

KATHOLISCHE HOCHSCHULE NRW
MASTERSTUDIENGANG SUCHTHILFE / SUCHTTHERAPIE (M. Sc.)
SUCHTAKADEMIE BERLIN-BRANDENBURG

Masterthesis

**Deskriptive Analyse zu Häufigkeiten und Auswirkungen von
verbalen und physischen Aggressionen im Arbeitsleben in der
Suchthilfe in Berlin**

vorgelegt von:	Jasmin Hetke
Matrikelnr.:	512405
Erstprüfer:	Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer
Zweitprüfer:	Prof. Dr. Rolf Jox
Datum der Abgabe:	Berlin, den 30.11.2018

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Abbildungsverzeichnis.....	V
Zusammenfassung	7
1 Einleitung.....	8
1.1 Hintergründe und Motivation zur Arbeit	8
1.2 Problemstellung und Forschungsfrage.....	9
2 Zum theoretischen Hintergrund: Aggression, Sucht und Arbeit.....	10
2.1 Aggression: Erklärungsmodelle	11
2.1.1 Gewalt, eine Unterform von Aggression.....	13
2.2 Sozialpsychologische Theorien der Aggressionsentstehung	15
2.2.1 Die Triebtheorie von Sigmund Freud.....	15
2.2.2 Die Frustrations-Aggressions-Theorie nach Dollard.....	16
2.2.3 Aggression erklärt am lerntheoretischen Modell von Albert Bandura.....	17
2.3 Empirischer Überblick zu aggressivem Verhalten und Substanzkonsum	18
2.3.1 Wirkmechanismen von substanzbezogener Aggression.....	19
2.4 Aggressionen im Arbeitsleben	21
2.4.1 Gegenwärtiger Forschungsstand im internationalen Vergleich.....	22
2.4.2 Aggressionen im Arbeitsleben in Deutschland mit Blick auf Gesundheitswesen, Soziale Arbeit und Suchthilfe	23
2.4.2.1 Formen physischer und verbaler Aggressionen im Arbeitsleben durch Dritte	26
2.4.2.2 Gesundheitliche Folgebeschwerden erlebter Aggressionen im Arbeitsleben durch Dritte	27
2.4.2.3 Präventiver und deeskalierender Umgang mit Aggressionen.....	29
2.5 Zusammenfassung und Darstellung der Forschungshypothesen	32

3	Entwicklung der Forschungsmethode: Eine deskriptive Analyse.....	35
3.1	Rechtlicher und konzeptioneller Rahmen der Suchthilfe in Berlin	35
3.2	Stichprobenkonstruktion	38
3.3	Das Messinstrument: Ein Fragebogen zur Gefährdungsbeurteilung	39
3.4	Pretest und Durchführung	45
4	Ergebnisse der deskriptiven Analyse	46
4.1	Stichprobenbeschreibung	47
4.2	Erste Forschungshypothese: Die Häufigkeitsverteilungen der Aggressionsformen.....	48
4.3	Zweite Forschungshypothese: Gesundheitliche Folgebeschwerden durch verbale oder physische Aggressionen.....	54
4.4	Dritte Forschungshypothese: Erhöhtes Sicherheitsgefühl nach geschultem Umgang mit Aggressionen.....	59
4.5	Ergänzende Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt	62
5	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	64
5.1	Limitationen der Studie.....	65
5.2	Zur ersten Forschungshypothese: verbale vs. physische Aggressionen	66
5.3	Zur zweiten Forschungshypothese: gesundheitliche Folgebeschwerden	70
5.4	Dritte Forschungshypothese: Auswirkungen von präventiven Maßnahmen.....	71
5.5	Schlussfolgerungen und Praxisrelevanz.....	73
6	Fazit.....	75
 Literatur- und Quellenverzeichnis		78
Anhang.....		85

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASOG	Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz
AV	Abhängige Variable
BAS	Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen
BAUA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
Bspw.	Beispielsweise
Bzw.	Beziehungsweise
Ca.	Circa
CBCL	Child Behavior Checklist
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
DBSH	Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V.
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EU	Europäische Union
Eurofound	Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen
EWCS	European Working Conditions Surveys
F.	Folgend
Ff.	Folgende
FOBIK	Formen der Bedrohung im Kundenverkehr
H	Hypothese
Hrsg.	Herausgeber
ICD 10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICVS	International Crime Victim Survey
ILO	International Labour Organization
N.d.	Nicht datiert

PCL-R	Psychopathy Checklist - revised
POPAS	Perception of Prevalence of Aggression Scale
ProDeMa	Professionelles Deeskalationsmanagement
SOAS-R	Staff Observation Aggression Scale - Revised
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
USA	United States of America
UV	Unabhängige Variable
UV-Träger	Unfallversicherungsträger
VBG	Verwaltungs-Berufsgenossenschaft
Vs	Versus
WHO	World Health Organization
Z. B.	Zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Erklärungsmodell für die alkoholbezogene Aggression	21
Abbildung 2: Erlebnis mit Aggression	46
Abbildung 3: Angaben zum Geschlecht	47
Abbildung 4: Angaben zum Arbeitsbereich	47
Abbildung 5: Angaben zur Berufsgruppe	48
Abbildung 6: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen an jedem Arbeitstag	49
Abbildung 7: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen mehrmals in der Woche	50
Abbildung 8: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen mehrmals im Monat	51
Abbildung 9: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen mehrmals im Jahr	52
Abbildung 10: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen einmal in den letzten 12 Monaten	53

Abbildung 11: Anzahl der Krankheitstage durch verbale/physische Aggression bezogen auf die Berufserfahrung	54
Abbildung 12: Psychische/physische Behandlung nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung	55
Abbildung 13: Psychische/physische Folgen nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung	56
Abbildung 14: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung	56
Abbildung 15: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung	57
Abbildung 16: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung	57
Abbildung 17: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung	58
Abbildung 18: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung	58
Abbildung 19: Einschätzung zum Umgang mit aggressionsbelastete Situationen von geschulten und nicht geschulten Mitarbeitenden	60
Abbildung 20: Einschätzung zum Bedrohungsgefühl am Arbeitsplatz von geschulten und nicht geschulten Mitarbeitenden	61
Abbildung 21: Maßnahmen der Einrichtungen nach einer verbalen/physischen Aggression durch Dritte	62
Abbildung 22: Anteil der verbalen/physischen Aggressionen an der gesamten Arbeitsbelastung	63
Abbildung 23: Einschätzung des Belastungsgrads verschiedener verbaler Aggressionen	64

Zusammenfassung

Aggression und Gewalt gehören für viele Beschäftigte in der Suchthilfe zu ihrem beruflichen Alltag. Um das Ausmaß von aggressiven Vorfällen in diesem Tätigkeitsfeld zu untersuchen, wurde in Verbindung mit dem aktuellen Forschungsstand ein Forschungsprojekt konzipiert.

Ziel: Die Erstellung einer deskriptiven Analyse zu Häufigkeiten und Auswirkungen von verbalen und physischen Aggressionen im Arbeitsleben in der Suchthilfe in Berlin.

Forschungsmethode: Vor dem theoretischen Hintergrund der Aggressionsentstehung und des Vorkommens dieser wurde ein Fragebogen als Messinstrument konzipiert. Mittels einer Online- bzw. schriftlichen Befragung wurden 221 Mitarbeiter_innen aus Einrichtungen der Sucht- und/oder Wohnungslosenhilfe zum Erleben von verbalen/physischen Aggressionen im Arbeitsleben und den potentiell gesundheitlichen Folgebeschwerden befragt.

Ergebnisse: 96,8% aller Proband_innen waren im angegebenen Zeitraum von 12 Monaten mit verbalen/physischen Aggressionen konfrontiert. Die Häufigkeit von verbalen Aggressionen ist im Vergleich zu den physischen Aggressionen höher. Erlebte Aggressionen können zu gesundheitlichen Folgebeschwerden führen und Schulungen im Umgang mit aggressivem Verhalten sowie eine offene Teamkultur können sich protektiv auswirken.

Schlussfolgerung: Aggressionen und Gewalt sind im Arbeitsleben vertreten und können sich negativ auf die Mitarbeitergesundheit auswirken. Folglich muss der Thematik mit präventiven, deeskalierenden sowie rehabilitierenden Maßnahmen begegnet werden.

1 Einleitung

Dass Aggression ein Urtrieb des Menschen sei, scheint widerlegt. Dennoch begegnet uns Aggressivität im alltäglichen Leben in vielfältiger Form, sei es als problematische Verhaltensweise in menschlichen Beziehungen oder als Faszinosum in Kunst und Medien. Aggressionen und Gewalt generell sind seit jeher Phänomene, die einen nicht zu leugnenden Stellenwert in unserer Gesellschaft haben. Wir Menschen neigen dazu, gelegentlich impulsiv und aggressiv zu reagieren, friedvolles Konfliktmanagement ist herausfordernd und gewalttätigen Auseinandersetzungen liegt häufig ein aggressives Handeln zugrunde. Sind wir unmittelbar von aggressivem Umgang betroffen, werden unsere Wahrnehmung einer Situation und unser Wohlbefinden in dieser erheblich beeinflusst. Was dabei im Privaten bisweilen leidlich hinzunehmen ist, stellt uns in professionellen Kontexten vor strukturelle Herausforderungen – das gilt insbesondere für Bereiche, in deren Mittelpunkt die Arbeit mit Menschen steht, und vornehmlich für die Arbeit mit jenen, die mit zum Teil gravierenden Problemen zu kämpfen haben.

Exemplarisch dafür stehen Suchthilfeeinrichtungen, in denen die Arbeit mit Menschen alltäglich ist, in denen Beziehungen zu diesen aufgebaut und im idealen Sinne dazu genutzt werden, gemeinsam gesteckte Ziele für die Klient_innen zu erreichen. Dabei ist selbsterklärend, dass sich darin viele Gelegenheiten für aggressive Konflikte bergen. Deshalb wird sich diese Arbeit in diesem Rahmen der Frage widmen, inwiefern die Mitarbeitenden in der Suchthilfe Aggressionen seitens ihrer Klientel ausgesetzt sind und in welchem Maße erlebte Aggressionen das Wohl und die Arbeit der Mitarbeitenden beeinflussen.

1.1 Hintergründe und Motivation zur Arbeit

Gewalt und aggressive Handlungen gegen Mitarbeitende kommen in Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens und der Sozialen Arbeit vor, werden mitunter jedoch als Normalität bagatellisiert oder gänzlich verschwiegen. Ein solcher Umgang kann fatale Folgen haben. Im Kontext der Suchthilfe ist der Forschungsstand hierzu dürftig, es ist deshalb das Ziel dieser Arbeit, einen Beitrag zu leisten und die Belastungssituation in diesem Arbeitsfeld zu eruieren. Das Forschungsinteresse gilt daher dezidiert dem Umgang mit Gewalt und Aggressivität im Arbeitskontext, den

ursächlichen Bedingungen für Aggressionen und möglichen gesundheitlichen Konsequenzen für die Konfrontierten; die Eruiierung des betreffenden Umgangs erfolgt mithilfe einer quantitativen Studie über das Belastungsempfinden von Mitarbeitenden in Berliner Suchthilfeeinrichtungen. Diese Arbeit möchte damit die Notwendigkeit für größer angelegte Untersuchungen überprüfen und einen Orientierungspunkt für das Ausmaß von Belastungen der Mitarbeitenden bieten, da der Bereich der Suchthilfe im Vergleich zum Gesundheitswesen und zu behördlichen Einrichtungen bisher wenig Beachtung hinsichtlich empirischer Untersuchungen erhalten hat. Denn auch wenn Belastungen und deren Folgen nicht unmittelbar ersichtlich sind, ist es sowohl für die Mitarbeitenden selbst als auch gesellschaftlich von Interesse, die Situation und die Grenzen psychischen Drucks von in Hilfeinrichtungen wie der Suchthilfe tätigen Menschen zu kennen und zu schützen.

1.2 Problemdarstellung und Forschungsfrage

Die Forschungsfrage lautet: In welchem Ausmaß sind Mitarbeitende in der Suchthilfe in Berlin mit verbalen/physischen Aggressionen konfrontiert und inwiefern resultieren daraus gesundheitliche Folgebeschwerden?

Konkretes Ziel dieser Masterthesis ist also, die Ist-Situation zu untersuchen und die Ergebnisse darzustellen, um anschließend Handlungs- und weitere Vorgehensempfehlungen zu erwägen. Dazu wird wie folgt vorgegangen: Die theoretischen Inhalte zu Aggression in Verbindung zu Arbeit und Sucht werden in Kapitel zwei geschildert und in diese drei Themenkomplexe entsprechend aufgegliedert. Zunächst werden verschiedene Erklärungsmodelle unterschiedlicher Disziplinen von Aggression behandelt, um eine abschließende Definition zu bestimmen. Darauf aufbauend findet ein Diskurs zu Gewalt statt, um diese ebenso zu definieren und ins Themenfeld der Aggression einzubetten. Sozialpsychologische Theorien folgen, um verschiedene Entstehungsursachen von aggressivem Verhalten aufzuzeigen, um im Anschluss die Aus- und Wechselwirkung von Substanzkonsum bei aggressivem Verhalten zu betrachten. Darauf folgt der dritte Themenkomplex der theoretischen Einführung, die Auseinandersetzung mit Aggressionen im Arbeitsleben auf internationaler sowie deutscher Ebene. Im Besonderen betrachtet wird aggressives Verhalten im Kontext des Gesundheitswesens, da dies Parallelen bietet

und in der Forschung bereits stärkere Aufmerksamkeit erfahren hat. Dies alles dient dazu, die Arbeitssituation von Mitarbeitenden in der Suchthilfe einschätzen und deren Voraussetzungen und Anforderungen überblicken zu können. Ab dieser Stelle wird Aggression aufgeteilt in verbale und physische Aggressionsformen, die als solche im Arbeitsalltag verschiedentlich auftreten und mit denen umgegangen werden muss. Dazu werden gesundheitliche Folgen von Aggressionserleben und die Möglichkeiten präventiver und deeskalierender Maßnahmen dargelegt. Das theoretische Kapitel schließt mit den zur Forschungsfrage entwickelten Forschungshypothesen und der Frage, wie die Belastungssituation in Berliner Suchthilfeeinrichtungen aussehen möge. Daran knüpft die Darstellung der Forschungsmethode in Kapitel drei an, das das Forschungsdesign, die Konstruktion der Stichprobe und eine ausführliche Darstellung des Messinstruments sowie dessen Pretest und praktische Durchführung beinhaltet.

Das vierte Kapitel ist der Dokumentation der Forschungsergebnisse gewidmet, welche im fünften Kapitel diskutiert und im Sinne der Forschungshypothesen ausgewertet werden. Nach der daran anschließenden Einbeziehung der Ergebnisse für die praktische Relevanz in der Suchthilfe wird die Masterthesis mit einem Fazit beendet.

2 Zum theoretischen Hintergrund: Aggression, Sucht und Arbeit

Es existiert eine Vielzahl von Darstellungen und Definitionen zu Aggressionen und Gewalt in Politik, Justiz, Öffentlichkeit und im wissenschaftlichen Bereich. Hinzu kommt, dass der Aggressions- und Gewaltbegriff im sprachlichen Gebrauch häufig keine klare Abgrenzung zueinander erfährt. Beides erschwert eine differenzierte Begriffsbestimmung von Aggression und Gewalt, demnach werden im folgenden Diskurs um eine Definition, orientiert an der Thematik der vorliegenden Arbeit, die Perspektiven der Sozialwissenschaft, der Soziologie und die des Gesundheitswesens priorisiert.

Nach der Auseinandersetzung mit verschiedenen Erklärungsmodellen und Theorien zur Aggressionsentstehung folgt das Kapitel mit dem Diskurs um die

Beziehung zwischen Substanzkonsum und Aggression, um anschließend den Blick auf Aggressionen im Arbeitsleben zu richten und damit den Theorie-Teil zu beenden.

2.1 Aggression: Erklärungsmodelle

Das Wort *Aggression* stammt von der lateinischen Form *aggressio* ab, dies bedeutet Angriff (Dudenredaktion, 2017, S. 177). 2005 entwickelten Gendreau und Archer im Rahmen ihrer Forschungstätigkeit „Subtypes of Aggression in Humans and Animals“ ein multidimensionales Klassifikationssystem. Dieses besteht aus drei Bereichen – *Vorläufer*, *Verhalten* und *Konsequenzen* – mit welchen sie das Phänomen Aggression definieren. Als *Vorläufer* wird ein Mechanismus beschrieben, der erstens die neurobiologischen Prozesse, zweitens die Prägung durch die psychosozialen Strukturen des Individuums und drittens die auslösende Situation integriert. Im Bereich *Verhalten* („behavioral manifestations“) bestimmen sie durch die beobachtbaren aggressiven Handlungen verschiedene Unterkategorien, wie verbale oder physische Aggressionen. Der dritte Bereich der *Konsequenzen* beschreibt die Folgen durch die Aggression. Diese Konsequenzen wirken sich einerseits mittels kurz- bzw. langfristiger sozialer Belohnung auf die ausführende Person selbst („impact on self“) und andererseits mittels psychischer/physischer Verletzung des anderen auf die erfahrende Person aus („impact on others“). Prinzipiell teilen Gendreau und Archer in ihrem Klassifikationssystem die Aggression in die „Aggression der Begierde“, das heißt die Bedürfnisbefriedigung in Hinblick auf eine_n Sexualpartner_in, und in die „aversive Aggression“, das heißt die Reaktion auf Bedrohung, ein (Wahl, 2013, S. 6-8).

Neben dem beschriebenen Erklärungsmodell von Gendreau und Archer werden im Folgenden weitere Definitionen vorgestellt. Die Sozialwissenschaften definieren Aggression abhängig von ihrer Form. Sie untersuchen hierbei die Möglichkeit eines dualistischen Systems, indem sie versucht, gegensätzliche Pole zu belegen, wie offen vs. verdeckt, reaktiv vs. proaktiv, defensiv vs. offensiv, impulsiv vs. kontrolliert oder feindselig vs. instrumentell. Angelehnt an dieses System klassifizieren weitere Autoren wie bspw. Steiner (2006) bei der Begriffsbestimmung die genannten Pole unter der weniger differenzierten Zuordnung von heißer bzw. kalter Aggression (Wahl, 2013, S. 8-10).

Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit wird nach dem Fachlexikon der Sozialen Arbeit Aggression „[...] als absichtliches Handeln definiert, das auf die Schädigung eines anderen gerichtet ist“ (Bierhoff, 2007, S. 8). Ferner teilt die Soziale Arbeit die Ausführungen von Aggression in zwei Kategorien ein, in die impulsive Aggression und in die instrumentelle Aggression. Unter impulsiver Aggression wird eine spontane und auf Affekten basierende Handlung verstanden, wohingegen die instrumentelle Aggression auf geplanten und berechnendem Verhalten basiert, um ein gewünschtes Ziel zu erlangen (Bierhoff, 2007, S. 8-9).

Abschließend folgt die Auseinandersetzung zur Definition von Aggression aus psychiatrischer Sicht. „Aggressionen sind nicht zwangsläufig Ausdruck psychiatrischer Erkrankung oder Psychopathologie, jedoch treten sie gehäuft im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen auf“ (Strahler & Melzer, 2014, S. 71). Durch die Diagnostikinstrumente ICD 10 und DSM V wird pathologisches aggressives Verhalten anhand von Diagnosekriterien bestimmt, um eine antisoziale Persönlichkeitsstörung (DSM V) bzw. eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD 10) festzustellen. Mithilfe der PCL-R-Checklist, welche in der psychiatrischen Forschung zum Einsatz kommt, kann eine Psychopathie diagnostiziert werden. Bei Kindern und Jugendlichen wird durch die CBCL (Child Behavior Checklist) unter anderem aggressives Verhalten überprüft (Wahl, 2013, S. 9-10).

Nach der Darstellung verschiedener Definitionen zu Aggression aus interdisziplinärer Perspektive wird abschließend die zusammenfassende Arbeitsdefinition des Sozialwissenschaftler Klaus Wahl genannt, da diese als Grundlage für die vorliegende Arbeit dienen soll:

Aggression nennen wir ein Ensemble von aus der Naturgeschichte stammenden bio-psycho-sozialen Mechanismen, die der Selbstbehauptung oder Durchsetzung gegen andere mit schädigenden Mitteln dienen. Form und Stärke der Aggression werden durch die genetische Ausstattung des Individuums, seine Sozialisation und gesellschaftliche Umstände gestaltet, aktiviert oder gehemmt. *Aggressivität* nennen wir das individuelle Potential für aggressives Verhalten.
(Wahl, 2013, S. 10)

Die Entscheidung für diese Begriffsbestimmung begründet sich in der differenzierten Darstellung verschiedener Einflüsse sowie ihrer Vergleichbarkeit zum Erklärungsmodell von Sucht, welches an späterer Stelle dieser Arbeit erörtert wird.

2.1.1 Gewalt, eine Unterform von Aggression

Etymologisch betrachtet bedeutet das deutsche Wort Gewalt, abstammend aus dem indogermanischen, *val* bzw. in Verbformen *giwaltan*, *waldan*, den Besitz von Herrschaft. Die aktuelle Verwendung des Begriffs Gewalt wird im Unterschied zum deutschen Sprachgebrauch in anderen Sprachen in Bezug auf die Bedeutung aufgeteilt. Diese Unterteilung erfolgt einerseits in Gewalt auf persönlicher Ebene, entsprechend der lateinischen Formen *vis*, *violentia* bzw. in spanischer, französischer bzw. englischer Ausdrucksart *violenza*, *violencia*, *violence*, und andererseits in Gewalt auf institutioneller Ebene, gemäß der lateinischen Begrifflichkeit *potestas* in moderner Verwendung *poder*, *pouvoir*, *power*. Beide sprachlichen Ableitungen gehen davon aus, dass es einen Zusammenhang zwischen Gewalt und Macht gibt (Wahl, 2013, S. 11).

