Pflegekräften gegenüber Aggression und Gewalt durch Patienten erfassen, mit qualitativen Erhebungen kombiniert werden, die die spezifischen Eigenschaften und Umstände der aggressiven Handlung erforschen (z. B. Critical-Incidence-Technik). Die Anwendung von Studien mit gemischten Methoden kann dazu beitragen, ein vollständigeres Bild der Prozesse und Mechanismen zu erhalten, die den negativen Auswirkungen der Exposition gegenüber Aggressionen von Patienten auf die psychische Gesundheit von Krankenschwestern zugrunde liegen.

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die Verfügbarkeit von nachfolgender Beratung besonders hilfreich ist, um die negativen Auswirkungen von körperlicher Aggression zu mildern. Der erhebliche Zusammenhang zwischen verbaler Aggression und der psychischen Gesundheit des Pflegepersonals in dieser Studie zeigt jedoch, wie wichtig es ist, Interventionen zu entwickeln, die den negativen Auswirkungen verbaler Aggression entgegenwirken. Qualitative Techniken können nützlich sein, um die unterschiedlichen Bedürfnisse nach der Exposition gegenüber körperlicher Aggression und nach der Exposition gegenüber verbaler Aggression zu identifizieren, um geeignete Post-Event-Interventionen anbieten zu können.

Schließlich sind die spezifischen Inhalte von Interventionsstrategien nach dem Ereignis, die dazu beitragen, die negativen Auswirkungen von Aggressionen am Arbeitsplatz auf die psychische Gesundheit des Pflegepersonals abzuschwächen, noch unklar. In dieser Studie untersuchten wir die Verfügbarkeit einer Nachbetreuung, die eine Vielzahl unterschiedlicher

Hilfsangebote umfassen kann (z.B. Feedback, Unterstützung, Nachbesprechung, professionelle Hilfe). Darüber hinaus haben wir die Pflegekräfte nach der generellen Verfügbarkeit von Folgeberatungen in ihrer Organisation gefragt und nicht nach der tatsächlichen Inanspruchnahme von Folgeberatungen nach kritischen Vorfällen. Es ist denkbar, dass die Verfügbarkeit von Unterstützung nach kritischen Ereignissen ein Indikator für die allgemeine Sicherheitskultur in der Organisation ist und dass diese Kultur und nicht die Verfügbarkeit von Folgeberatung für die moderierenden Effekte verantwortlich ist. Daher ist es notwendig, weiter zu explizieren, wie und warum die Nachbetreuung den Zusammenhang zwischen der Exposition gegenüber Aggressionen am Arbeitsplatz und Burnout moderiert. Wir empfehlen daher, dass zukünftige Studien die Inhalte der Nachbetreuung spezifizieren, die tatsächliche Inanspruchnahme der Nachbetreuung messen und die moderierende Rolle der organisationalen Sicherheitskultur berücksichtigen. Um konkrete und evidenzbasierte Empfehlungen zum Umgang mit Aggression und Gewalt von Patienten zu geben, sind Längsschnitt- und Evaluationsstudien notwendig, die die Effektivität verschiedener Post-Event-Interventionen ermitteln [21]. Daher sollten zukünftige Studien qualitativ hochwertige Interventionsstudien (z. B. RCTs) durchführen, um die Wirksamkeit verschiedener Hilfsangebote nach einer Aggression am Arbeitsplatz zu evaluieren.

Literatur

1. Schat, A.C.; Kelloway, E.K. Workplace aggression. In *Handbook of work stress*; Barling, J., Kelloway, E.K., Frone, M.R., Eds.; Sage: Thousand Oaks, CA, 2005; pp. 189–218.
2. Rippon, T.J. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs* **2000**, *31*, 452–460, doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01284.x.
3. Nelson, R. Tackling violence against health-care workers. *The Lancet* **2014**, *383*, 1373–1374, doi:10.1016/S0140-6736(14)60658-9.
4. Liu, W.; Zhao, S.; Shi, L.; Zhang, Z.; Liu, X.; Li, L.; Duan, X.; Li, G.; Lou, F.; Jia, X.; et al. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open* **2018**, *8*, e019525, doi:10.1136/bmjopen-2017-019525.
5. Schablon, A.; Wendeler, D.; Kozak, A.; Nienhaus, A.; Steinke, S. Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany—a survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **2018**, *15*, 1274, doi:10.3390/ijerph15061274.
6. Phillips, J.P. Workplace violence against health care workers in the United States. *New England Journal of Medicine* **2016**, *374*, 1661–1669, doi:10.1056/NEJMra1501998.
7. Lanctôt, N.; Guay, S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior* **2014**, *19*, 492–501, doi:10.1016/j.avb.2014.07.010.
8. Spector, P.E.; Zhou, Z.E.; Che, X.X. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies* **2014**, *51*, 72–84, doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010.
9. Liu, J.; Zheng, J.; Liu, K.; Liu, X.; Wu, Y.; Wang, J.; You, L. Workplace violence against nurses, job satisfaction, burnout, and patient safety in Chinese hospitals. *Nursing Outlook* **2019**, *67*, 558–566, doi:10.1016/j.outlook.2019.04.006.
10. de Looft, P.; Nijman, H.; Didden, R.; Embregts, P. Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: A cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* **2018**, *25*, 506–516, doi:10.1111/jpm.12496.