Dies spiegelt auch soziologische Perspektiven, wie die des Soziologen Max Weber, wider, die Gewalt als „Quelle der Macht“ beschreiben. Unter Macht werde die Durchsetzung des eigenen Willens in einer Interaktion auch ohne Zustimmung des Gegenübers verstanden. Daraus folge, dass eine soziale Gruppe oder Gesellschaftsstruktur durch denjenigen verändert werden kann, der Zwang und physische Kraft oder strategisch die Schwächen seiner Gegenüber nutzt (Joas, 2007, S. 32-37).

Die Verbindung zwischen Macht und Gewalt formulierte auch Soziologe Heinrich Popitz in seinen Ausführungen *Phänomene der Macht*, indem er Gewalt mit einer Machtaktion gleichsetzt. Diese Machtaktion führe dazu, dass andere absichtlich körperlich verletzt würden, unabhängig davon, ob das Motiv die Tat an sich ist oder der Betroffene langfristig unterdrückt werden soll. Nach Popitz gehört die Tötung als äußerste Grenze von Gewalt zu den Verletzungsvarianten hinzu. Die Anwendung von Gewalt sieht er nicht als besonderen Einzel- oder Ausnahmefall, sondern als eine reale Handlungsvariante und gesellschaftsprägend (Popitz, 1992, S. 48-53). „Die Macht zu töten und die Ohnmacht des Opfers sind latent oder manifest Bestimmungsgründe der Struktur sozialen Zusammenlebens“ (Popitz, 1992, S. 57).

Im gegenwärtigen Diskurs um den Gewaltbegriff ist dieser inzwischen um weitere Facetten wie etwa jenen der psychischen sowie strukturellen Gewalt erweitert worden. Zur strukturellen Gewalt wird an dieser Stelle die soziologische

Perspektive von Johan Galtung (1976), einem renommierten Friedens- und Konfliktforscher, genannt. Sie bezeichnet eine nicht unbedingt wahrnehmbare, diffuse Dimension von Gewalt. Strukturelle Gewalt sei es beispielsweise, wenn in der heutigen Zeit aufgrund von Kriegen die Lebenserwartung bei 30 Jahren läge oder wenn ein Mensch medizinisch nicht versorgt würde, obwohl eine entsprechende Behandlung möglich wäre. Diskriminierungen jeglicher Art, aber auch das Ungleichgewicht von Ressourcen, Bildungschancen und Umweltbedingungen sowie die vermeidbare Beeinträchtigung von Bedürfnisbefriedigungen gehören laut Galtung ebenso zur strukturellen Gewalt. Opfer struktureller Gewalt erleben diese nicht unbedingt bewusst, dennoch ist es nach Galtungs Definition Gewalt (Galtung, 1975, S. 9-10).

Aus Perspektive der Sozialwissenschaften könne laut Michael Klein, einem Professor für klinische Psychologie und Suchtforschung, Gewalt in zwei verschiedene Formen, in die der personalen (heißen) Gewalt und die der strukturellen (kalten) Gewalt, eingeteilt werden. Personale Gewalt (heiße Gewalt) erfolge, wenn eine Person eine andere Person, ein Lebewesen oder ein Objekt mit Absicht körperlich bzw. psychisch schädigt. Strukturelle Gewalt (kalte Gewalt) wiederum sei in Gesellschaften verankert und deren Opfer seien Menschen, denen strukturell Möglichkeiten wie Bildung und Kultur versagt sind (Klein, 2000a, S. 591).

So, wie im vorherigen Unterkapitel eine Entscheidung für eine Definition von Aggression als Grundlage für die vorliegende Arbeit fiel, endet auch diese Ausführung damit. Im Folgenden wird die Definition zu Gewalt aus den Arbeiten von Klein aufgrund ihrer thematischen Nähe zu dieser Arbeit verwendet:

Gewalt kann als eine Teilmenge, als eine spezifische Form der Aggression konzeptionalisiert werden, wobei die grundsätzlich denkbaren positiven Funktionen von Aggressionen (z. B. angemessene Selbstbehauptung, Revierverteidigung, Notwehr) ausgeschaltet sind. Gewalt wird dabei als eine schwerere Form der Aggression angesehen, welche die Schädigung und schlimmstenfalls die Zerstörung eines Objekts oder einer Person zum Ziel hat.

(Klein, 2000a, S. 591)

2.2 Sozialpsychologische Theorien der Aggressionsentstehung

Dem Phänomen, wie Aggressionen entstehen und warum Menschen gegenüber anderen Aggressivität zeigen, widmet sich dieses Kapitel unter Einbezug relevanter sozialpsychologischer Theorien.

Im Bereich der Sozialpsychologie entwickelten viele verschiedene Vertreter_innen Theorien zur Aggression. Die unterschiedlichen Theorien sind in zwei Punkten vergleichbar. Zum einen fokussieren sie sich auf das Individuum und thematisieren weniger Aggressionen innerhalb sozialer Organisationen oder zwischen verschiedenen dieser. Zum anderen beziehen sich die Theorien unter Einbezug von Gewalt auf exemplarische Beispiele und konzipieren keine eigene Gewalttheorie (Tedeschi, 2002, S. 573).

Die folgenden Unterkapitel stellen drei der bekannteren Aggressionstheorien, die Triebtheorie, die Frustrations-Aggressions-Theorie und das lerntheoretische Modell, vor.

Weitere Theorien wie das Erklärungsmodell von Udo Rauchfleisch, welcher Verbindungen zwischen frühkindlichen Traumatisierungen und Jugendkriminalität vermutet, sowie die Ausführungen zur emotionalen Aggression von Leonard Berkowitz oder die der instrumentellen Aggression von Arnold Buss sowie die These von Wilhelm Heitmeyer, dass Aggression aus Desintegration resultiert (Tedeschi, 2002, S. 573-597), können nicht weiter ausgeführt werden, da sie an dieser Stelle aufgrund der Themensetzung nicht ausreichend behandelt werden können.

2.2.1 Die Triebtheorie von Sigmund Freud

Die Anfänge der Erforschung von Aggressionsentstehung liegen unter anderem bei Tiefenpsychologe Sigmund Freud im Rahmen seiner Triebtheorien. Die Triblehre Freuds geht von angeborenen Trieben aus, wie etwa den Ich-Trieben zur Selbsterhaltung und dem Sexualtrieb zur Arterhaltung. Die Aggression ordnete er vorerst den genannten Trieben zu. Durch historische Entwicklungen – Freud führte klinische Beobachtungen an Personen durch, die durch den 1. Weltkrieg traumatisiert waren – maß er der Aggression einen höheren Stellenwert bei, indem er ihr einen eigenen Trieb zugestand, den Todestrieb. Ihm gegenüber stehe wiederum Eros, der Lebenstrieb (Thomä, 1990, S. 29-30). Freud wurde inspiriert durch Thanatos, den

Totengott der griechischen Mythologie, der Menschen zur Aggression trieb. Freud beschreibt, dass die Aggression dabei gegen sich selbst oder gegen andere gerichtet sei mit dem Bestreben, Lebendiges zu vernichten oder etwas zu zerstören (Gerrig & Zimbardo, 2008, S. 516). Freuds Hypothese der Existenz eines Todestriebs bleibt innerhalb der Aggressionsforschung umstritten. Vor allem wird Kritik an der Pauschalisierung von aggressivem Verhalten geübt, da der Trieb einerseits für Rangeleien zwischen Kindern sowie andererseits für Völkermorde verantwortlich sein soll (Selg, Mees & Berg, 1997, S. 20-21).

2.2.2 Die Frustrations-Aggressions-Theorie nach Dollard

Neben der Theorie zum Todestrieb hatte Freud ebenfalls eine Verbindung zwischen Frustration und Aggression vermutet, die zweite große Aggressionstheorie, die Frustrations-Aggressions-Theorie, entwickelten jedoch 1939 Dollard, Doob, Miller, Mowrer und Sears.

Ihre Theorie baut auf folgenden beiden Annahmen auf: „[...] Aggression ist immer eine Folge von Frustration [...]“ und „[...] Frustration führt immer zu einer Form von Aggression [...]“ (Selg, Mees & Berg, 1997, S. 23). Ferner gingen Dollard et al. davon aus, dass aggressives Verhalten zu einer Reduktion des Aggressionstriebes führt. Dieses Phänomen wurde von ihnen als Katharsis betitelt. Als aber die Frustrations-Aggressions-Theorie von Dollard et al. durch Laborexperimente überprüft wurde, konnte die Wirkung, auf Frustration stets mit aggressivem Verhalten zu reagieren, nicht bestätigt werden. Herausgestellt wurde, dass verschiedene Frustrationsmomente nicht mit aggressivem Verhalten beantwortet wurden, zudem konnten wiederum andere nicht-aggressive Verhaltensweisen auf Frustration zurückgeführt werden, wie bspw. zurückgezogenes, abhängiges Verhalten. Weiterhin kann in Bereichen von Spiel und Sport Frustration zu Antrieb und Ehrgeiz führen (Tedeschi, 2002, S. 574-575).

2.2.3 Aggression erklärt am lerntheoretischen Modell von Albert Bandura

„Die Fähigkeit des Menschen, durch Beobachtung zu lernen, setzt ihn in die Lage, komplexe Verhaltensmuster zu erwerben, indem er die Ausführung dieser Verhaltensweisen durch Modellpersonen beobachtet“ (Bandura, 1979, S. 60).

Diese Theorie, bekannt als „Lernen am Modell“, wurde von dem Psychologen Albert Bandura entwickelt; und diese wandte er ebenfalls für die Erklärung von aggressivem Verhalten an. Laut Bandura besteht das lerntheoretische Modell aus zwei Aneignungs- und zwei Ausführungsphasen, die jeweils aufeinander aufbauen und an dieser Stelle in Kürze dargestellt werden:

1. *Aufmerksamkeitsprozesse*: Die beobachtende Person richtet seine Aufmerksamkeit auf ein interessantes Modell und dessen Verhalten.
2. *Gedächtnisprozesse*: Das beobachtete Verhalten wird im Gedächtnis gespeichert und kann bspw. auch durch wiederholtes gedankliches Ausführen gefestigt werden.
3. *Motorische Reproduktionsprozesse*: Das beobachtete Verhalten wird von der beobachtenden Person nachgeahmt, entsprechend der Fertigkeiten und der Form, wie die Person es sich einprägt hat.
4. *Bekräftigungs- und Motivationsprozesse*: Durch eine erfolgreiche Ausführung des Verhaltens wird die ausführende Person bestärkt und wiederholt das erlernte Verhalten, sofern die gewünschten Konsequenzen erzielt wurden (Bandura, 1979, S. 86-89).

„Viele Verhaltensweisen werden durch Lernprozesse erworben und verfestigt, sei es durch direkte Erfahrung oder durch das Beobachten attraktiver Modellpersonen“ (Möller & Krahe, 2013, S. 25). Als Beispiel sei hier der Konsum von Medien genannt. Kinder und Jugendliche mit verstärktem Medienkonsum von *gewalthaltigen Medien* beobachten viele aggressive Rollenmodelle, die für sie als Vorbild fungieren können. Aggressive Handlungen und Gewalt werden als erfolgreiche Methode erlernt, um Interessen durchzusetzen (Möller & Krahe, 2013, S. 25). „Studien zeigen, dass der regelmäßige Konsum von Mediengewalt die normative Bewertung von Aggression als angemessen und akzeptabel fördert, womit die Auftretenswahrscheinlichkeit aggressiven Verhaltens erhöht wird“ (Möller & Krahe, 2013, S. 25).

2.3 Empirischer Überblick zu aggressivem Verhalten und Substanzkonsum

Die verschiedenen Theorien zur Aggressionsentstehung verdeutlichen die Vielfalt der potentiellen Hintergründe für aggressives Verhalten. Darauf aufbauend wird in den folgenden zwei Abschnitten dieser Arbeit Aggressivität in Verbindung mit dem Konsum von Suchtmitteln eruiert.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) geht von einem starken Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum, insbesondere Alkoholkonsum, und aggressiven Verhaltensweisen aus (Beck & Heinz, 2013, S. 711). Andere Substanzen wie Kokain, Amphetamine, Sedativa und Phencyclidin werden zwar ebenfalls mit aggressivem Verhalten in Verbindung gebracht, jedoch ist die Verfügbarkeit von Alkohol in vielen Ländern inzwischen sehr verbreitet und wird daher in der Auseinandersetzung mit dem Zusammenwirken von Aggressionen und Suchtmitteln vorrangig thematisiert, auch anlässlich der Überzahl an Vorfällen (Klein, 2000a, S. 590). Laut verschiedener Ergebnisse der Drug Alcohol Reviews sowie der Clinical Psychology Reviews war vermutlich bei circa 50% der weltweiten Gewaltverbrechen und sexuellen Übergriffe eine akute Alkoholintoxikation mitentscheidend für die jeweilige Tat. In den USA wird anlässlich der Angaben Betroffener von Gewalttaten von jährlich ungefähr drei Millionen gewalttätigen Übergriffen ausgegangen, bei denen die Täter_innen alkoholisiert waren (Beck & Heinz, 2013, S. 711).

Die Aufklärungsrate der polizeilichen Kriminalstatistik gibt für Deutschland für das Jahr 2017 an, dass 26,6% aller aufgeklärten Gewaltdelikte unter Alkoholeinfluss der Täter_innen verübt wurden. Hierzu zählten für das Jahr 2017 mit 32.866 Fällen vor allem schwere und gefährliche Körperverletzungen sowie Verstümmelungen weiblicher Genitalien (Bundeskriminalamt, 2017, S. 42).

Darüber hinaus wird von einer hohen Dunkelziffer bei familiärer Gewalt ausgegangen, die unter Alkoholeinfluss meist gegen Frauen und Kinder gerichtet ist. Die Gefährdung des Kindeswohls durch Vernachlässigung, physische Gewalt oder sexuellem Missbrauch erfolgt häufig ebenso durch alkoholisierte Täter_innen (Klein, 2000a, S. 590-591).

Verschiedene Studien, die im deutschen Ärzteblatt 2013 zusammengefasst wurden, betrachten über den akuten Alkoholkonsum und die Alkoholintoxikation hinaus die alkoholbezogenen Aggressionen bei Menschen, die chronisch Alkohol

konsumieren oder mit Alkoholabhängigkeit diagnostiziert wurden. Nach diesen Einschätzungen kommt bei einem erheblichen Anteil dieser Personengruppe aggressives Verhalten vor. Die Angaben variieren zwischen 16% und 50% (Beck & Heinz, 2013, S. 711).

2.3.1 Wirkmechanismen von substanzbezogener Aggression

Ausgehend von experimentellen Forschungsmethoden kann ein kausaler Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Aggressivität vermutet werden. Durch den Konsum von Alkohol werden die Steuerung der Selbstkontrolle sowie die Kapazitäten der Informations- und Wahrnehmungsverarbeitung beeinträchtigt. Dies unterstützt wiederum emotional-impulsive Handlungen, so bspw. auf subjektive Trigger im äußeren Umfeld. Ferner kann Alkoholeinfluss zu Fehlinterpretationen von Verhaltensweisen führen, als gravierendes Beispiel hierfür sei ein fälschlicherweise angenommenes Einverständnis zum Geschlechtsverkehr genannt. Generell kommt es bei Männern in alkoholisiertem Zustand zudem häufiger zu gewalttätigen Auseinandersetzungen. Eine weitere Komponente der alkoholbezogenen Aggression ist die erwartete Wirkung an die Enthemmung. Alkoholkonsum verspreche eine Pause von üblichen gesellschaftlichen Standards und dient damit als Erklärung für potentielle physische und/oder verbale Übergriffe (Lindenmeyer, 2012, S. 86-87).

Darüber hinaus existieren verschiedene Theorien, um den Zusammenhang zwischen Alkohol und Aggressionen zu erklären. Eine der bekannteren Theorien ist die Disinhibitionstheorie von Kathryn Graham. Diese geht davon aus, dass die Areale im Gehirn, die Hemmung und Kontrolle steuern, durch Alkohol beeinflusst werden und somit Aggressivität durch mangelnde Selbstkontrolle gefördert werde (Beck & Heinz, 2013, S. 712). Diese Hypothese ist jedoch nicht zu verallgemeinern, sondern beschreibt nur eine der möglichen Folgen von Alkoholkonsum. So ist Rückzug bspw. eine andere zu beobachtende Reaktion auf alkoholbedingten Kontrollverlust. Neuere Theorien verdeutlichen die Notwendigkeit der multiplen Ursachenforschung für aggressives Verhalten unter Einbezug unter anderem des Geschlechts, der Erwartungshaltung an den Konsum, neuropsychologischer

Wirkungen, der Dosis sowie Substanzart, Komorbidität, von Persönlichkeitsfaktoren und situativen Bedingungen (Klein, 2000a, S. 590-592).

Die Funktionen sowie die Konsequenzen des Suchtmittelkonsums sind äußerst individuell und nur eine Minderheit der Konsumsituationen führt zu aggressivem Verhalten. Somit kann Substanzkonsum lediglich als Risikofaktor für Aggressivität angesehen werden. Um das Zusammenwirken von Aggression und Konsum von Suchtmitteln einerseits und die Vielfalt der Entstehungsursachen beider Phänomene andererseits zu veranschaulichen, findet im Bereich der Suchthilfe häufig das *ätiologische Dreieck* Verwendung (Klein, 2000a, S. 592).

Dieses Dreieck, auch als Suchtdreieck bekannt, besteht aus den drei Komponenten Droge, Person und Umwelt. Zu den Merkmalen der genannten Komponente Droge gehören unter anderem Verfügbarkeit, Dosis, Konsumdauer und Suchtmittel. Zur Komponente Person zählen mitunter Alter, Geschlecht, Biografie, Vulnerabilitätsfaktoren, Stressbewältigungskompetenz, Erwartungswirkung sowie intrapsychische und neurobiologische Prozesse (Tretter, 2008, S. 12-13). Die Personenvariable beinhaltet außerdem psychische Erkrankungen. Männer mit diagnostizierter Alkoholabhängigkeit sind häufiger zusätzlich an einer antisozialen und/oder an einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung des impulsiven Typus erkrankt. Bei beiden Störungsbildern ist eine Ausprägung des impulsiven Verhaltens immanent (Lindenmeyer, 2012, S. 87). Die dritte Ecke des Dreiecks beschreibt Umweltmerkmale, hierzu werden zum Beispiel Mangel an sozialen Ressourcen, Partnerschafts- und Familienprobleme, kritische Lebensereignisse und die gesellschaftliche Konsumkultur zugeordnet. Das Ausmaß der Belastung hinsichtlich der einzelnen Komponenten des Dreiecks sowie deren Interaktion geben Erklärungen für mögliche Verhaltensweisen wie Suchtmittelkonsum und Aggression (Tretter, 2008, S. 12-13).

Die bisherigen Ausführungen zum Zusammenwirken von Aggression und Alkoholkonsum verdeutlichen die Vielfalt der Einflüsse und deren Wechselwirkung. Im Gruppentherapieangebot für alkoholabhängige Männer mit erhöhter Aggressions- und Gewaltbereitschaft, welches von Johannes Lindenmeyer konzipiert wurde, wird ein Erklärungsmodell für die alkoholbezogene Aggression, angelehnt an Klein et al. 2010, verwendet:

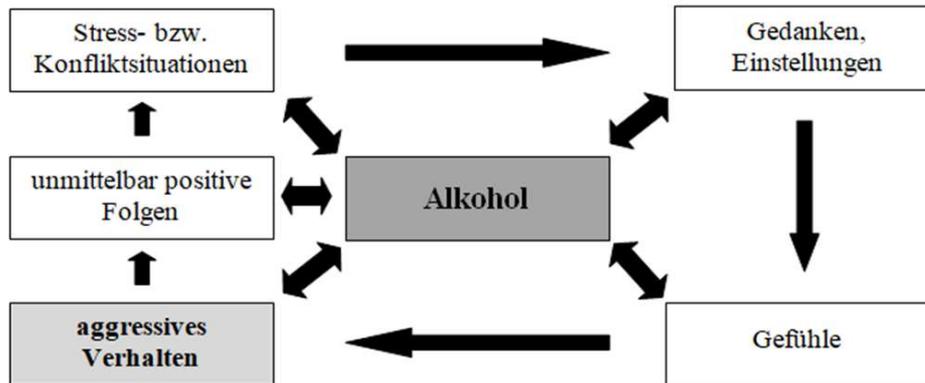


Abbildung 1: Erklärungsmodell für die alkoholbezogene Aggression

In diesem Modell wird die Interaktion verdeutlicht, indem das Konsumverhalten mit den Emotionen (wie etwa Wut), dem Verhalten (wie bspw. aggressives Verhalten) und den Kognitionen (wie etwa negativen Grundannahmen) in Beziehung gebracht wird (Lindenmeyer, 2012, S. 88).

Abschließend kann formuliert werden, dass Substanzkonsum zwar nicht automatisch zu aggressiven Handlungen führt, jedoch „[...] über die Vermittlung mit den entsprechenden biochemischen, neuropsychologischen und kognitiven Verarbeitungsmechanismen im Gehirn des Menschen zu einem potenten Risikofaktor für Gewaltverhaltensweisen [...]“ (Klein, 2000a, S. 591) werden kann.

Eine neue Qualität erfährt die thematische Auseinandersetzung in potentiellen Arbeitsumgebungen; die Verbindung von Gewalt und Aggression mit Substanzkonsum soll deshalb in diesem Kontext im folgenden Unterkapitel eruiert werden.

2.4 Aggressionen im Arbeitsleben

In Bezug auf die Themenwahl der vorliegenden Arbeit wird an dieser Stelle ergänzend zu den vorangehenden Begriffsbestimmungen die verbreitete Definition der International Labour Organization (ILO) genannt, welche im Besonderen die Aggression im Kontext von Arbeit definiert. Sie beschreibt Aggressionen im Arbeitsleben als „[...] jede Handlung, Begebenheit oder von angemessenem Benehmen abweichendes Verhalten, wodurch eine Person im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit schwer beleidigt, bedroht, verletzt oder verwundet wird [...]“ (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, n.d.).

In den folgenden Unterkapiteln wird das Ausmaß von Aggressionen im Arbeitsleben auf internationaler, europäischer und deutscher Ebene betrachtet. Darauf aufbauend wird die Thematik im Besonderen auf den Bereich der Suchthilfe eingegrenzt, um in diesem Feld die Häufigkeiten und Formen von Aggressionen, potentiellen Folgebeschwerden sowie Maßnahmen für den Umgang mit Aggressionen im Arbeitsleben zu veranschaulichen.

2.4.1 Gegenwärtiger Forschungsstand im internationalen Vergleich

„Gewalt im Arbeitsleben – gleich ob auf physischer oder psychischer Ebene – ist ein globales Phänomen quer über alle Ländergrenzen, Arbeitssituationen und Berufsgruppen hinweg“ (Di Martino, 2002, S. 1112).

Zu den auf internationaler Ebene am häufigsten verbreiteten Formen von Aggressionen gehören Bullying, Mobbing, Gewalt und Aggressionen durch betriebsinterne Personen oder durch betriebsfremde Personen sowie wiederholte Gewaltakte, wie bspw. sexuelle Belästigung, Diskriminierung, Überfälle etc. (Di Martino, 2002, S. 1106-1107).

Das Vorkommen von Aggressionen im Arbeitsleben wird durch die ICVS-Vergleichsstudie (International Crime Victim Survey) belegt, die aufgrund ihrer Repräsentativität und der Berücksichtigung von Entwicklungs- und Industrieländern zu den essenziellen Quellen in Bezug auf kriminalistische Daten zählt. Die Häufigkeitsverteilung der ICVS-Studie zur Viktimisierung am Arbeitsplatz nach Vorkommnis, Geschlecht und geographischer Lage ergab, dass Vorfälle in den Industrieländern sowie sexuelle Übergriffe gegenüber Frauen am häufigsten sind. In Asien, Afrika und in den Schwellenländern sind die Viktimisierungsraten in Bezug auf Tötlichkeiten gegenüber Beschäftigten sowie sexuelle Übergriffe gegenüber Frauen geringer, mitunter da Frauen in diesen Ländern weniger in außerfamiliären Beschäftigungsverhältnissen stehen.

Die ICVS-Studie untersuchte auch das Meldeverhalten von Tötlichkeiten und betonte hierbei einerseits die Varianz durch kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Einstellungen zu Aggressionen und andererseits die verstärkte Debatte in einigen Ländern um die Missstände im Arbeitsleben (Di Martino, 2002, S. 1109). Entscheidend sei gewesen, dass ein Anstieg des Meldeverhaltens in Industrie- und

Entwicklungsländern zu verzeichnen sei und dadurch „[...] die dramatische Bedeutung des Problems der Gewalt in der Arbeitswelt zunehmend verdeutlicht [...]“ (Di Martino, 2002, S. 1112) werde.

Die Situation von Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz in Europa wird durch Eurofound, einer Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, regelmäßig im Rahmen der Europäischen Erhebungen über die Arbeitsbedingungen (EWCS) in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie in Norwegen durchgeführt. Die Ergebnisse deuten Zunahmen von Aggressionen, Gewalt und Belästigungen im Arbeitsleben in Europa an. Insbesondere beruht der Anstieg auf Vorfällen durch Dritte. Betroffene von Aggressionen und Gewalt sind laut der Erhebungen häufiger Frauen als Männer und Mitarbeitende, die in Bereichen arbeiten, „[...] in denen es zu einer beträchtlichen Interaktion mit Dritten kommt [...]“ (Eurofound, 2015, S. 1), wie bspw. im sozialen Bereich, im Gesundheitswesen und in der Gastronomie (Eurofound, 2015, S. 1-2).

2.4.2 Aggressionen im Arbeitsleben in Deutschland

mit Blick auf Gesundheitswesen, Soziale Arbeit und Suchthilfe

Es folgt nun die Fokussierung auf Deutschland in Hinblick auf Aggressionen und Gewalt im Arbeitsleben. Anschließend wird die aktuelle Studienlage auf deutscher Ebene im Bereich des Gesundheitswesens, der Sozialen Arbeit und insbesondere der Suchthilfe eruiert.

Über Gewaltvorkommnisse am Arbeitsplatz in Deutschland berichtet unter anderem die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), da diese Vorfälle am Arbeitsplatz als Arbeitsunfall unter Versicherungsschutz gemäß § 8 SGB VII eingeordnet werden. „Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründeten Tätigkeit (versicherte Tätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen“ (Nomos Fachredaktion, 2018, S. 1848). 2013 waren 16.694 Beschäftigte aufgrund eines Arbeitsunfalls arbeitsunfähig geschrieben. Zwei Jahre zuvor waren es noch 5% weniger. 22,1% dieser Arbeitsunfälle sind verursacht durch betriebsinterne Personen, das heißt Kolleg_innen, Kund_innen, Betreute etc. Durch Aggressionen und Gewalt

verursachte Arbeitsunfälle werden auch bei der Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VBG) und bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gemeldet. Die Vorfälle, die bei der BGW gemeldet wurden, wurden in 50,4% der Fälle von betriebsinternen Personen verschuldet. Ferner wurden Meldungen, die bei anderen Unfallversicherungsträgern eingingen, an die BGW weitergegeben, wenn betriebsinterne Personen tötlich waren, insbesondere bei Übergriffen durch Betreute, Patient_innen und Angehörige.

Arbeitsunfälle, die Mitarbeitende psychisch belasten, jedoch nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führen, müssen allerdings nach dem Unfallversicherungsrecht nach SGB VII nicht gemeldet werden und finden sich somit in der Statistik nicht wieder (Nienhaus, Drechsel-Schlund, Schambortski & Schablon, 2016, S. 92). Ab wann bei einem Arbeitsunfall Meldepflicht besteht, ist in § 193 SGB VII Absatz 1 geregelt: „Die Unternehmer haben Unfälle von Versicherten in ihrem Unternehmen dem Unfallversicherungsträger anzuzeigen, wenn Versicherte getötet oder so verletzt sind, daß sie mehr als drei Tage arbeitsunfähig werden“ (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, n.d.). Dennoch kann der Arbeitsunfall bei den Unfallversicherungsträgern gemeldet werden, auch wenn die/der Mitarbeiter_in nicht arbeitsunfähig ist, und der UV-Träger kann Unterstützungsangebote offerieren. Weiterhin erschweren die vielfältigen Formen von Aggressionen sowie die subjektive Einschätzung der betroffenen Person die Ermittlung genauer Daten zur Häufigkeitsverteilung von Übergriffen im Arbeitsleben. Es kann jedoch von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden (Nienhaus, Drechsel-Schlund, Schambortski & Schablon, 2016, S. 91-92).

Eine retrospektive Querschnittsstudie befragte 1.973 Mitarbeitende aus 39 Einrichtungen des Gesundheitswesens (27 ambulante/stationäre Einrichtungen der Altenpflege, 6 Krankenhäuser, 6 Einrichtungen der Hilfen für Menschen mit Behinderung). Laut der Studie waren 56% von physischer und 78% von verbaler Aggression und Gewalt in den letzten 12 Monaten betroffen (Schablon, Zeh, Wendeler, Wohlert, Harling & Nienhaus, 2014, S. 203-207)

Als weitere Studie ist die von Dirk Richter, Professor für angewandte Forschung und Entwicklung im Bereich Pflege, zu nennen, welche von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen gefördert wurde, zu nennen. In dieser Studie wurden 1.053 Mitarbeitende

aus deutschen Kliniken mithilfe eines Fragebogens zu ihrem Erleben von verbalen Aggressionen in den letzten sechs Monaten befragt. 55% der Befragten gaben an, dass sie mindestens einmal monatlich, 40% mindestens einmal wöchentlich und 16% mindestens einmal täglich verbalen Aggressionen ausgesetzt seien (Richter, 2012, S. 16-17). Der verwendete Fragebogen von Richter wird auch in Teilen für das Messinstrument der vorliegenden Arbeit genutzt. Insgesamt lässt sich festhalten, dass Mitarbeitende insbesondere in Einrichtungen des Gesundheitswesens gefährdet sind, mit aggressivem Verhalten konfrontiert zu werden.

Im letzten Abschnitt werden Aggressionen und Gewalt im Fokus der Suchthilfe erörtert. Gleichzeitig muss bereits hier angemerkt werden, dass der Forschungsstand zu Aggressionen und Gewalt am Arbeitsplatz in der Suchthilfe in Deutschland wenig ausgeprägt ist und dementsprechend empirische Ergebnisse kaum vorhanden sind.

Die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen erhob 2015 in Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle der Bayerischen Suchthilfe u.a. bei Mitarbeiter_innen der Suchthilfe Daten zu Erlebnissen von physischen und verbalen Aggressionen am Arbeitsplatz. 72% der Befragten gaben an, dass sie selbst oder Kolleg_innen von Aggressionen betroffen waren. 60% der Vorfälle waren verbaler, 25% verbal-physischer und 3% physischer Art (Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen, 2015, S. 4-5).

Als weitere relevante Studie kann hier die Arbeit von Kriminologe und Diplom-Sozialpädagoge Jürgen Fais genannt werden. In seiner empirischen Untersuchung wurde mittels Fragebögen und Expert_inneninterviews in fünf deutschen Großstädten, Berlin, Hamburg, Köln, Leipzig und München, das Ausmaß von Aggressionen in Kontakt- und Notschlafstellen der akzeptierenden Drogenarbeit aus Perspektive der Mitarbeitenden analysiert. Daran nahmen insgesamt 153 Personen teil. Laut den Darstellungen der Ergebnisse von Fais treten verbale und sexuelle Aggressionen in den befragten Einrichtungen täglich auf. Annähernd dreimal jährlich sind Mitarbeitende mit Suizid von ihrer Klientel konfrontiert und ca. zweimal im Jahr geschehen physische Angriffe auf Mitarbeitende. Darüber hinaus betont Fais, dass von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden kann. Neben dem Ausmaß von erlebten Aggressionen wurden auch gesundheitliche Folgen durch

diese erfragt. Ein Drittel gab an, dass sie durch die erlebten Aggressionen gesundheitliche Folgebeschwerden erlitten hätten. Das Ergebnis seiner Forschungstätigkeit hat die Präsenz von aggressiven Handlungen gegen Mitarbeitende und die Notwendigkeit, die Thematik weiter zu erforschen, verdeutlicht (Fais, 2012, S. 57-59).

Die Erhebungsinstrumente seiner Studie werden für das Forschungsvorhaben der vorliegenden Arbeit teilweise benutzt, vor allem in Hinblick auf die Untersuchung der Folgen durch verbale und/oder physische Aggressionen.

2.4.2.1 Formen physischer und verbaler Aggressionen im Arbeitsleben durch Dritte

Übergriffe gegen Mitarbeitende werden entweder von *betriebsfremden* Personen unternommen, als anschauliches Beispiel sei hier ein Überfall auf eine Bank genannt, oder von *betriebsinternen*. Zu den betriebsinternen Personen gehören sowohl die Belegschaft als auch diejenigen, die das Leistungsangebot nutzen, beispielshalber Kund_innen, Schüler_innen, Patient_innen und Klient_innen. Orientiert am Forschungsinteresse dieser Arbeit werden die Übergriffe der betriebsinternen Personen diskutiert. Die Varianten dieser Übergriffe werden im wissenschaftlichen Diskurs aufgeteilt in verbale und physische Aggressionen, die sich gegen die Mitarbeitenden richten (Nienhaus, Drechsel-Schlund, Schambortski & Schablon, 2016, S. 91).

Zur Erfassung von verbalen und physischen Aggressionen findet in verschiedenen Arbeitsbereichen der Erhebungsbogen SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale) Anwendung. Er definiert die Aggressionshandlung, indem die Mitarbeitenden die erlebte Aggression einschätzen als entweder eine verbale Aggression, wie bspw. Drohung, Beschimpfung (sexuell, rassistisch), oder als eine physische Aggression mit gewöhnlichen Gegenständen, wie bspw. Stuhl, Glas, mit Körperteilen, wie etwa Hand, Fuß, Mund, Zähne, und/oder mit gefährlichen Gegenständen oder Methoden, wie bspw. einem Messer, Würgen (Nijman & Palmstierna, 2005, S. 1).

Es existieren bisher wenige Studien, die sich lediglich mit dem Ausmaß von verbalen Aggressionen befassen. Thematisch bedeutend ist die im vorherigen

Unterkapitel erläuterte Untersuchung von Dirk Richter, die sich dem subjektiven Erleben von verbaler Aggression widmet. Als Schwierigkeit benannte Richter die Operationalisierung von verbaler Aggression aufgrund der divergierenden subjektiven Einschätzungen derselben. Dies wurde auch in Studien zur häuslichen Gewalt deutlich, welche geringe Korrelationen hinsichtlich der Selbst- und Fremdwahrnehmungen ergaben. Richters definierte Verhaltensweisen, die als verbale Aggression zählen, sind Verweigerungshaltung, rüde Sprache, Beschimpfungen, Anzweifeln, Lächerlichmachen, Drohung, sexuelle Anmache, Todesdrohung und Drohung gegen Angehörige (Richter, 2014, S. 690).

Die Androhung von Suizid und Selbstverletzung können auch anlässlich ihrer Präsenz im Sozial- und Gesundheitswesen laut verschiedener Quellen (Stefan, 2016, S. 5) als verbale Aggression genannt werden und werden an dieser Stelle noch als Ergänzung für die Aufzählung der verbalen Aggressionen hinzugefügt.

2.4.2.2 Gesundheitliche Folgebeschwerden erlebter Aggressionen im Arbeitsleben durch Dritte

Die Beschreibung der möglichen Folgebeschwerden nach einem verbalen oder physischen Übergriff bezieht sich auf die erlebte Aggression und Gewalt durch betriebsinterne Personen, Kolleg_innen ausgenommen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezieht sich in ihrer Definition zu Aggressionen und Gewalt auch auf deren Folgen für die Betroffenen, in Form von „[...] Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation [...]“ (Weltgesundheitsorganisation, 2003, S. 6).

Inwieweit und in welchem Ausmaß gesundheitliche Auswirkungen mit dem Erleben von einem physischen oder verbalen Angriff korrelieren, lässt sich nur bedingt einheitlich in Zahlen darstellen aufgrund der Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente. Dennoch ergeben die Untersuchungen auf dem Gebiet überwiegend, dass die psychischen im Vergleich zu den physischen Folgebeschwerden schwerwiegender sind. Diese Erkenntnis wird jedoch erst in jüngster Zeit in Form von Studien nachgewiesen, da zuvor meist nur die physischen Folgen nach Übergriffen thematisiert wurden.

In Dänemark wurde 2006 von Wieclaw et al. eine Untersuchung durchgeführt, um den Zusammenhang zwischen der Tätigkeit im sozialen Bereich und einem erhöhten Risiko einer stationären psychischen Behandlung zu ermitteln. Mithilfe einer multivariaten Analyse konnte belegt werden, dass dieses erhöhte Risiko für Personen, die im sozialen Bereich tätig sind, besteht. Im Rahmen einer zweiten Untersuchung wurde die kausale Wirkung explizit auf verbale und physische Aggressionen gegenüber den Mitarbeitenden erforscht. Demnach könne angenommen werden, dass „[...] die Exposition gegenüber Gewalt am Arbeitsplatz als ein signifikantes Risiko für eine spätere stationäre Behandlung [...]“ (Richter, 2007, S. 29) zu werten sei. Diese Kausalität gelte sowohl für das Erleben von physischen als auch für verbale Aggressionen. Insbesondere sollte an dieser Stelle noch bemerkt werden, dass eine stationäre psychiatrische Behandlung als ein relativ hartes Ergebnismerkmal bewertet werden kann (Richter, 2007, S. 28-29).

Das Bundesgesundheitsblatt 2016 zählt zu den psychischen Folgebeschwerden nach erlebter verbaler oder physischer Aggression „[...] reduzierte Arbeitszufriedenheit, Verunsicherung, Infragestellen der eigenen Person und Kompetenz, Gefühl der Ohnmacht, Motivationsverlust für die Arbeit, Erschöpfungsgefühle und Ängstlichkeit [...]“ sowie weitreichende Konsequenzen wie „[...] depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Angstzustände, Vermeidungsverhalten und sozialer Rückzug [...]“ (Nienhaus, Drechsel-Schlund, Schambortski & Schablon, 2016, S. 92).

Die beschriebenen potentiellen Folgebeschwerden führen zu weiteren Konsequenzen, wie etwa Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeit und Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit für die betroffenen Beschäftigten sowie für das Arbeitsumfeld. In diesem Zusammenhang sind auch finanzielle Konsequenzen zu nennen; durchgeführte Studien in der EU ergaben, dass eine signifikante Korrelation zwischen krankheitsbedingten Fehlzeiten und Aggressionen am Arbeitsplatz besteht. Dabei wurde die Verbindung zwischen Fehlzeiten in den vorangegangenen 12 Monaten und dem Erleben von Aggressionen und Gewalt im Arbeitsleben untersucht, wobei Daten zu verbalen Aggressionen durch betriebsfremde Personen nicht erhoben wurden. Die Beschäftigten, die physischer Gewalt ausgesetzt waren, hatten die häufigsten Fehlzeiten im Vergleich zum Durchschnitt aller Beschäftigten, die zweit-

bzw. dritthäufigsten Fehlzeiten hatten nach diesen Beschäftigten jene, die Bullying bzw. sexueller Belästigung ausgesetzt waren (Di Martino, 2002, S. 1114-1115).

Weitere Auswirkungen infolge eines Übergriffes, wie bspw. eine aufkommende Angstsymptomatik, können sich darüber hinaus auf die Interaktion mit den Angebotsnutzer_innen auswirken, in der Pflege könnte es zu häufigeren Fixierungen von Patient_innen kommen oder zu Schwierigkeiten beim Beziehungsaufbau in Betreuungskontexten. Letztendlich ist davon auszugehen, dass die Qualität der professionellen Arbeit dadurch gefährdet ist (Zeh, Schablon, Wohler, Richter & Nienhaus, 2009, S. 456-457).

Abschließend kann, orientiert am bisherigen Forschungsstand, formuliert werden, dass verbale und physische Aggressionen im Arbeitsleben zu negativen Auswirkungen auf die Gesundheit, die Produktivität und Professionalität der Mitarbeitenden im sozialen Bereich führen können.

2.4.2.3 Präventiver und deeskalierender Umgang mit Aggressionen

Die Ausführungen der potentiellen Folgen durch Aggressionen und Gewalt im Arbeitsleben verdeutlichen die Notwendigkeit von Präventions- sowie Deeskalationsmaßnahmen in Unternehmen. Neben diesen soll im folgenden Diskurs auch der erforderliche professionelle Umgang seitens der Kolleg_innen und des Arbeitgebers mit den betroffenen Mitarbeiter_innen thematisiert werden.

Das Arbeitsschutzgesetz und das siebte Sozialgesetzbuch, welches die gesetzliche Unfallversicherung beinhaltet und im Unterkapitel 2.4.2 bereits erläutert wurde, regeln die Voraussetzungen für präventive Maßnahmen, um Aggressionen im Arbeitsleben zu verhindern, sowie die Rehabilitationsmaßnahmen von Mitarbeitenden, die Opfer von Aggression und Gewalt waren (Nienhaus, Drechsel-Schlund, Schambortski & Schablon, 2016, S. 89).

In § 5 Abs. 1 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) mit dem Titel *Beurteilung der Arbeitsbedingungen* ist geregelt: „Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, n.d.). Dies bedeutet, dass die/der Arbeitgeber_in im Rahmen der Einschätzungen von Gefährdungen mit entsprechenden

Arbeitsschutzmaßnahmen reagieren muss. Für die Situation in Betreuungsberufen, welche auch auf die in der Sucht- und/oder Wohnungslosenhilfe übertragbar ist, hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) im Jahr 2016 Handlungsleitlinien für den Umgang mit Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen entworfen. Die Leitlinien zeichnen sich durch einen präventiven und deeskalierenden Charakter aus, um Unternehmen bei der Entwicklung einer gelingenden Arbeitsschutzkultur zu unterstützen. Die Empfehlungen beziehen sich auf die Qualifizierung und Weiterbildung der Führungsebene und der Mitarbeitenden, auf gelingende Kommunikationsstrukturen sowie Optimierung der räumlichen Gestaltung (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege [BGW], 2016, S. 11-23). Die präventiven Maßnahmen, auch Primärprävention genannt, beziehen sich bei der Fortbildung des Personals auf Schulungen im Umgang mit eskalierendem Verhalten sowie auf den Umgang mit potentiellen psychischen Folgen nach einem Vorfall (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAUA], 2016, S. 8-9). Hierzu gibt es verschiedene qualifizierte Angebote wie des Professionellen Deeskalationsmanagements im Gesundheitswesen (Peller, 2010, S. 1).