11. Kind, N.; Eckert, A.; Steinlin, C.; Fegert, J.M.; Schmid, M. Verbal and physical client aggression – A longitudinal analysis of professional caregivers’ psychophysiological stress response and burnout. *Psychoneuroendocrinology* **2018**, *94*, 11–16, doi:10.1016/j.psyneuen.2018.05.001.
12. Yoon, H.S.; Sok, S.R. Experiences of violence, burnout and job satisfaction in Korean nurses in the emergency medical centre setting: Experiences of violence in ER. *International Journal of Nursing Practice* **2016**, *22*, 596–604, doi:10.1111/ijn.12479.
13. Estryng-Behar, M.; van der Heijden, B.; Camerino, D.; Fry, C.; Le Nezet, O.; Conway, P.M.; Hasselhorn, H.-M. Violence risks in nursing - results from the European ‘NEXT’ Study. *Occup Med (Lond)* **2008**, *58*, 107–114, doi:10.1093/occmed/kqm142.
14. Merez, D.; Rymaszewska, J.; Mościcka, A.; Kiejna, A.; Jarosz-Nowak, J. Violence at the workplace - a questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry* **2006**, *21*, 442–450, doi:10.1016/j.eurpsy.2006.01.001.
15. Merez, D.; Drabek, M.; Mościcka, A. Aggression at the workplace — psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* **2009**, *22*, doi:10.2478/v10001-009-0027-2.
16. Needham, I.; Abderhalden, C.; Halfens, R.J.G.; Fischer, J.E.; Dassen, T. Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *J Adv Nurs* **2005**, *49*, 283–296, doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x.
17. De la Fuente-Solana, E.I.; Suleiman-Martos, N.; Pradas-Hernández, L.; Gomez-Urquiza, J.L.; Cañadas-De la Fuente, G.A.; Albendín-García, L. Prevalence, related factors, and levels of burnout syndrome among nurses working in gynecology and obstetrics services: a systematic review and meta-analysis. *IJERPH* **2019**, *16*, 2585, doi:10.3390/ijerph16142585.
18. Rogers, K.-A.; Kelloway, E.K. Violence at work: personal and organizational outcomes. *Journal of occupational health psychology* **1997**, *2*, 63–71.
19. Maslach, C.; Schaufeli, W.B.; Leiter, M.P. Job burnout. *Annual Review of Psychology* **2001**, *52*, 397–422, doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397.
20. Maslach, C.; Jackson, S.E. The measurement of experienced burnout. *J. Organiz. Behav.* **1981**, *2*, 99–113, doi:10.1002/job.4030020205.
21. Richardson, S.K.; Ardagh, M.W.; Morrison, R.; Grainger, P.C. Management of the aggressive emergency department patient: non-pharmacological perspectives and evidence base. *Open Access Emerg Med* **2019**, *11*, 271–290, doi:10.2147/OAEM.S192884.
22. Runyan, C.W.; Zakocs, R.C.; Zwering, C. Administrative and behavioral interventions for workplace violence prevention. *American Journal of Preventive Medicine* **2000**, *18*, 116–127, doi:10.1016/S0749-3797(00)00147-1.
23. Beale, D.; Leather, P.; Cox, T.; Fletcher, B. Managing violence and aggression towards NHS staff working in the community. *NT Research* **1999**, *4*, 87–100, doi:10.1177/136140969900400203.
24. Schat, A.C.H.; Kelloway, E.K. Reducing the adverse consequences of workplace aggression and violence: The buffering effects of organizational support. *Journal of Occupational Health Psychology* **2003**, *8*, 110–122, doi:10.1037/1076-8998.8.2.110.
25. Arnetz, J.E.; Arnetz, B.B. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *J Adv Nurs* **2000**, *31*, 668–680, doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01322.x.
26. Dawson, J.F. Moderation in management research: What, why, when, and how. *Journal of Business and Psychology* **2014**, *29*, 1–19.
27. Becker, T.E.; Atinc, G.; Breugh, J.A.; Carlson, K.D.; Edwards, J.R.; Spector, P.E. Statistical control in correlational studies: 10 essential recommendations for organizational researchers. *Journal of Organizational Behavior* **2016**, *37*, 157–167, doi:10.1002/job.2053.

28. Geoffrion, S.; Lanctôt, N.; Marchand, A.; Boyer, R.; Guay, S. Predictors of trivialization of workplace violence among healthcare workers and law enforcers. *Journal of Threat Assessment and Management* **2015**, *2*, 195–213.
29. Beech, B.; Leather, P. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior* **2006**, *11*, 27–43, doi:10.1016/j.avb.2005.05.004.
30. McPhaul, K.M.; London, M.; Murrett, K.; Flannery, K.; Rosen, J.; Lipscomb, J. Environmental evaluation for workplace violence in healthcare and social services. *Journal of Safety Research* **2008**, *39*, 237–250, doi:10.1016/j.jsr.2008.02.028.
31. Podsakoff, P.M.; MacKenzie, S.B.; Podsakoff, N.P. Sources of method bias in social science research and recommendations on how to control it. *Annual Review of Psychology* **2012**, *63*, 539–569, doi:10.1146/annurev-psych-120710-100452.
32. Siemsen, E.; Roth, A.; Oliveira, P. Common method bias in regression models with linear, quadratic, and interaction effects. *Organizational Research Methods* **2010**, *13*, 456–476, doi:10.1177/1094428109351241.
33. Nixon, A.E.; Spector, P.E. Seeking clarity in a linguistic fog: moderators of the workplace aggression-strain relationship. *Human Performance* **2015**, *28*, 137–164, doi:10.1080/08959285.2015.1006325.
34. Arnetz, J.E.; Arnetz, B.B. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social science & medicine* **2001**, *52*, 417–427.