Ferner verdeutlichen die Handlungsleitlinien der BGW die Notwendigkeit eines transparenten und bewussten Umgangs nach einem Vorfall. Dies beinhaltet unter anderem die rechtliche Ebene, indem ein physischer sowie verbaler Übergriff als Arbeitsunfall gewertet und dokumentiert sowie die Akuthilfe für die betroffene Person gewährleistet wird (BGW, 2016, S. 20-23). Die Unterstützung durch das Kollegium und die Leitung nach einem Angriff könne eine Bewältigung des Ereignisses positiv unterstützen und zu einer Reduktion des Belastungsempfindens führen (Nienhaus, Drechsel-Schlund, Schambortski & Schablon, 2016, S. 93). Behilflich kann hier auch die Einbeziehung von betrieblichen Ersthelfer_innen sein, die durch ihre Ausbildung für psychische Folgen durch traumatische Ereignisse sensibilisiert sind. Überdies eignet sich die Verwendung der von der DGUV konzipierten Gefährdungsbeurteilungen in Bezug auf verbale oder physische Aggressionen gegenüber Mitarbeitenden (BAUA, 2016, S. 8-9). Wenn Arbeitsunfälle durch Aggressionen im Unternehmen auftreten ist anzuraten, dass die UV-Träger hinzugezogen werden, um zu überprüfen, ob die bisherigen

Arbeitsschutzmaßnahmen erweitert und/oder erneuert werden müssen. Die notwendigen Schutzmaßnahmen sollten vor Wiedereinstieg des betroffenen Mitarbeitenden installiert werden, um eine erfolgreiche Wiedereingliederung zu ermöglichen. Die Angebote des Unfallversicherungsträgers beziehen sich auf die Prävention sowie Rehabilitation und sind bedeutsam für den Arbeitsschutz sowie für den Schutz der Gesundheit der Mitarbeiter_innen (Nienhaus, Drechsel-Schlund, Schambortski & Schablon, 2016, S. 95).

„Die Voraussetzung für das Gelingen präventiver Maßnahmen gegen Aggression und Gewalt am Arbeitsplatz ist eine betriebliche Kultur, die offen, systematisch und lösungsorientiert mit diesem Thema umgeht“ (Nienhaus, Drechsel-Schlund, Schambortski & Schablon, 2016, S. 93). Der Einsatz von Präventionsmaßnahmen ist eng mit einem enttabuisierten Umgang mit Aggressionen und Gewalt im Arbeitsleben verbunden. Diese Verknüpfung betreffend beschreibt Thomas Mücke, Deeskalations- und Antigewalttrainer, das Risiko einer Entstehung einer *Gewaltkultur* in der Institution. Die Nichtbeachtung unterstütze schrittweise die Eskalation von unangebrachtem Verhalten gegenüber einer Person. „Prävention bedeutet hier das frühzeitige Unterbinden eines Eskalationsablaufes“ (Mücke & Korn, 2002, S. 35). Um aggressive Handlungen zu vermeiden, orientiert sich Mücke an einem Drei-Phasen-Modell, welches präventive Deeskalation, Interventionen in der konkreten Situation und Maßnahmen nach einer Deeskalation kombiniert (Mücke & Korn, 2002, S. 35-38). In Bezug auf die Suchthilfe macht Lindenmeyer in der Vorstellung seines Gruppentherapieprogramms für alkoholabhängige Männer mit erhöhter Aggressions- und Gewaltbereitschaft aus einer anderen Perspektive auf das Thema der Tabuisierung von Aggressivität aufmerksam. Er verdeutlicht einerseits die Dynamik zwischen Aggression und Alkoholkonsum und andererseits erörtert er das häufige Fehlen dieses Zusammenhangs in der Suchtbehandlung (Lindenmeyer, 2012, S. 84-85). Inwieweit dies auch ein Faktor für das Entstehen von aggressivem Verhalten gegenüber Mitarbeitenden sein könnte, lässt sich aus diesem Umstand nicht schließen, wird in diesem Abschnitt jedoch als relevant für die Thematik der vorliegenden Arbeit erachtet.

„Je frühzeitiger gewaltpräventive Maßnahmen beginnen, desto eher wird auch eine Gewaltreduktion global erreichbar sein“ (Klein, 2000a, S. 597).

2.5 Zusammenfassung und Darstellung der Forschungshypothesen

Nach der vorangestellten theoretischen Einführung werden abschließend drei wichtige Punkte herausgestellt.

Erstens kann davon ausgegangen werden, dass die Entstehung von Aggressionen multifaktoriell ist. Neben den sozialpsychologischen Theorien wurde insbesondere das Zusammenwirken von substanzbezogenen Aggressionen erörtert. Nach den bisherigen Kenntnissen kann Substanzkonsum ein Risikofaktor für aggressives Verhalten sein.

Zweitens wird angenommen, dass Aggressionen im Arbeitsleben auf internationaler sowie auf deutscher Ebene existent sind. Speziell in Bereichen, in denen es zu vielen Interaktionen mit Dritten kommt, sind verbale sowie physische Aggressionen gegen Mitarbeitende weit verbreitet.

Hierzu gehören drittens und letztens die Aggressionen im Arbeitsleben im Tätigkeitsbereich der Suchthilfe. Mitarbeitende sind in diesem Bereich von verbalen und/oder physischen Vorfällen betroffen und hinsichtlich gesundheitlicher Folgebeschwerden gefährdet. Ferner schützen ein präventiver und deeskalierender Umgang sowie eine offene Unternehmenskultur vor Aggressionen. Zu Gewalt im Arbeitsleben im Suchthilfebereich existieren allerdings lediglich wenige veröffentlichte Forschungstätigkeiten.

Hier hakt die Forschungsfrage dieser Arbeit ein, die anlässlich der dürftigen Studienlage im Suchthilfebereich und der vorab beschriebenen Problemdarstellung wie folgt lautet:

„In welchem Ausmaß sind Mitarbeitende in der Suchthilfe in Berlin mit verbalen/physischen Aggressionen konfrontiert und inwiefern resultieren daraus gesundheitliche Folgebeschwerden?“

Zur Beantwortung dieser Frage folgt nun die Ausformulierung der drei zu überprüfenden Forschungshypothesen. Es wird jeweils das statistische Hypothesenpaar, zusammengesetzt aus Alternativ- und Nullhypothese, aufgeführt. Weiterhin wird die Operationalisierung der abhängigen und unabhängigen Variablen erläutert.

Das erste statistische Hypothesenpaar wird wie folgt formuliert:

1. Alternativhypothese H₁ ist eine gerichtete Unterschiedshypothese:

„Die Häufigkeit von Aggressionen ist bei verbalen höher als bei physischen Aggressionen.“

1. Nullhypothese H₀:

„Die Häufigkeit von Aggressionen ist bei verbalen gleich hoch (oder niedriger) als bei physischen Aggressionen.“

Die verbalen und physischen Aggressionen sind die unabhängige Variable (UV) und die Häufigkeit ist die abhängige Variable (AV). Um die UV messbar zu machen, wurde für die verbale Aggression die Skala von Richter und für die physische Aggression die Skala vom Institut für Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa) genutzt.

Es folgt das **zweite statistische Hypothesenpaar:**

2. Alternativhypothese H₂, eine gerichtete Zusammenhangshypothese:

„Das Erleben von verbaler/physischer Aggression führt bei Mitarbeiter_innen mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung zu signifikant mehr gesundheitlichen Folgebeschwerden (2a, b, c, d) als bei Mitarbeiter_innen mit über fünf Jahren Berufserfahrung.“

2. Nullhypothese H₀:

„Das Erleben von verbaler/physischer Aggression führt bei Mitarbeiter_innen mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung zu gleich vielen oder weniger gesundheitlichen Folgebeschwerden (2a, b, c, d) wie bzw. als bei Mitarbeiter_innen mit über fünf Jahren Berufserfahrung.“

Die Messwerte für die gesundheitlichen Folgebeschwerden sind folgende:

2a): Anzahl der Krankheitstage durch verbale/physische Aggressionen

2b): Inanspruchnahme einer psychischen bzw. physischen Behandlung durch verbale/physische Aggressionen

2c): Auftreten von psychischen bzw. physischen Folgen durch verbale/physische Aggressionen

2d): Subjektive Einschätzung zur eigenen Belastung

Für die Operationalisierung von gesundheitlichen Folgebeschwerden wurde, anlässlich der thematischen Nähe zu seiner Studie, die Skala von Jürgen Fais

eingesetzt, welche noch mit zwei Fragen angelehnt an der Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) ergänzt wurde.

Die unabhängige Variable (UV) der gerichteten Zusammenhangshypothese H₂ ist die Berufserfahrung. Die gesundheitlichen Folgebeschwerden stellen die abhängige Variable (AV) dar.

Abschließend folgt das **dritte statistische Hypothesenpaar:**

3. Alternativhypothese H₃, eine gerichtete Zusammenhangshypothese:

3a) „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, halten sich für signifikant besser auf aggressionsbelastende Situationen vorbereitet als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

3b) „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz signifikant weniger bedroht als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

3. Nullhypothese H₀:

3a) „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, halten sich für gleich oder weniger gut auf aggressionsbelastende Situationen vorbereitet wie bzw. als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

3b) „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz gleich oder häufiger bedroht wie bzw. als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

Für die Operationalisierung von Schulungen im Umgang mit Aggressionen wird die Aufzählung mit der Option der Mehrfachnennung von Fais favorisiert. Die Messwerte für die a) Einschätzung der Vorbereitung auf aggressionsbelastende Situationen sowie b) die Einschätzung der Bedrohung am Arbeitsplatz werden anhand der diesbezüglich konzipierten Fragen von Fais definiert. Die unabhängige Variable (UV) der gerichteten Zusammenhangshypothese H₃ sind die Schulungen im Umgang mit Aggressionen. Die a) Einschätzung der Vorbereitung auf aggressionsbelastende Situationen sowie b) die Einschätzung der Bedrohung am Arbeitsplatz stellen die abhängige Variable (AV) dar.

Im nächsten Kapitel wird die Forschungsmethode, welche zur Überprüfung der Hypothesen angewandt wurde, beschrieben.

3 Entwicklung der Forschungsmethode: Eine deskriptive Analyse

Das Forschungsvorhaben der vorliegenden Arbeit ist innerhalb des quantitativen Forschungsansatzes anzusiedeln und die Überprüfung der genannten Hypothesen wurde mittels hypothesenprüfender Untersuchung vorgenommen.

Als quantitatives Verfahren wurde die deskriptive Analyse ausgewählt, da sie mithilfe von Kreuztabellen und Häufigkeitsverteilungen einen Überblick über die erhobenen Daten geben kann. Die deskriptive Analyse ermöglicht die Darstellung von Ausprägungen, Verteilungen und Zusammenhängen verschiedener Variablen in Verbindung mit den Merkmalen der Stichprobe. Neben der Hauptthematik, hier die Erfassung von Erlebnissen mit verbalen/physischen Aggressionen, werden auch soziodemografische Daten erhoben, um darzustellen, inwieweit vermutete Zusammenhänge bestehen. Die deskriptive Analyse überprüft Hypothesen, welche sich an bereits bestehenden empirischen Befunden orientieren und wurde demnach als geeignetes statistisches Verfahren für diese Arbeit erachtet (Bortz & Döring, 2009, S. 371-372).

In den folgenden Unterkapiteln findet vorerst ein Exkurs zum rechtlichen und konzeptionellen Rahmen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe in Berlin statt, um den konkreten Arbeitskontext der Proband_innen vorzustellen. Anschließend wird die Konstruktion der Stichprobe vorgestellt, das Messinstrument skizziert sowie der Pretest und die praktische Umsetzung des Forschungsprojektes veranschaulicht.

3.1 Rechtlicher und konzeptioneller Rahmen der Suchthilfe in Berlin

An dieser Stelle wird die Berliner Suchthilfe sowie ein Exkurs zur Berliner Wohnungslosenhilfe vorgestellt aufgrund der Auswahl der Stichprobe und der thematischen Auseinandersetzung des Forschungsprojektes.

„Berlin verfügt über ein differenziertes Hilfesystem für Suchtkranke und deren Familienangehörige bzw. Bezugspersonen. Es umfasst auch spezifische Angebote für Kinder und Jugendliche, Frauen, Familien, Migranten, Geflüchtete und Ältere“ (Landesdrogenbeauftragte, n.d.).

Die Hilfeangebote des Berliner Suchthilfesystems sind im stationären, teilstationären oder im ambulanten Bereich angesiedelt, folgende gehören dazu: Regionale Suchthilfedienste, das heißt Alkohol- und Medikamentenberatungsstellen,

Drogenberatungsstellen und niedrigschwellige Kontaktangebote; Notdienste; Drogenkonsumräume; ambulante und stationäre Therapieangebote; psychosoziale Betreuung Substituierter; Betreutes Wohnen; tagesstrukturierende Maßnahmen und Angebote zur beruflichen Integration und Selbsthilfe (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, 2015).

Die Berliner Wohnungslosenhilfe wird an dieser Stelle thematisiert, da die Proband_innen in diesem Arbeitsfeld ebenso kontaktiert wurden aufgrund der Überschneidungen der potentiellen Klient_innen. Die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Berlin, welche vor allem von erwachsenen Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, genutzt werden, sind folgende: niedrigschwellige Beratungsangebote, hierzu gehören Bahnhofsdienste, ambulante medizinische Versorgung, Straffälligenhilfe, Notübernachtungen; ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen wie Wohnungserhalt und Wohnungserlangung, Betreutes Einzelwohnen, Betreutes Gruppenwohnen für ehemalige Drogenabhängige, Betreutes Gruppenwohnen, Übergangshäuser, Kriseneinrichtungen, Krankenstation; Unterbringung nach ASOG (Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz) und niedrigschwellige Angebote wie Wärmestuben und Kältehilfe (Obdachlosenhilfe die Brücke e.V., 2016).

In Bezug auf die Forschungsarbeit wird aus den vorangestellten Hilfeangeboten der Berliner Sucht- sowie Wohnungslosenhilfe das Angebot des Betreuten Einzelwohnens im Folgenden aufgrund des hohen Aufkommens bei der befragten Gruppe genauer betrachtet.

Angebote des Betreuten Einzelwohnens werden im Rahmen der Suchthilfe nach §§ 53ff. SGB XII und in der Wohnungslosenhilfe nach §§ 67ff. SGB XII geregelt.

Die Paragraphen §§ 53-60a SGB XII, welche unter dem Titel *Eingliederungshilfe für behinderte Menschen* zusammengefasst sind, bestimmen, welcher Personenkreis leistungsberechtigt und für welche Aufgaben die Eingliederungshilfe verantwortlich ist. In § 53 Absatz 1 SGB XII werden die Anspruchsvoraussetzungen geklärt. Es wird unterschieden zwischen Personen, die einen Rechtsanspruch auf die Leistungen haben, und Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten können. Einen Anspruch auf Leistungen haben

Personen, die durch „[...] eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind [...]“ (Nomos Fachredaktion, 2018, S. 2215). Laut § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX sind Menschen mit Behinderungen „[...] Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (Nomos Fachredaktion, 2018, S. 1933). Menschen mit einer Suchterkrankung können zu diesem Personenkreis gehören, wenn sie den Grad einer wesentlichen Behinderung erreichen oder diese droht (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2015, S. 7). Nach § 53 Abs. 1 Satz 1 werden Leistungen erbracht, wenn davon ausgegangen wird, dass der Auftrag der Eingliederungshilfe umgesetzt werden kann. Darüber hinaus können Personen „[...] mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung [...] Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten“ (Nomos Fachredaktion, 2018, S. 2215). Mit dem Leistungsspektrum der Eingliederungshilfe wird das in § 53 Abs. 3 formulierte Ziel verfolgt, „[...] eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“ (Nomos Fachredaktion, 2018, S. 2215). Dies meint die Teilhabe an Gemeinschaft, Arbeitsleben und, wenn möglich, eine Unabhängigkeit von Pflege herzustellen (Nomos Fachredaktion, 2018, S. 2215). Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden verschiedene Angebote des Betreuten Einzelwohnens für Menschen, die eine Suchterkrankung haben, in Berlin angeboten.

Zu Überschneidungen kann es in Bezug auf den Personenkreis kommen, die im Leistungsspektrum der Hilfen zur *Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten* nach § 67-69 versorgt werden. Nach § 67 Satz 1 geht es um „Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind [...]“ (Nomos Fachredaktion, 2018, S. 2222), und diesen „[...] sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind“ (Nomos Fachredaktion, 2018, S. 2222). Bei den Hilfen geht es um Angebote, welche die akute Notlage der Personen unterbinden

sollen, indem bspw. Wohnraum in Verbindung mit einer Maßnahme des Betreuten Einzelwohnens nach § 67 SGB XII durch verschiedene Träger der Wohnungslosenhilfe in Berlin angeboten wird. Die besonderen sozialen Schwierigkeiten können durch weitere Problematiken wie einer Suchterkrankung verstärkt werden; demnach muss festgestellt werden, ob eine gegebene Suchterkrankung eine wesentliche Behinderung nach § 53 darstellt oder ob eine Behinderung droht. Falls dem so ist und der Bedarf durch andere Leistungen erbracht wird, sind diese anderen Hilfen nach § 67 Satz 2 SGB XII vorrangig (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., 2015, S. 7).

Das nächste Unterkapitel beschäftigt sich mit der Konstruktion der Stichprobe.

3.2 Stichprobenkonstruktion

Bei der Planung des Forschungsvorhabens wurde die erste Idee, die Befragung innerhalb einer Institution durchzuführen, verworfen. Stattdessen wurde eine neue Stichprobe mit dem Kriterium definiert, dass die Befragten in der Sucht- und/oder Wohnungslosenhilfe in Berlin tätig sind. Die Distanzierung von der ersten Stichprobe war notwendig, da für eine Zustimmung der Institution mehrere Voraussetzungen zu erfüllen gewesen wären, welche die Stichprobe in ihrer Objektivität voraussichtlich beeinflusst hätten.

Die neu definierte Stichprobe besteht aus Tätigen in der Sucht- und/oder Wohnungslosenhilfe in Berlin. Zur weiteren Eingrenzung wurden lediglich Mitarbeitende in dem benannten Bereich befragt, die als Sozialarbeiter_innen, Suchttherapeut_innen, Psycholog_innen oder mit einer vergleichbaren Ausbildung tätig sind. Die Befragung richtete sich nicht an Pflege-, Hauswirtschafts-, Verwaltungs- oder medizinisches Personal.

Die Wahl fiel auf diese Stichprobe anlässlich weiterer vielfältiger Faktoren, welche im Folgenden erläutert werden. Als Grundlage diente die Voraussetzung der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, dass die Studierenden des Masterstudiengangs Suchthilfe/Suchttherapie eine Tätigkeit in „[...] der Suchthilfe oder einem verwandten Feld (z. B. Psychiatrie, Wohnungslosenhilfe) [...]“

(Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, n.d.) benötigen. Orientiert an dieser Beschreibung fand die bereits erläuterte Eingrenzung der Stichprobe statt.

Aus methodischer Sicht ist das Messinstrument, das anschließend vorgestellt wird, nicht für einen Arbeitsbereich festgelegt, sondern bezieht sich auf das Vorkommen von aggressiven Verhaltensweisen im Arbeitskontext mit Klient_innen, welche in allen Bereichen der benannten Stichprobe Bestandteil der täglichen Arbeit sein können. Es wurden keine Daten erhoben, die auf ein Unternehmen schließen lassen. Abschließend begründet sich die Wahl dieser Stichprobe darin, dass sie mitunter durch die bestehenden Kooperationen innerhalb dieses Arbeitsfeldes für die Umsetzung eines Forschungsvorhabens im Rahmen dieser Masterthesis erreichbar war.

Konkret setzte sich die beschriebene Stichprobe vor allem durch das Anschreiben per E-Mail an Arbeitskreise, Verbände (bspw. Arbeitskreis Wohnungsnot, DBSH), Einrichtungen der Sucht- und/oder Wohnungslosenhilfe Berlin sowie an die Studierenden des Masterstudiengangs Suchthilfe/Suchttherapie zusammen. Zusätzlich erfolgte eine persönliche Kontaktaufnahme zu Mitarbeitenden aus verschiedenen Sucht- und/oder Wohnungslosenhilfeträgern in Berlin, um sie für das Forschungsvorhaben zu gewinnen.

3.3 Das Messinstrument: Ein Fragebogen zur Gefährdungsbeurteilung

Für die Überprüfung der Forschungshypothesen wurde als Messinstrument ein Fragebogen an die im vorangegangenen Unterkapitel beschriebene Stichprobe verteilt.

Der Fragebogen dieser Arbeit wurde nach Rücksprache mit den Herren Fais und Richter aus deren jeweiligen Fragebögen zusammengesetzt. Ferner wurde er zum einen mit Fragen, die sich an einer Skala des Instituts für Professionelles Deeskalations-Management (ProDeMa) orientieren, und zum anderen mit zwei an der Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) angelehnten Fragen erweitert. Die Verwendung dieser Quellen, vereint in einem Fragebogen, begründet sich mit deren inhaltlicher Nähe zum Forschungsinteresse der vorliegenden Arbeit. Ferner wurde bei der Recherche nach Fragebögen, die das Thema Gewalt am Arbeitsplatz messen, deutlich, dass einerseits die Auswahl begrenzt ist und

andererseits die vorhandenen für die Befragung der Mitarbeitenden in der Suchthilfe, bezugnehmend auf die inhaltliche Fokussierung als alleiniges Messinstrument, nicht adäquat sind. In der engeren Auswahl standen, neben den von den Herren Fais und Richter konzipierten Fragebögen, der FOBIK (Formen der Bedrohungen im Kundenverkehr), der POPAS (Perception of Prevalence of Aggression Scale) und der COPSOQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire). Die Entscheidung, den Fragebogen nach Fais für die Konzipierung des Messinstruments mitzuverwenden, fiel, da dieser zwar inhaltlich nahezu mit dem FOBIK-Fragebogen übereinstimmt, jedoch für den Suchthilfebereich konzipiert wurde und dieses Instrument das Alleinstellungsmerkmal hat, dass es die Folgen von Aggressionen erfragt. An dieser Stelle muss kritisch angemerkt werden, dass der Fragebogen von Fais zwar veröffentlicht wurde, dies aber ohne Nennung von Gütekriterien.

Den Fragebogen von Richter mit in das Messinstrument zu integrieren, ist vor allem für die Überprüfung der ersten Forschungshypothese unerlässlich. Dieses Instrument wurde zwar nicht für den Tätigkeitsbereich der Suchthilfe konzipiert, ist jedoch thematisch für das Forschungsprojekt dieser Arbeit relevant und wird demnach als adäquat eingeschätzt. Richter legt mit seiner Studie, die bereits im Theorieteil dieser Arbeit dargestellt wurde, den Fokus auf das Vorkommen von verbalen Aggressionen im Arbeitskontext. Bei der Entwicklung seines Messinstruments orientierte sich Richter an der Methodik der Instrumente aus der Forschung über Gewalt in intimen Partnerschaften (Richter, 2014, S. 689).

Für die Befragung zum Vorkommen von physischen Aggressionen wird die Skala von ProDeMa verwendet. Sie benennt die physischen Aggressionen ähnlich strukturiert wie Richter die verbalen und unterstützt somit durch den gleichen Aufbau die Befragten beim Ausfüllen des Fragebogens. Inhaltlich ist die Skala für physische Aggressionen von ProDeMa entsprechend zu den genannten Fragebögen FOBIK, POPAS und den Skalen von Fais.

Es folgt nun eine detaillierte Beschreibung des Messinstrumentes sowie die Begründung für die vorgenommenen Änderungen im Vergleich zu den Originalfragebögen.

Nach einem kurzen Informationsschreiben an die Befragten beginnt das Instrument mit der Erfassung von soziodemografischen Angaben (Alter, Geschlecht,

Berufserfahrung) sowie von Daten zur beruflichen Tätigkeit (Arbeitsbereich, Berufsgruppe). Es werden keine Daten erhoben, die Rückschlüsse auf einzelne Personen oder Institutionen ergeben.

Anschließend ermittelt das Instrument die Häufigkeit von physischen Aggressionen durch die Klientel gegen Mitarbeitende innerhalb der letzten 12 Monate mittels der ersten Frage: „Wie häufig haben Sie selbst die folgenden physischen Aggressionen von Klient_innen in den letzten 12 Monaten erlebt?“ (Gewalt gegen Sachen / Werfen von Gegenständen; Kneifen / Kratzen; Spucken; Festhalten / Anklammern; Schubsen; Haareziehen; Schlagen; Treten; Angriff mit Waffen oder Gegenstände; Sexuelle Übergriffe; Würgen; Sonstiges). Als Antwortmöglichkeiten stehen zur Verfügung: an jedem Arbeitstag / mehrmals pro Woche / mehrmals pro Monat / mehrmals pro Jahr / einmal in den letzten 12 Monaten / gar nicht.

Es wurden im Vergleich zur Skala von ProDeMa Veränderungen im Antwortformat unternommen. Bei der Originalskala können die Befragten die jeweilige Aggression ankreuzen und lediglich mit einer Zahl angeben, wie häufig dies in den letzten 12 Monaten passierte. In der Version dieses Forschungsvorhabens wird eine differenziertere Antwortmöglichkeit angewandt, indem die Befragten den Zeitraum (Tag / Woche / Monat / Jahr) angeben. Zusätzlich ist dieses Antwortformat identisch zu der Skala von Richter, welche in der folgenden Frage genutzt wird, wodurch eine Vergleichbarkeit der ersten beiden Fragen ermöglicht wird.

Mit der zweiten Frage wird die Häufigkeit von verbalen Aggressionen gegen Mitarbeitende erfragt: „Wie häufig haben Sie selbst die folgenden verbalen Aggressionen von Klient_innen in den letzten 12 Monaten erlebt?“ (Beschimpfungen / Beleidigungen; Drohungen mit körperlicher Gewalt; Todesdrohungen; Lächerlichmachen Ihrer Person; Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten und Kenntnisse; Sexuelle Angebote / Beziehungsangebote / ‚Anmache‘; Verrohte / rüde Sprache; Verweigerungshaltung von Klient_innen; Drohung mit Selbstverletzung / Suizid; Sonstiges). Als Antwortmöglichkeiten sind die vom Originalfragebogen von Richter gegeben: an jedem Arbeitstag / mehrmals pro Woche / mehrmals pro Monat / mehrmals pro Jahr / einmal in den letzten 12 Monaten / gar nicht.

Es fand eine Änderung zum Originalfragebogen statt, indem zwei zusätzliche Kategorien hinzugefügt wurden: die Drohung mit Selbstverletzung / Suizid und die Option Sonstiges, um weitere Beispiele für eine verbale Aggression nennen zu können. Letztere Änderung begründet sich darin, dass die Befragten bereits bei den physischen Aggressionen diese Antwortvariante haben und diese daher auch bei den verbalen Aggressionen zur Verfügung stehen soll. Die Aufnahme der Kategorie Drohung mit Selbstverletzung / Suizid resultiert aus dem Pretest der ersten Version des Fragebogens, bei dem explizit auf das Fehlen dieser Kategorie hingewiesen wurde.

Die anschließenden Fragen drei bis elf beziehen sich auf die potentiellen gesundheitlichen Folgebeschwerden nach erlebter verbaler/physischer Aggression. Zu Beginn stehen zwei Fragen zur Arbeitsunfähigkeit, angelehnt an POPAS. Die Fragen lauten: „Waren Sie während der letzten 12 Monate durch Krankheit arbeitsunfähig?“ (Antwortformat: ja / nein / falls ja, wie lange? Anzahl in Tagen) und „Wie viel Krankheitstage davon sind, Ihrer Meinung nach, eine Folge von aggressiven Verhaltensweisen von Klient_innen?“ (Antwortformat: Anzahl in Tagen/keine).

Die weiteren Fragen stammen von Fais und beginnen mit der Frage nach der Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung infolge einer aggressiven Handlung: „Wie viele der vorhergehenden Angriffe führten zu einer a) psychischen Behandlung, b) physischen Behandlung? (Antwortmöglichkeiten: a) Anzahl der Angriffe / b) Anzahl der Angriffe). Es wurde sowohl die Frage als auch das Antwortformat geändert. Im Originalfragebogen wurde nach einer „medizinischen und/oder psychischen Behandlung“ gefragt und die Befragten sollten in Tagen angeben, wie lange ihre Behandlung dauerte, was wiederum bei einer ambulanten Behandlung nur bedingt anzugeben ist. Die Änderung der Frage ermöglicht nun auch die Unterscheidung zwischen psychischer und physischer Behandlung.

Anschließend folgt die sechste Frage zu den gesundheitlichen Folgebeschwerden durch verbale/physische Aggressionen: „Wie viele der vorhergehenden Angriffe führten zu a) psychischen Folgen, b) physischen Folgen? (Antwortformat: a) Anzahl der Angriffe / b) Anzahl der Angriffe). Fais fragte nach „medizinischen und/oder psychischen Folgen“, somit wurde diese Frage ähnlich wie

die vorherige geändert, um die Unterscheidung von psychischen und physischen Folgen eruieren zu können.

Des Weiteren werden die Befragten zu Konsequenzen durch die erlebten Aggressionen befragt. Die fünf dazugehörigen Fragen von Fais mit der Einleitung „Führte ein oder mehrere Angriffe dazu, dass [...]“ sind: 1. „[...] Sie sich immer wieder unwillkürlich daran erinnern müssen?“, 2. „[...] Sie generell wachsender, ängstlicher oder angespannter sind?“, 3. „[...] Sie häufiger am Einschlafen oder Durchschlafen gehindert sind?“, 4. „[...] Sie vermeiden, an den Angriff / die Angriffe zu denken und darüber zu sprechen?“, 5. „[...] Sie sich durch den Angriff / die Angriffe ständig belastet fühlen?“ Folgende Antwortmöglichkeiten sind gegeben: immer / häufig / manchmal / nie / kein Vorfall. Das originäre Antwortformat von Fais war: nie / gelegentlich / oft / ständig. Das Bestreben, den Befragten ein einheitliches Antwortformat zu offerieren, um potentielle Fehler zu reduzieren, erforderte für die fünf besagten Fragen, Fragen sieben bis elf, eine Änderung im Antwortformat. Zur Anwendung kommt nun das erwähnte von Richter, welches auch im weiteren Verlauf des Fragebogens favorisiert wird.

Es folgt die Erörterung zum Umgang der Einrichtung nach einem Vorfall mit verbaler/physischer Aggression mittels der zwölften Frage: „Welche Maßnahmen unternahm die Einrichtung, nachdem Sie persönlich von der Klientin / von dem Klienten angegriffen wurden?“ Als Antwortmöglichkeiten stehen zur Verfügung: keine Maßnahmen, da der Vorfall nicht gemeldet wurde / keine Maßnahmen, obwohl der Vorfall gemeldet wurde / Unfallanzeige wurde beim zuständigen Unfallversicherungsträger gemeldet / andere Mitarbeiter_innen wurden über den Vorfall unterrichtet / Klient_in erhielt Hausverbot / Angriff wurde zur Anzeige gebracht / Sonstiges. Das Antwortformat wurde um die letzte Option ergänzt.

Im weiteren Teil des Fragebogens werden die institutionellen Rahmenbedingungen mittels fünf Fragen, Fragen dreizehn bis siebzehn, von Fais ermittelt. Diese beziehen sich 1. auf die Einschätzung, wie sicher sich die Mitarbeiter_innen am Arbeitsplatz insgesamt fühlen (Antwortformat: immer / häufig / manchmal / nie), 2. auf die Angabe der täglichen Zeit, in der die Mitarbeiter_innen alleine arbeiten (Antwortformat: [...] % der Tagesarbeitszeit), 3. darauf, wie gut sich Mitarbeiter_innen auf Aggressionen vorbereitet fühlen (Antwortformat: sehr gut / gut

/ schlecht / sehr schlecht), 4. darauf, ob sie geschult sind (Antwortformat: in Deeskalationstraining / in Maßnahmen der gewaltfreien Kommunikation / Selbstverteidigung / Sonstiges / keine Schulungen), und 5. auf die Angabe, wie häufig sie Supervision erhalten (Antwortformat: [...]Anzahl / pro Jahr). Diese Fragen und Antwortformate werden in ihrer Originalform dargestellt mit Ausnahme des Antwortformats bei Frage dreizehn, welches zuvor „nie / gelegentlich / oft / ständig“ war und, wie im vorherigen Abschnitt erläutert, einheitlich in „immer / häufig / manchmal / nie“ geändert wurde.

Anschließend wird im Messinstrument der Fokus auf den Stellenwert der verbalen bzw. physischen Aggression innerhalb der gesamten Arbeitsbelastung gelegt. Die Frage hierzu lautet: „Wenn Sie Ihre gesamte Arbeitsbelastung (Stress, schwierige Klientel etc.) bedenken, wie groß würden Sie den Anteil von verbalen bzw. physischen Aggressionen an der Belastung einschätzen?“ Als Antwortformat ist eine Skala von gar kein Anteil (0) bis größter Anteil (10) angegeben. Diese von Richter stammenden Fragen werden für das Messinstrument ohne Änderungen übernommen und beenden den Kernfragebogen. Der letzte Abschnitt des Fragebogens besteht aus drei Zusatzfragen zu verbalen Aggressionen.

Die erste Frage erörtert das Belastungsempfinden durch verbale Aggressionen: „Wie sehr belasten Sie die folgenden genannten verbalen Aggressionen?“ Die Kategorien aus Frage zwei zur Häufigkeit von verbalen Aggressionen sind aufgelistet und die hinzugefügte Kategorie „Drohung mit Selbstverletzung / Suizid“ wird konsequenterweise auch an dieser Stelle genannt. Die Antwortmöglichkeiten sind: immer / häufig / manchmal / nie / nie erlebt. Zusätzlich fand eine Änderung im Antwortformat statt, indem eine weitere Antwortmöglichkeit „nie erlebt“ gegeben wird. Diese ist Resultat des Pilotversuchs, da das Fehlen dieser Option zu Missverständnissen bei der Beantwortung führte. Auf eine entsprechende Frage nach der Belastung durch physische Aggressionen wurde verzichtet, da physische Aggressionen bereits häufiger Gegenstand der Forschung waren und hier das Hauptaugenmerk dezidiert auf dem Belastungsempfinden durch verbale Aggressionen liegt.

Darüber hinaus wird, im Speziellen für die erlebten verbalen Aggressionen, der eigene Umgang sowie der Umgang im Team mit dieser Problematik erfragt.

Darauf folgt die letzte Frage, inwiefern den Befragten der Umgang mit verbalen Aggressionen heute im Vergleich zu früher leichter fällt. Diese Zusatzfragen dienen weniger der Überprüfung einer Hypothese, sie sind als zusätzliche Grundlage für die Diskussion gedacht. Das Instrument schließt mit der Möglichkeit, dass die Befragten ihre persönliche Meinung oder ein Ereignis zum Thema „Verbale/physische Aggressionen am Arbeitsplatz“ schildern können.

3.4 Pretest und Durchführung

Bei der Entwicklung des Messinstrumentes wurde der Fragebogen einerseits inhaltlich sowie andererseits methodisch mehrfach getestet. Den inhaltlichen Fokus übernahmen drei Sozialarbeiter_innen, die im Sucht- bzw. Wohnungslosenhilfebereich tätig sind. Deren Anregungen sind bei der Entwicklung des Messinstrumentes, wie im dazugehörigen Kapitel beschrieben, weitgehend integriert worden. Weitere Pretests wurden von vier Probanden durchgeführt, die die Methodik des Fragebogens, insbesondere des Online-Fragebogens, testeten. Resultierend daraus ergaben sich vor allem die vereinheitlichten Antwortformate sowie eine schlüssige Reihenfolge der Fragen. Nachdem das Messinstrument nun in Folge der theoretischen Einarbeitung in die Thematik sowie durch die Pretests sukzessiv weiterentwickelt wurde, ist es in seiner endgültigen Form im Anhang C dieser Arbeit zu finden.

Der Link zum Online-Fragebogen über die Plattform SoSci Survey wurde gemeinsam mit einer Erklärung zum Forschungsinteresse (Anhang B) per E-Mail an die Einrichtungen der Sucht- bzw. Wohnungslosenhilfe in Berlin mit der Bitte um Verbreitung gesendet. Neben der Verteilung des Fragebogens per E-Mail wurden Mitarbeitende aus Trägern der Sucht- bzw. Wohnungslosenhilfe in Berlin persönlich für die Teilnahme geworben. Für diese Variante der Rekrutierung konnten die Befragten entscheiden, ob sie zum Ausfüllen das Online-Tool oder den Fragebogen in Papierform verwenden. Bei der Wahl der Papierform wurde individuell vereinbart, auf welchem Weg der ausgefüllte Fragebogen anonym zurückgeschickt wird, so bspw. per frankierten Briefumschlag ohne Angabe des Absenders. Für die Beantwortung des Fragebogens wurden 10 Minuten angesetzt.

Nach Beendigung der Rücklauffrist und der anschließenden Dateneingabe wurden die Daten mittels SPSS (Field, 2013) und MS Excel ausgewertet. Die Erläuterung, welche statistischen Auswertungstests zur Überprüfung der Hypothesen verwendet wurden, folgt bei der Ergebnisdarstellung der jeweiligen Hypothesen.

4 Ergebnisse der deskriptiven Analyse

Zur Vorbereitung der Diskussion, welche in Kapitel 5 folgt, erfolgt an dieser Stelle vorab die sachliche Darstellung der Ergebnisse aus der statistischen Auswertung. Ferner werden die Werte der Signifikanztests genannt, um die Gültigkeit der Forschungs- bzw. Nullhypothesen zu prüfen. Ist der Test nicht signifikant $p > 0.05$, dann muss die Forschungshypothese verworfen werden (Peters & Dörfler, 2014, S. 268). Die endgültige Bestätigung oder Ablehnung der Forschungshypothesen wird in der Diskussion in Kapitel 5 ausgewertet.

Vorerst erfolgt die Beschreibung der Stichprobe und anschließend werden die Ergebnisse der statistischen Tests der drei Forschungshypothesen dargestellt. Das Kapitel 4 schließt mit der Darstellung ergänzender Ergebnisse, die für die anschließende Diskussion in Kapitel 5 unterstützend sind.

In Hinblick auf die Relevanz der Thematik wurden zum Einstieg der Auswertung die Befragten in zwei Gruppen eingeteilt, um darzustellen, wie viele der Befragten in den letzten 12 Monaten von verbaler bzw. physischer Aggression betroffen waren. Als *betroffen* zählt ab Nennung von einem Erlebnis mit verbaler bzw. physischer Aggression. Abbildung 2 zeigt, dass die Zahl der Betroffenen bei 96,8% und die der Nicht-Betroffenen bei 3,2% liegt.

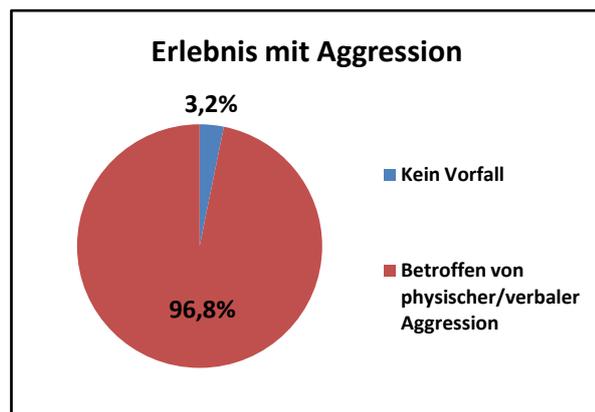


Abbildung 2: Erlebnis mit Aggression

Auf Grundlage dieser Erkenntnis gilt es die Forschungshypothesen zu überprüfen.

4.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt nahmen $N=221$ Personen an der Befragung teil. Davon gaben, wie in Abbildung 3 ersichtlich, 68,8% das weibliche, 29% das männliche Geschlecht, 1,4% andere Angaben (männlich/weiblich, männlich? und cis-weiblich) und 0,9% keine Angaben an.

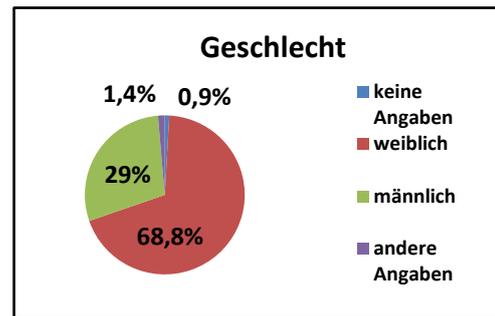


Abbildung 3: Angaben zum Geschlecht

Bezüglich der Auswahl der Arbeitsbereiche konnten der/die einzelne Befragte mehrere angeben, da die Träger der Sucht- und Wohnungslosenhilfe häufig verschiedene Hilfeangebote offerieren und demzufolge die Mitarbeitende mit einer Stelle mehrere Bereiche abdecken können. Die Anzahl der gewählten Arbeitsbereiche, die in Abbildung 4 dargestellt sind, belaufen sich auf 259 Nennungen aus 9 Kategorien von den 221 Proband_innen.

Am häufigsten mit 45,9% wurde der Arbeitsbereich Hilfen nach § 67, 53 angegeben. Es folgen mit deutlichem Abstand die Arbeitsbereiche Psychosoziale Betreuung für Substituierte (11,2%), Wohnheim für Obdachlose (8,5%), Suchtberatung (8,1%), Angebote der Wohnungsnotfallhilfe (8,1%) sowie die vier Arbeitsbereiche mit den wenigsten Nennungen stationäre Suchttherapie (6,2%), Sonstiges (4,6%), Straßensozialarbeit (4,2%) und ambulante Suchttherapie (3,1%).

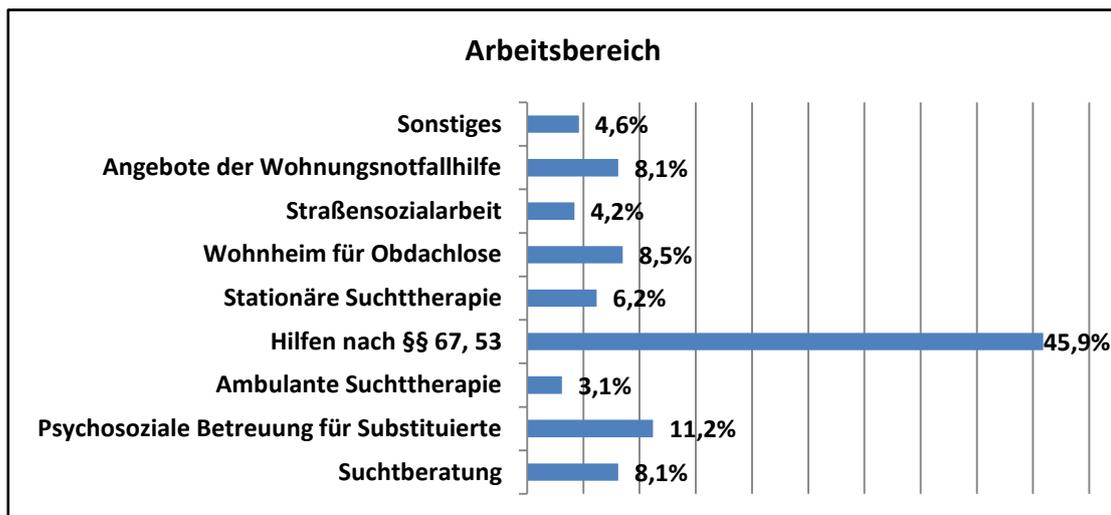


Abbildung 4: Angaben zum Arbeitsbereich

Erwartungsgemäß ist, wie in Abbildung 5 ersichtlich, von den $N=221$ Befragten die größte Gruppe mit 79,6%, die der Sozialarbeiter_innen. An zweiter und dritter Stelle folgen, mit einer großen Differenz zur ersten Gruppe, mit 2,7% die der Suchttherapeut_innen und mit 2,2% die der Psycholog_innen. Die restlichen 15,5%, es gab insgesamt fünf Mehrfachnennungen, sind weitgehend Einzelnennungen wie Diplom-Pädagogin, Bezugstherapeutin, Betreuerin, Therapeutin, Erziehungswissenschaftlerin und Sozialtherapeutin.

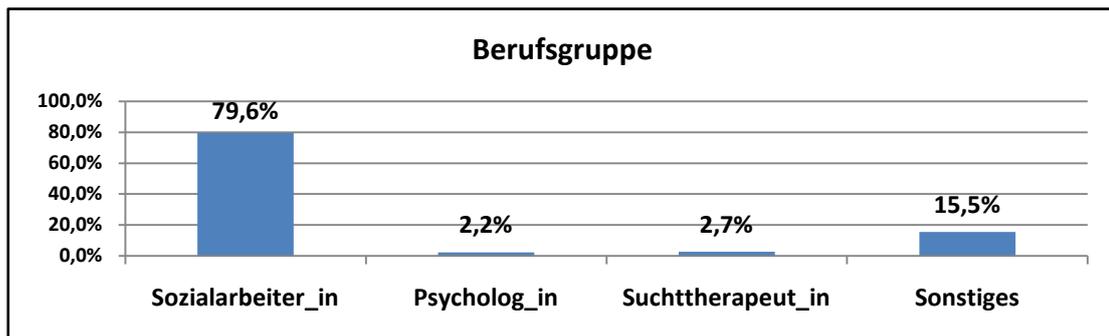


Abbildung 5: Angaben zur Berufsgruppe

4.2 Erste Forschungshypothese:

Die Häufigkeitsverteilungen der Aggressionsformen

H1: „Die Häufigkeit von Aggressionen ist bei verbalen höher als bei physischen Aggressionen.“

Die erste Hypothese beschäftigt sich mit der Häufigkeit von verbalen und physischen Aggressionen. Mit dem univariaten deskriptiven Statistiktest für Mehrfachantworten wurde die Häufigkeit (AV) gemessen.

Die Auswertung von der Befragung der $N=221$ Testpersonen ergab, dass laut Aussage der Proband_innen im besagten Zeitraum von 12 Monaten mindestens 1.126 Fälle von physischen Aggressionen und mindestens 17.035 Fälle von verbalen Aggressionen aufgetreten sind.

Von den im Fragebogen angebotenen verbalen sowie physischen Aggressionen wurden in unterschiedlicher Ausprägung alle Kategorien ausgewählt. Zusätzlich wurde die Option der freien Eingabemöglichkeiten zur Ergänzung von weiteren Formen der verbalen und physischen Aggressionen genutzt. Es folgt nun die Darstellung der Verteilung der insgesamt 18.161 benannten Aggressionen in

Bezug auf die Häufigkeit, im Fragebogen pro Tag / mehrmals pro Woche / mehrmals pro Monat / mehrmals pro Jahr und einmal in den letzten 12 Monaten wählbar.

An jedem Arbeitstag: Es handelte sich hierbei ausschließlich um verbale Aggressionen und diese setzen sich wie Abbildung 6 zeigt wie folgt zusammen: 3,6% der Befragten erlebten die Konfrontation mit „verrohter / rüder Sprache“. Das gleiche Ergebnis ergab sich auch für die „Verweigerungshaltung“. Es folgen mit 1,4% „Beschimpfungen / Beleidigungen“, mit 0,9% „Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten“ sowie mit je 0,5% „Drohungen mit körperlicher Gewalt“ und „Lächerlichmachen Ihrer Person“. Für die Kategorie „an jedem Arbeitstag“ gaben 0,9% eine weitere Form für die verbalen Aggression an: „psychische Belastung durch permanente Entlastung der Klienten in Einzelgesprächen“ und „Drohung, andere schwer zu verletzen“.

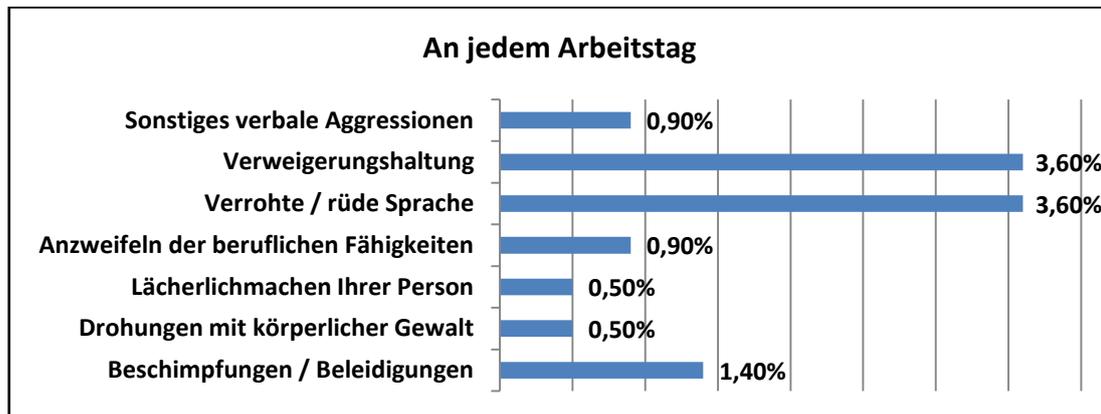


Abbildung 6: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen an jedem Arbeitstag

Mehrmals in der Woche, Abbildung 7 veranschaulicht: 11,3% der Befragten gaben an, dass ihnen eine „Verweigerungshaltung“ von Klient_innen begegnete. An zweiter Stelle steht die „verrohte / rüde Sprache“, welche 9% mehrmals in der Woche betraf. Mit einem deutlichen Abstand nannten für diese Kategorie 2,7% das „Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten“, 2,3% „Beschimpfungen / Beleidigungen“, 1,4% „Lächerlichmachen Ihrer Person“, 0,9% „sexuelle Angebote / Beziehungsangebote / „Anmache““; als physische Aggressionen nannten 0,9% „Gewalt gegen Sachen“ sowie 0,5% „sexuelle Übergriffe“. Weitere 0,9% nannten eine Ergänzung auch für die verbalen Aggressionen, jedoch ohne Angabe, um welche Form der verbalen Aggression es sich jeweils handelte.

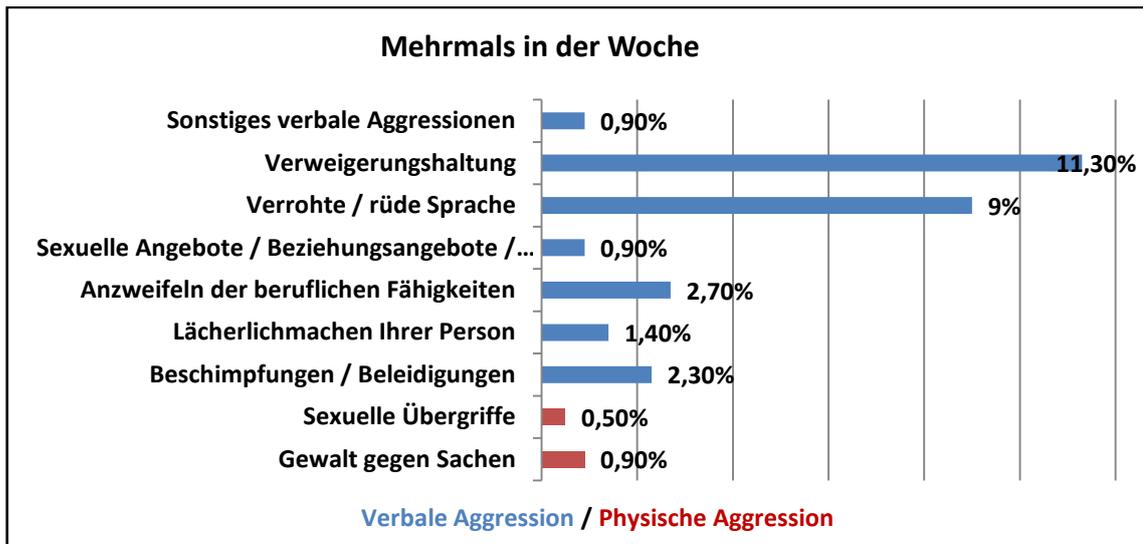


Abbildung 7: Häufigkeit von verbalen/ physischen Aggressionen mehrmals in der Woche

Mehrmals im Monat waren, wie Abbildung 8 zeigt, 25,8% der Stichprobe mit „Verweigerungshaltung“ von Klient_innen konfrontiert, gefolgt von „verrohter / rüder Sprache“, welche 19% angaben. „Beschimpfungen / Beleidigungen“ wurden von 12,2%, „Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten“ von 10%, „Drohung mit Selbstverletzung / Suizid“ von 8,1%, „Lächerlichmachen Ihrer Person“ von 6,8%, „Gewalt gegen Sachen“ von 4,5%, „sexuelle Angebote / Beziehungsangebote / „Anmache““ von 3,2% sowie „Drohungen mit körperlicher Gewalt“ von 2,7% angegeben. Unter 1,5% wurde in folgender Rangfolge „Kneifen / Kratzen“, „Festhalten / Anklammern“, „Schubsen“, „Todesdrohungen“, „Haareziehen“, „Schlagen“, „Treten“, „Angriff mit Waffen“, „sexuelle Übergriffe“ und „Würgen“ genannt. Für den Zeitraum „mehrmals im Monat“ gaben 0,5% eine weitere Ausprägung für die physischen Aggressionen an, die erlebt wurde: „Müll, Gegenstände aus dem Fenster werfen“, 5,9% gaben weitere Formen für die verbale Aggressionen an: „Bedrohung“, „Kontaktterror (z. B. ständiges Anrufen) in Problemsituationen mit einem Borderlinekunden“, „Laut werden“, „massive Bedrohungen“, „verbale Angriffe“, „verbale Beschimpfungen“, „lautes Brüllen“, „Neid der Sozialschichten in Berlin“, „rassistische Äußerungen“, „rassistische Äußerungen über andere Klienten“, „sich beim Amt beschweren“, „Versuch der emotionalen Erpressung, Abbruch der Beratung, herablassendes Verhalten“ und „Wutausbrüche, lautes Schreien“.

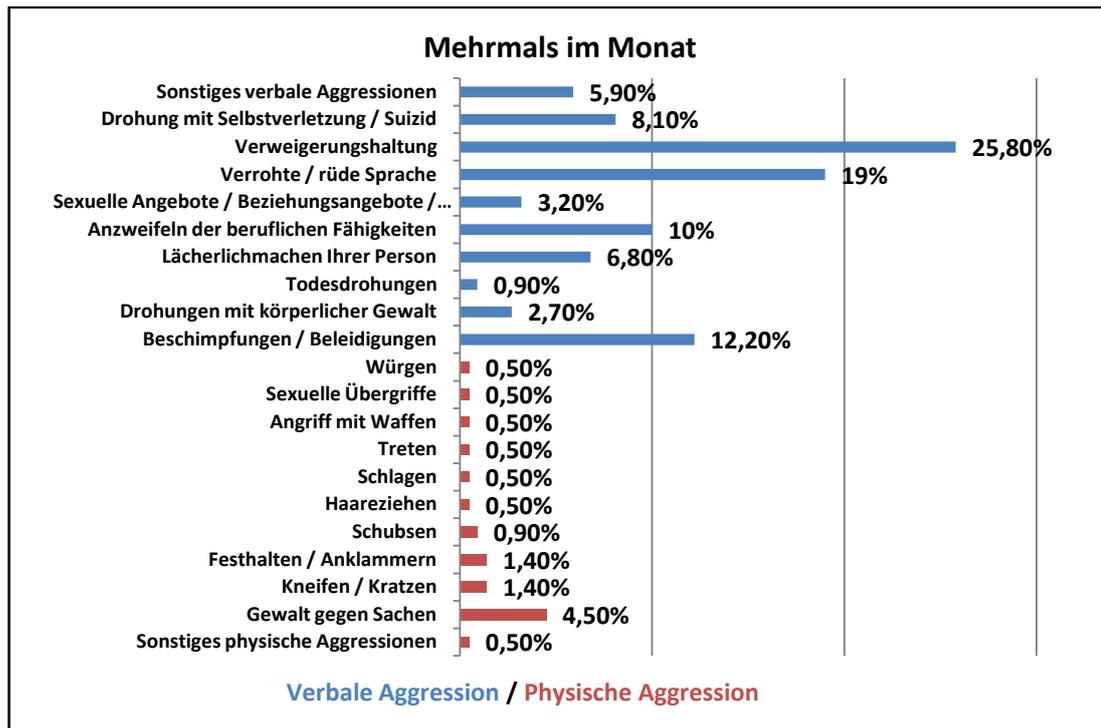


Abbildung 8: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen mehrmals im Monat

Mehrmals im Jahr, veranschaulicht in Abbildung 9, waren 42,5% der Befragten von „Beschimpfungen / Beleidigungen“ durch Klient_innen betroffen. Am zweithäufigsten wurde das „Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten“ erlebt, was 37,6% angaben, gefolgt von 35,3%, die die „Verweigerungshaltung“ und von 33,9%, die „verrohte / rüde Sprache“ benannten. 31,2% beantworteten für „mehrmals im Jahr“ Übergriffe durch „Drohung mit Selbstverletzung / Suizid“, 28,1% „Lächerlichmachen Ihrer Person“ und mit einem kleinen Abstand folgte die Angabe der physischen Aggression „Gewalt gegen Sachen“, mit welcher 21,3% konfrontiert waren. „Sexuellen Angeboten / Beziehungsangeboten / „Anmache““ begegneten 16,3% und „Drohungen mit körperlicher Gewalt“ 15,4%. Unter 5% waren die Befragten mehrmals im Jahr von „Schubsen“, „Spucken“, „Festhalten / Anklammern“, „Schlagen“, „Angriff mit Waffen“, „Treten“, „sexuelle Übergriffe“ und „Kneifen / Kratzen“ betroffen. Weitere Angaben für „mehrmals im Jahr“ trafen 3,2% für physische Aggressionen: „Gewalt zwischen Konsumenten“, „Klienten schlagen sich gegenseitig“, „Schlichtung von Streitsituationen unter dem [sic!] Klientel“, „Türenschiagen“, „Türenknallen, Geschrei“ und „zu nahes Positionieren im Gespräch im Stehen“. Die verbalen Aggressionen wurden für diese Zeitspanne

von 7,7% um folgende Ausprägungen ergänzt: „aggressives Auftreten in Beratung“, „Aggressionen gegen sich selbst: Messer an Pulsadern und Kehle gehalten“, „Anbrüllen“, „Anschreien“, „Bedrohung“, „Beleidigungen, Beschimpfungen“, „Drohungen“, „lautes vor sich Hinschimpfen“, „Schreien, Pöbeln“, „verbale Aggression“, „verbale Attacken“, „verbale Gewalt“, „Drohung körperlicher Gewalt gegen meine Kinder“, „Geschrei“ sowie „Schimpfen“.

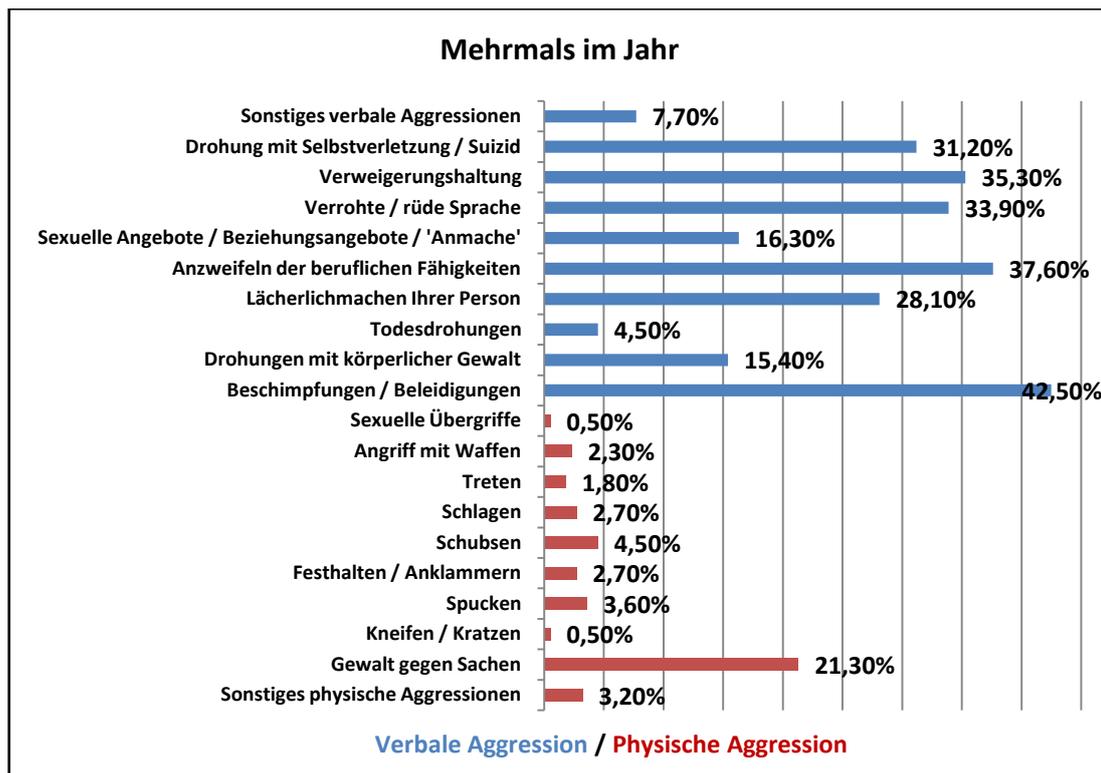


Abbildung 9: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen mehrmals im Jahr

Einmal in den letzten 12 Monaten erlebten, wie in folgender Abbildung 10 dargestellt, 27,6% der Mitarbeitenden „Gewalt gegen Sachen“. An zweiter Stelle dieser Kategorie steht „Drohung mit Selbstverletzung / Suizid“, mit der 24,9% der Befragten angegriffen wurden. 22,2% gaben an, dass sie einmal in den letzten 12 Monaten damit konfrontiert waren, dass ihre beruflichen Fähigkeiten angezweifelt wurden. 29,4% waren von der „Drohung von körperlicher Gewalt“ und genauso viele von „Beschimpfungen / Beleidigungen“ betroffen. 18,6% gaben als verbale Aggression das „Lächerlichmachen Ihrer Person“ als einmaliges Erlebnis in den letzten 12 Monaten an und 14,5% nannten für diesen Zeitraum „sexuelle Angebote / Beziehungsangebote / ‚Anmache‘“. Die „Verweigerungshaltung“ und „verrohte /

rüde Sprache“ wurden je von 9,5% angegeben, gefolgt von 9%, die von „Spucken“ in dieser Zeitspanne betroffen waren. 8,6% beantworteten, dass sie „Todesdrohungen“ erhielten. Es waren 5,4% mit „Festhalten / Anklammern“, je 5% mit „Schubsen“ sowie „Angriff mit Waffen“, 3,6% mit „Schlagen“, je 2,7% mit „Treten“ sowie „sexuelle Übergriffe“ und unter 1% waren mit „Kneifen / Kratzen“ und mit „Haareziehen“ konfrontiert.

In der letzten Kategorie „einmal in den letzten 12 Monaten“ gaben 1,8% weitere Vorfälle für die physischen Aggressionen an: „äußerst angespannte Körperhaltung, welche bei mir die Sorge verursachte, dass es zu einem physischen Angriff kommen wird“, „handgreifliche Auseinandersetzung“, „sexuelles Annähern, aber kein Übergriff“ und „Türeenschlagen“.

3,6% nannten für den Zeitraum folgende weitere verbale Aggressionen: „verbale Bedrohung“, „Beleidigung, Stalking“, „Drohen“, „verbale Auseinandersetzung in erhöhter Lautstärke“, „Anzeige wegen Unterschlagung von Eigentum nach langer Aufbewahrungszeit“, „Diskriminierungsäußerungen gegenüber anderen sozialen Gruppen“, „sehr laute Sprache“ und „Ziehen einer Waffe als Gewaltandrohung“.

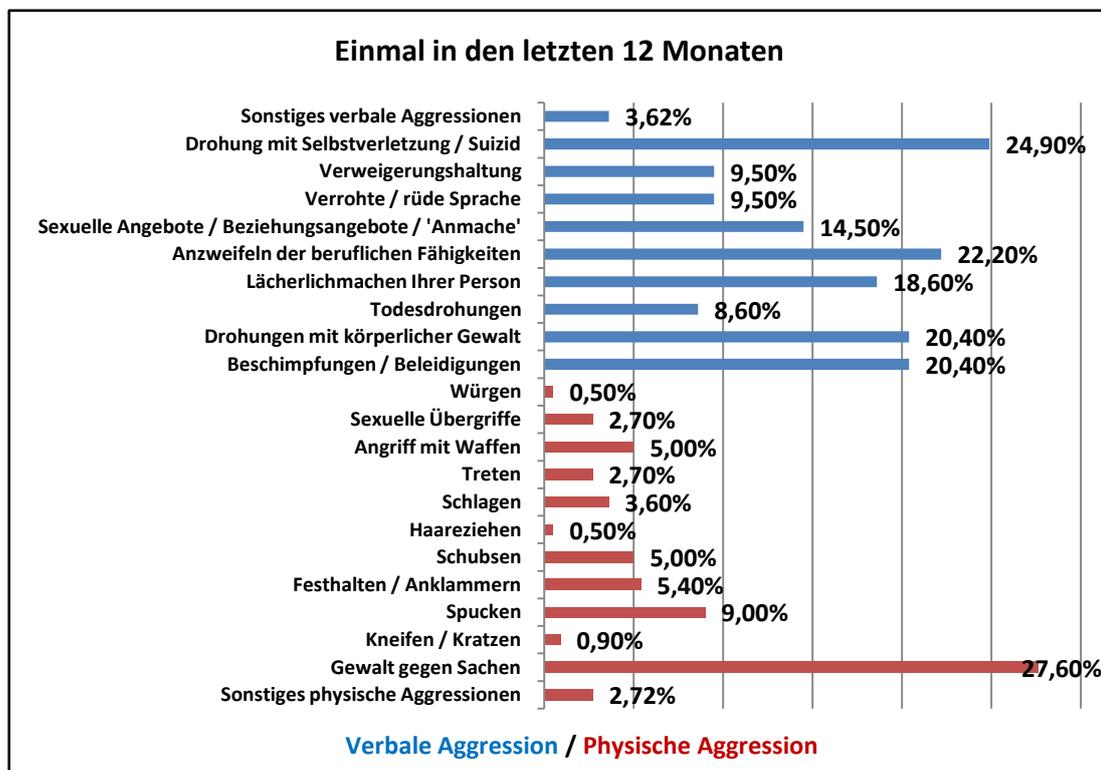


Abbildung 10: Häufigkeit von verbalen/physischen Aggressionen einmal in den letzten 12 Monaten

4.3 Zweite Forschungshypothese: Gesundheitliche Folgebeschwerden durch verbale oder physische Aggressionen

H₂: „Das Erleben von verbaler/physischer Aggression führt bei Mitarbeiter_innen mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung zu signifikant mehr gesundheitlichen Folgebeschwerden (2a, b, c, d) als bei Mitarbeiter_innen mit über fünf Jahren Berufserfahrung.“

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurde zuerst die Variable Berufserfahrung in zwei Gruppen >5 und <5 dichotomisiert. 41,6% gaben weniger als fünf Jahre Berufserfahrung und 58,4% mehr als fünf Jahre Berufserfahrung an. Um potentielle gesundheitliche Folgebeschwerden (AV) durch verbale bzw. physische Aggressionen zu identifizieren, wurden vier Messwerte benannt, welche unter anderem mit dem Chi-Quadrat-Test untersucht wurden:

a) Anzahl der Krankheitstage durch verbale/physische Aggressionen

Der Mittelwert der Krankheitstage allgemein wurde mit dem t-Test errechnet und liegt für den befragten Zeitraum bei 11,98 Tagen. Für die Mitarbeitenden mit unter fünf Jahren Berufserfahrung liegt er bei $M=8,53$ und für diejenigen mit über fünf Jahren bei $M=14,44$ Tagen.

Der Chi-Quadrat-Test ergab und Abbildung 11 veranschaulicht, dass 3,3% der Mitarbeitenden <5 Jahren Berufserfahrung ($M=5,7$, $SD=8,2$) und 10,1% der Mitarbeitenden >5 Jahren Berufserfahrung ($M=9,5$, $SD=13,7$) Krankheitstage angaben, für die verbale bzw. physische Aggressionen ursächlich sind ($p=0.655$, folglich nicht signifikant).

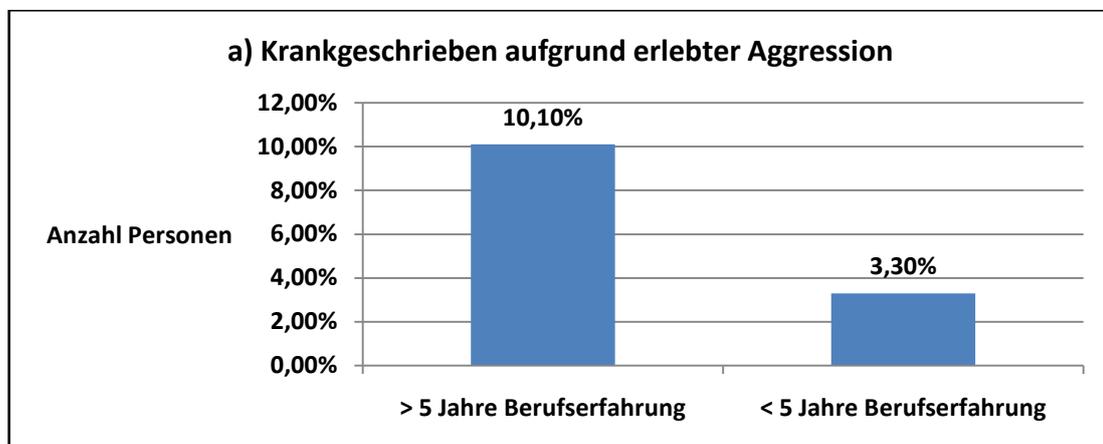


Abbildung 11: Anzahl der Krankheitstage durch verbale/physische Aggression bezogen auf die Berufserfahrung

- b) Inanspruchnahme einer psychischen bzw. physischen Behandlung aufgrund von verbalen/physischen Aggressionen

Infolge einer verbalen oder physischen Aggression nahmen insgesamt 6,8% der Befragten eine psychische Behandlung und 3,2% eine physische Behandlung in Anspruch. Abbildung 12 veranschaulicht: Bezogen auf die Berufserfahrung ergab der Chi-Quadrat-Test, dass sich von den Mitarbeiter_innen mit unter fünf Jahren Berufserfahrung 8,7% in psychische und 2% in physische Behandlungen begaben. Bei den Mitarbeiter_innen mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung waren 5,4% in psychischer und 3,9% in physischer Behandlung. Der Signifikanztest ergab für die psychischen $p=0.808$ und für die physischen Behandlungen $p=0.725$. Beide Ergebnisse sind nicht signifikant.

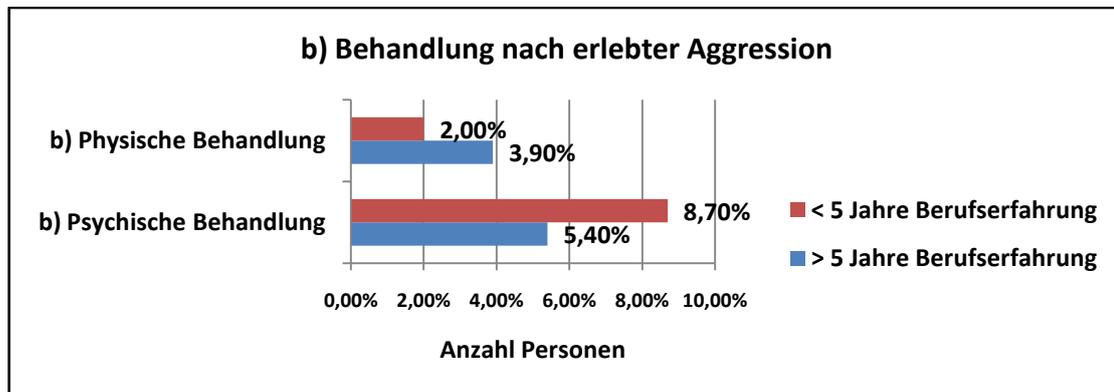


Abbildung 12: Psychische/physische Behandlung nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung

- c) Auftreten von psychischen bzw. physischen Folgen nach einer verbalen/physischen Aggression

Laut den Befragungen führten verbale bzw. physische Aggressionen bei 10% zu psychischen Folgen und bei 3,6% zu physischen Folgen.

Folgende Abbildung 13 stellt die Ergebnisse des Chi-Quadrat-Tests dar. Das statistische Verfahren ergab in Hinblick auf die Berufserfahrung, dass dies häufiger die Gruppe mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung betrifft. In dieser Gruppe gaben 10,9% psychische und 5,4% physische Folgen an. Bei den Mitarbeiter_innen mit unter fünf Jahren Berufserfahrung waren 8,7% von psychischen Folgen und 1,1% von physischen Folgen betroffen. Der Signifikanztest ergab jeweils keine Signifikanz mit $p=0.223$ für die psychischen und $p=0.200$ für die physischen Folgen.

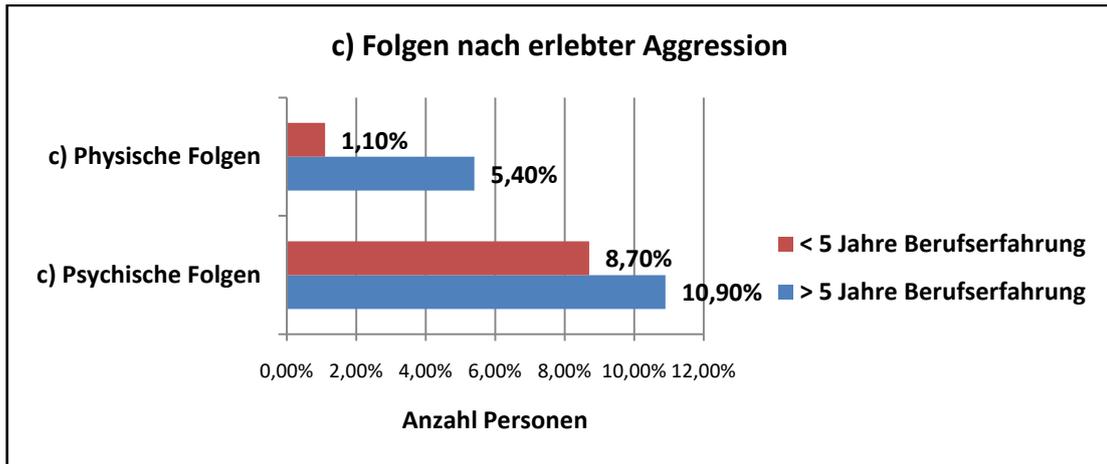


Abbildung 13: Psychische/physische Folgen nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung

2d): Subjektive Einschätzung zur eigenen Belastung

Die Einschätzung der eigenen Belastung nach erlebten verbalen und/oder physischen Aggressionen wurde von den Befragten mithilfe der Beantwortung von fünf Fragen vorgenommen. Alle fünf Fragen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test errechnet.

Die erste Frage, ob die Mitarbeiter_innen „wachsamer, ängstlicher oder angespannter sind“, wurde mit der meistgenannten Kategorie „manchmal“ von 44,2% der erfahreneren und von 39,1% derjenigen mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung beantwortet (Abbildung 14). Der Signifikanztest ergab $p=0.078$, somit also keine Signifikanz.

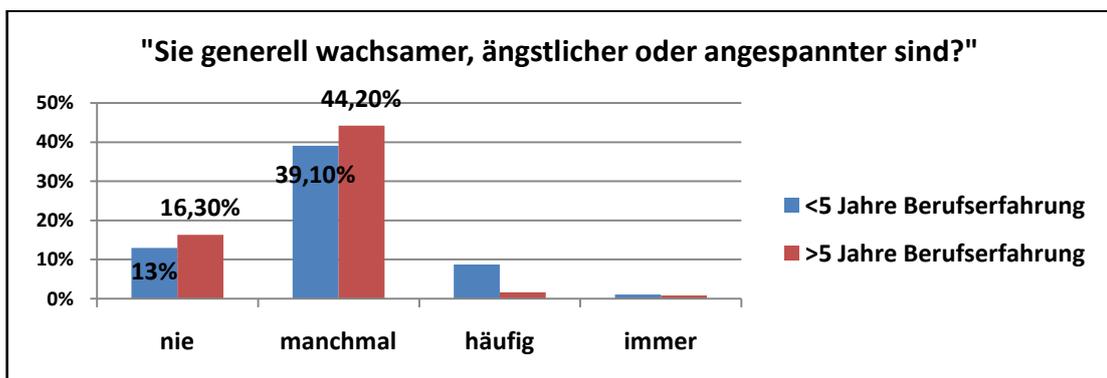


Abbildung 14: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung

Die zweite Frage nach der Belastung durch einen verbalen bzw. physischen Angriff wurde von 32,6% der Gruppe >5 Jahren Berufsgruppe mit der Antwortmöglichkeit „manchmal“ beantwortet. 34,8% nannten diese Antwort aus der Gruppe <5 Jahren Berufserfahrung (Abbildung 15). Der Signifikanztest ergab kein signifikantes Resultat: $p=0.921$.

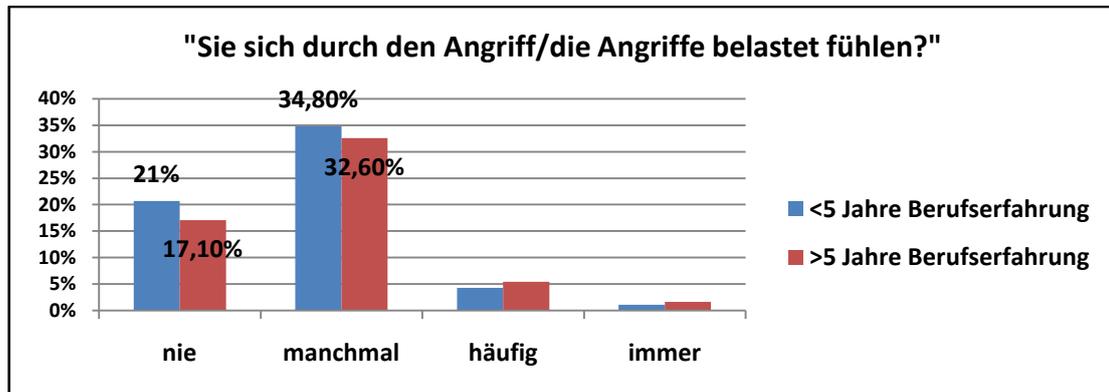


Abbildung 15: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung

Eine ähnliche Ausprägung ist bei den Angaben zur dritten Frage (Abbildung 16), ob sich die Betroffenen nach erlebten verbalen bzw. physischen Aggressionen „immer wieder unwillkürlich daran erinnern müssen“, zu bemerken. 35,7% derjenigen mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung gaben an, dass sie sich manchmal unwillkürlich an das Erlebnis erinnern müssen. 40,2% machten diese Angaben aus der Gruppe mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung. Es besteht keine Signifikanz mit $p= 0.324$.

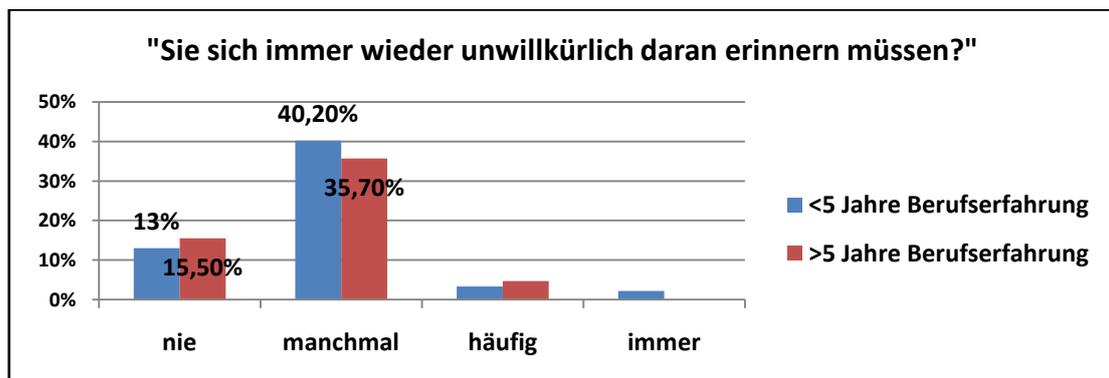


Abbildung 16: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung

19,4% der berufserfahreneren Mitarbeitenden beantworteten die vierte Frage (Abbildung 17), inwieweit sie Schlafprobleme nach verbalen bzw. physischen Angriffen haben, mit „manchmal“. 22,8% machten diese Angabe aus der Gruppe mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung. Bemerkenswert bei den Antworten dieser Frage war die Häufigkeit der Antwort „nie“ im Vergleich zum Antwortverhalten hinsichtlich der anderen Fragen in dieser Kategorie. Diese Antwort wurde von 33,3% aus der Gruppe >5 Jahren Berufserfahrung und von 29,3% mit <5 Jahren Berufserfahrung gewählt. Es liegt kein signifikantes Ergebnis vor: $p=0.551$.

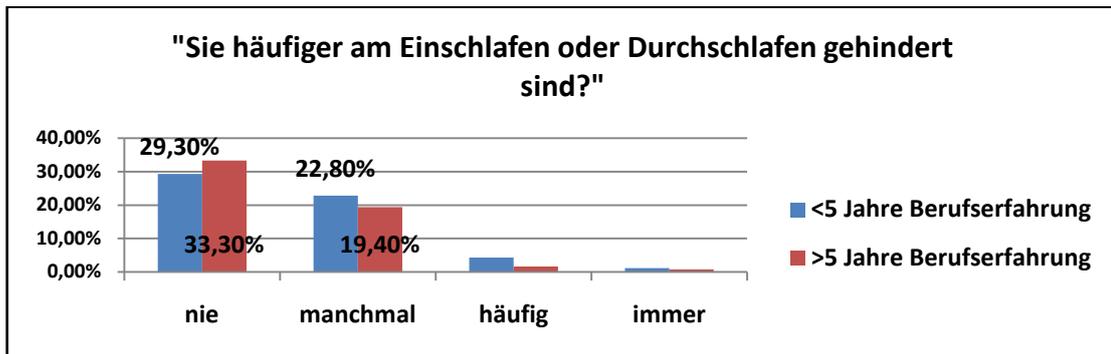


Abbildung 17: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung

Bei der fünften Frage (Abbildung 18), ob die Betroffenen es vermeiden, an den Angriff zu denken, und nicht darüber sprechen, wurde bei beiden Gruppen das Antwortformat „nie“ am häufigsten ausgewählt. Bei den Antworten „manchmal“ und „häufig“ sind keine nennenswerten Unterschiede zu erwähnen. Der Signifikanztest ergab nicht signifikant mit $p=0,53$.

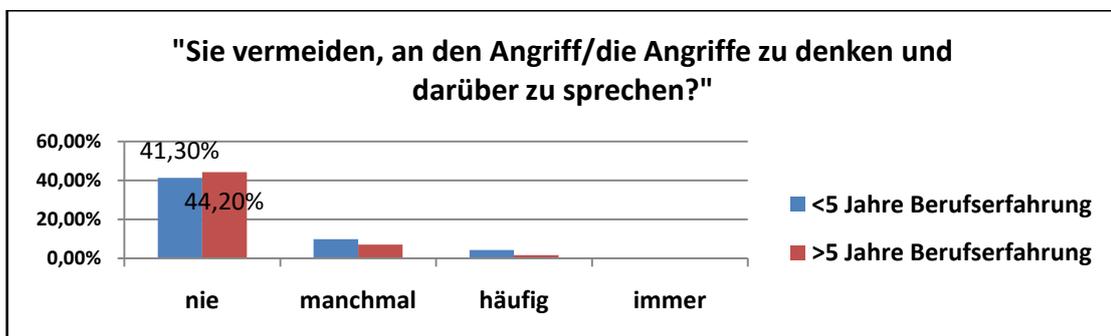


Abbildung 18: Subjektive Einschätzung der Mitarbeitenden nach erlebter Aggression bezogen auf die Berufserfahrung

4.4 Dritte Forschungshypothese: Erhöhtes Sicherheitsgefühl nach geschultem Umgang mit Aggressionen

H_{3a}: „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, halten sich für signifikant besser auf aggressionsbelastende Situationen vorbereitet als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

H_{3b}: „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz signifikant weniger bedroht als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

Als statistisches Verfahren zur Messung der a) Einschätzung der Vorbereitung auf aggressionsbelastende Situationen (AV) sowie b) der Einschätzung der Bedrohung am Arbeitsplatz (AV) wurde der Chi-Quadrat-Test verwendet, in Bezug auf die Schulungen im Umgang mit Aggressionen (UV).

Zur Überprüfung der Hypothesen H_{3a} und H_{3b} wurde die Variable *Schulung* in zwei Gruppen dichotomisiert, in die der Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, und in die der Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen nicht geschult sind. Hieraus ergaben sich folgende Gruppen: 30,3% gaben an, dass sie nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind, und 69,7% gaben an, dass sie im Umgang mit Aggressionen geschult sind. Insgesamt wurden 248 Nennungen bei der Auswahl der verschiedenen Schulungsmaßnahmen getroffen. Mehrfachnennungen waren erlaubt. Die Deeskalation wurde mit 50% am häufigsten genannt, gefolgt von Maßnahmen in gewaltfreier Kommunikation mit 31% und einer Schulung in Selbstverteidigung mit 11,7%. Neben den angegebenen Mehrfachantworten wurde in 7,3% der Fälle die Möglichkeit genutzt, weitere Schulungsmaßnahmen im offenen Eingabefeld aufzuzählen, wie Argumentationstraining gegen Rechts, Motivierende Gesprächsführung und Schulung in Gewaltprävention.

H_{3a}: Vorbereitung auf aggressionsbelastende Situationen

Mit dem Chi-Quadrat-Test wurde nach der Einteilung der zwei Gruppen der jeweilige Zusammenhang zwischen geschultem/nicht geschultem Personal und der Einschätzung, inwieweit die Befragten sich auf aggressionsbelastende Situationen

vorbereitet halten, errechnet. Folgende Ergebnisse sind in Abbildung 19 veranschaulicht.

Die Gruppe ($n=69,7\%$), die in verschiedenen Maßnahmen geschult ist, schätzte sich unabhängig der Schulungsmaßnahme mit einer ähnlichen Tendenz ein, verfügbar waren die Kategorien „sehr gut“ / „gut“ / „schlecht“ / „sehr schlecht“. Die Einschätzung „gut“ wurde dabei mit Abstand am häufigsten genannt. Die Kategorien „sehr gut“ und „schlecht“ stehen an zweiter Stelle mit der nahezu gleichen Verteilung der Angaben. Die Kategorie „sehr schlecht“ wurde am wenigsten ausgewählt.

Bei der Gruppe ($n=30,3\%$), die nicht in Maßnahmen zum Umgang mit Aggressionen geschult war, wurden die Kategorien mit einer anderen Gewichtung gewählt. An oberster Stelle wurde die Einschätzung „schlecht“ von 45,3% getroffen. Mit ähnlicher Höhe, 40,6%, folgte die Kategorie „gut“. 10,9% beantworteten mit „sehr gut“ und 3,1% mit „sehr schlecht“ von der Gruppe, die nicht in diesem Bereich geschult ist. Es liegt ein signifikanter Unterschied mit $p=0.001$ vor.

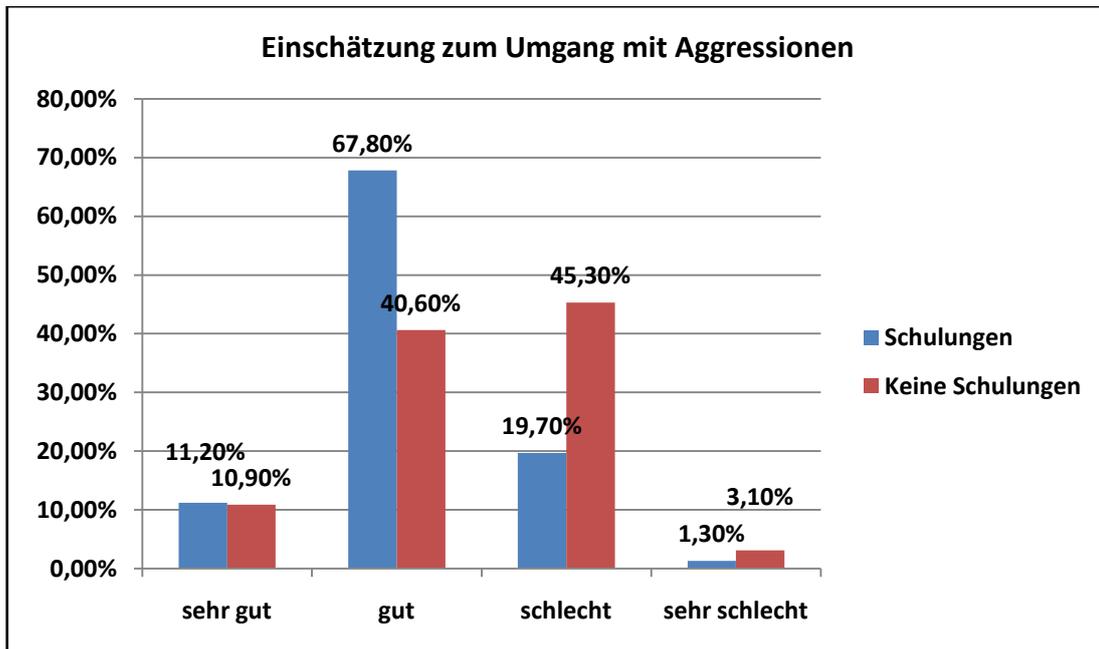


Abbildung 19: Einschätzung zum Umgang mit aggressionsbelastete Situationen von geschulten und nicht geschulten Mitarbeitenden

H_{3b}: Bedrohung am Arbeitsplatz

Wie bei der Hypothese H_{3a} wurde auch bei der Hypothese H_{3b} mithilfe des Chi-Quadrat-Tests die Beziehung zwischen den zwei Gruppen, die geschult bzw. nicht geschult sind, und der Einschätzung hinsichtlich der Frequenz des Bedrohungsgefühls betrachtet (Abbildung 20). Das statistische Verfahren ergab, dass sich bei der geschulten ($n=69,7\%$) sowie bei der nicht geschulten Gruppe ($n=30,3\%$) eine annähernd gleiche Verteilung der Antworten in Bezug auf die verfügbaren Kategorien der Bedrohungseinschätzung am Arbeitsplatz mit „immer“ / „häufig“ / „manchmal“ / „nie“ ergeben hat. Hierzu sei auf folgende Abbildung 20 verwiesen, welche zum einen verdeutlicht, dass die Kategorien „immer“ lediglich mit 3% von der nicht geschulten Gruppe und „häufig“ von 1,3% der geschulten Gruppe gewählt wurden. Zum anderen sind die verbleibenden Kategorien „manchmal“ und „nie“ so verteilt, dass „manchmal“ am zweithäufigsten mit 46,4% der geschulten Gruppe und mit 42,4% von der nicht geschulten Gruppe genannt wurden und „nie“ wurde am häufigsten mit 52,3% von der geschulten Gruppe und mit 54,6% von der nicht geschulten Gruppe genannt. Die Auswertung ergab keinen signifikanten Unterschied $p=0.127$

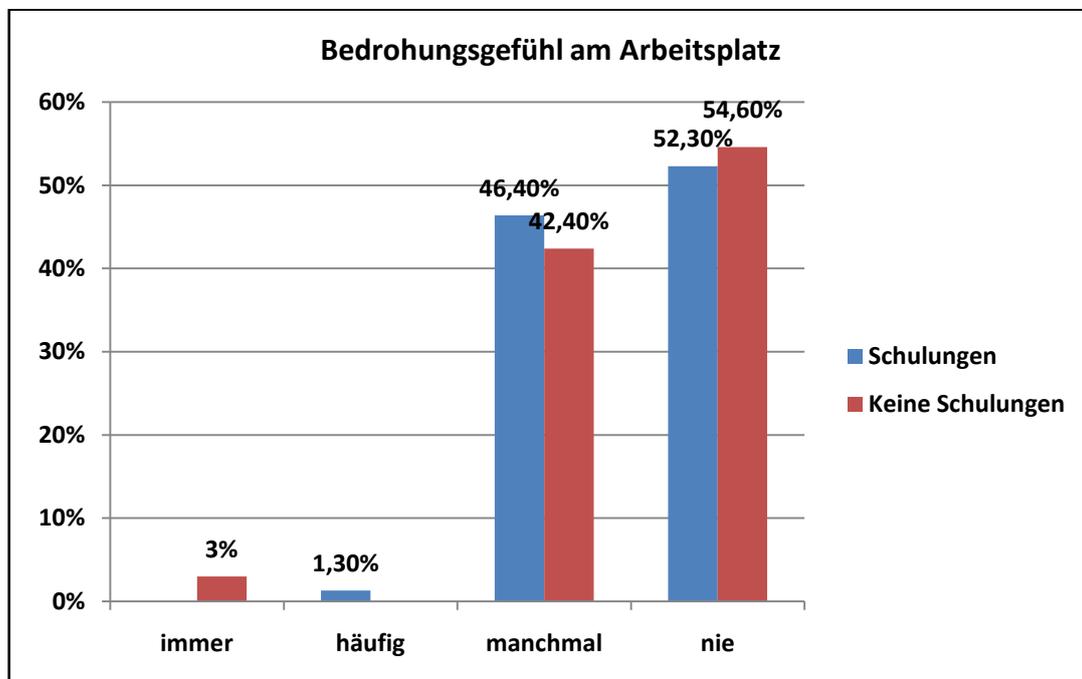


Abbildung 20: Einschätzung zum Bedrohungsgefühl am Arbeitsplatz von geschulten und nicht geschulten Mitarbeitenden

4.5 Ergänzende Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt

Im Folgenden werden weitere Ergebnisse dargestellt, welche im Rahmen der Befragung ebenfalls erhoben wurden und die der anschließenden Diskussion von Nutzen sein können.

1. Maßnahmen nach einem Übergriff

In Abbildung 21 ist dargestellt, welche Maßnahmen die jeweilige Einrichtung unternahm, nachdem Mitarbeitende verbal und/oder physisch angegriffen wurden. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich, sodass die folgenden Ergebnisse sich immer auf die einzelnen Kategorien beziehen. Die errechnete Häufigkeitsverteilung zeigt also eine Vielfalt an Maßnahmen, die nach jeweiligen Vorfällen innerhalb einer Einrichtung getroffen wurden. Annähernd 50% der Proband_innen gaben an, dass nach aggressiven Vorfällen das Team unterrichtet wurde, und 33,5% der Befragten sagten aus, dass eine Reaktion auf die Klientel erfolgte, indem diese ein Hausverbot erhielt. Etwa 20% gaben jedoch auch an, dass es zu keinen Maßnahmen kam, da Vorfälle nicht gemeldet wurden. Knapp 30% der Befragten gaben noch weitere Maßnahmen in der Rubrik „Sonstiges“ an, darunter Betreuungsende, Betreuerwechsel, Einzelsupervision, Freistellung des Mitarbeiters und kollegiale Fallberatung.

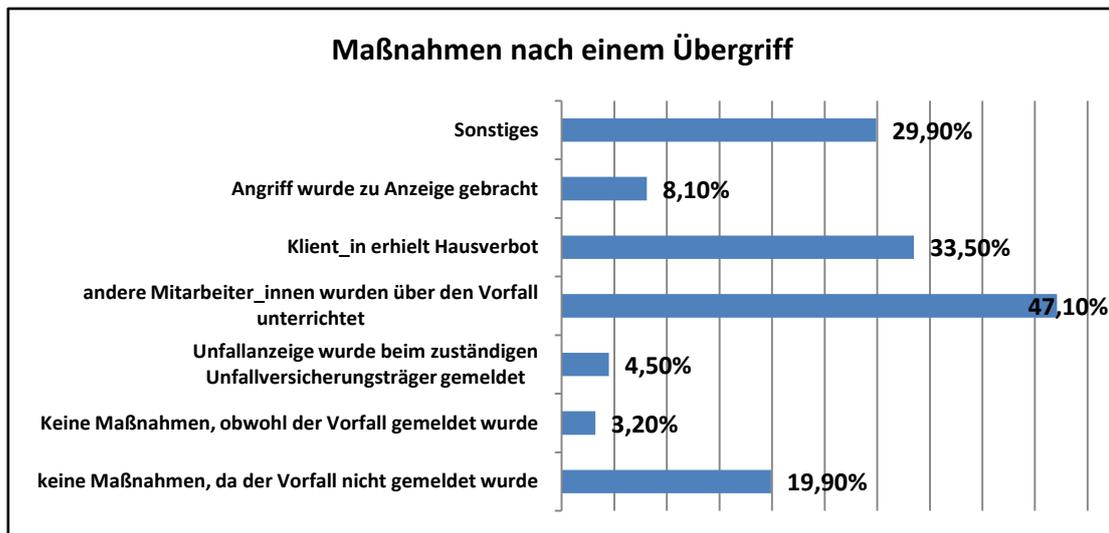


Abbildung 21: Maßnahmen der Einrichtungen nach einer verbalen/physischen Aggression durch Dritte

2. Anteil von Aggressionen an der gesamten Arbeitsbelastung

In Abbildung 22 wird die Einschätzung der Mitarbeitenden dargestellt, welchen Anteil verbale bzw. physische Aggressionen an der gesamten Arbeitsbelastung haben. Der Mittelwert, welcher mit dem t-Test errechnet wurde, um den Unterschied der Gewichtung in Bezug auf die gesamte Arbeitsbelastung darzustellen, ist bei den verbalen Aggressionen $M=4,25$ und bei den physischen Aggressionen $M=2,35$.

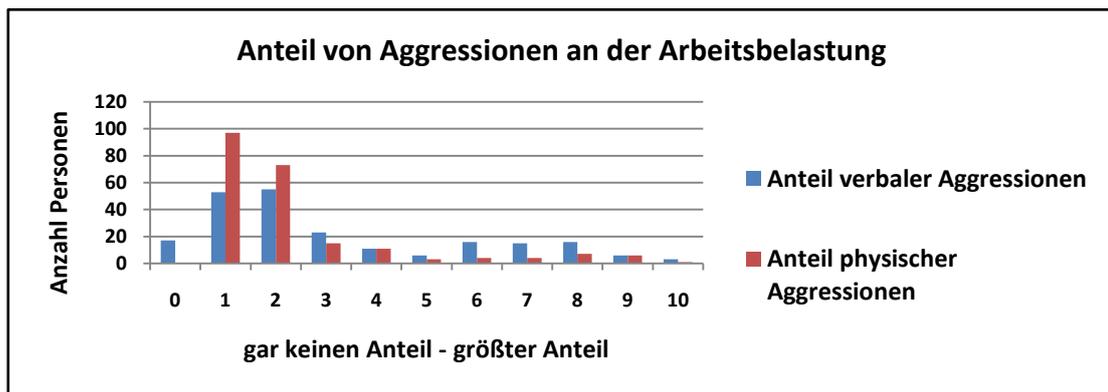


Abbildung 22: Anteil der verbalen/physischen Aggressionen an der gesamten Arbeitsbelastung

3. Grad der Belastung der verbalen Aggressionen

Mit Blick auf die Antwortformate „häufig“ und „manchmal“, bezugnehmend auf den Grad der Belastung (Abbildung 23), stehen die „Verweigerungshaltung“, „Beschimpfungen/Beleidigungen“ und das „Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten“ an vorderer Stelle. Die „Drohung mit Selbstverletzung / Suizid“ wurde von 7,2% mit der Antwortoption „immer“ angegeben. Mithilfe des Chi-Quadrat-Tests wurden darüber hinaus mögliche Zusammenhänge zwischen Geschlecht und der Einschätzung des Belastungsgrads ermittelt. Bei drei der neun genannten verbalen Aggressionsformen kann von einer Verbindung ausgegangen werden, bei der jeweils die Mitarbeiterinnen höhere Angaben bei den Antwortformaten „immer“, „häufig“ und „manchmal“ vornahmen aufgrund folgender signifikanter Werte. Dies betrifft die „Todesdrohungen“ mit einer Signifikanz von $p<0.019$, das „Lächerlichmachen Ihrer Person“ mit der Signifikanz $p<0.002$ sowie „Sexuelle Angebote“ mit $p<0.006$.

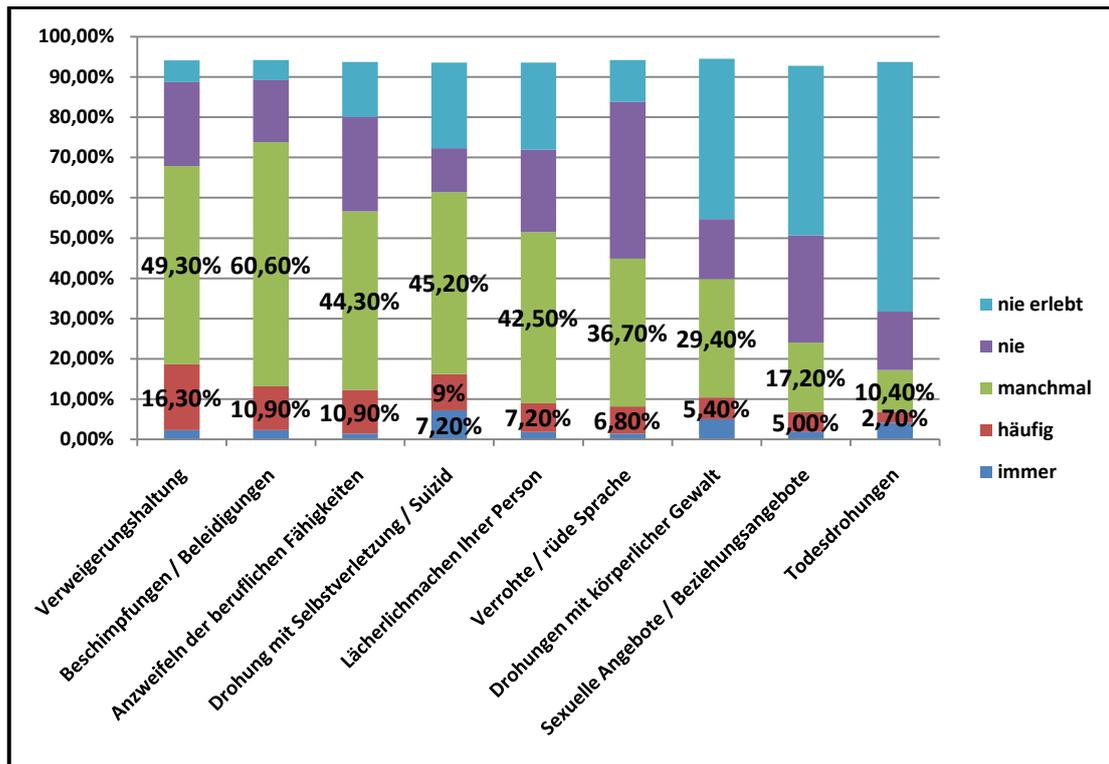


Abbildung 23: Einschätzung des Belastungsgrads verschiedener verbaler Aggressionen

Im anschließenden Kapitel erfolgt die Diskussion der Ergebnisse.

5 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Dieses fünfte Kapitel dient der Diskussion und Interpretation der vorgestellten Ergebnisse, um sie vor dem Hintergrund der Theorie und Empirie zu Aggressionen im Arbeitsleben einordnen zu können.

Zunächst folgen jedoch im ersten Unterkapitel die kritischen Anmerkungen zu den gegebenen Limitationen der Studie, die bei der Ergebniseinordnung stets berücksichtigt werden müssen.

Anschließend werden die vorgestellten Hypothesen vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse diskutiert, ehe das Kapitel mit der Erwägung schließt, inwieweit die Ergebnisse für die Praxis relevant sind, welche Handlungsschritte abgeleitet werden können und welcher weitere Forschungsbedarf bestehen könnte.

5.1 Limitationen der Studie

Die Einschränkungen der Studie sind hauptsächlich beim Erhebungsinstrument, der Stichprobe sowie bei den ökonomischen Voraussetzungen erkennbar.

Die Hauptlimitation wird beim Erhebungsinstrument gesehen, da dieses aus mehreren Fragebögen besteht und damit letztlich neu entwickelt wurde. Zwar fand ein Pretest statt, dieser wurde jedoch nur an einer kleinen, subjektiv ausgewählten Personengruppe durchgeführt. Nur Teile des Instruments bestehen aus veröffentlichten Fragebögen wie dem von Richter und von POPAS, daher ist es nahezu ausgeschlossen, dass das Instrument sowie die Resultate die Kriterien der externen und internen Validität sowie der Reliabilität erfüllen. Durch den Fragebogenmix, die Veränderung von Antwortformaten und das Hinzufügen von Kategorien wie der Suizidandrohung bei verbaler Aggression wird es erschwert, die Ergebnisse mit bestehenden Studien zu vergleichen.

Zudem korrelieren zwar verschiedene Variablen, so bspw. bei der dritten Hypothese hinsichtlich der Verbindung zwischen Schulung und Umgang mit Aggressionen, dennoch können Kausalitäten deshalb nicht impliziert werden.

Darüber hinaus muss kritisch darauf hingewiesen werden, dass das Informationsschreiben im Fragebogen die Befragten unter Umständen beeinflusst haben könnte, da im ersten Satz dessen die Aussage enthalten war, dass Aggressionen in den Feldern des Gesundheitswesens vorkommen. Ferner war im Fragebogen von „Aggressionen am Arbeitsplatz“ (z. B. Büro) die Rede, weswegen die Teilnehmer_innen sich gegebenenfalls nur auf den festen Arbeitsort bezogen haben könnten, jedoch nicht auf Außentermine oder Begleitungen von Klient_innen. Dies könnte in einer weiteren Studie mit der Verwendung des Begriffs „Arbeitsleben“ vermieden werden.

Eine weitere Limitation wird bei der Zusammensetzung der Stichprobe gesehen. Es wurden Mitarbeitende aus den Bereichen der Suchthilfe und der Wohnungslosenhilfe befragt, wobei die Thesis sich vor allem auf den Bereich der Suchthilfe bezieht. Zwar gibt es bei der Klientel in diesen zwei Tätigkeitsfeldern häufig Überschneidungen und es wird davon ausgegangen, dass die Ergebnisse für beide Arbeitsbereiche die gleiche Relevanz haben, dennoch unterstreicht dieser

Umstand, dass die Stichprobe nicht repräsentativ gewesen ist. Aufgrund der besonderen Komponente von in Teilen substanzgebrauchenden Klient_innen muss zudem davon abgeraten werden, die Ergebnisse auf verwandte Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen zu verallgemeinern, wenn auch deutliche Parallelen zu anderen ähnlichen Arbeitskontexten gezogen werden können.

Ergänzend zur Limitation der Stichprobe kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die befragten Mitarbeitenden von vornherein für das Thema sensibilisiert waren und dies wiederum zu Verzerrungen der Ergebnisse geführt hat. Ein weiterer limitierender Aspekt der vorliegenden Untersuchung sind die letztlich reduzierten Möglichkeiten bei der Realisierung eines Forschungsprojektes im Rahmen einer Masterthesis. Dementsprechend muss auch die Einschränkung durch subjektive Einschätzung in Bezug auf das Forschungsinteresse genannt werden, dies schließt die Konzeption des Fragebogens, die Auswahl der Testpersonen sowie die Interpretation der Ergebnisse mit ein.

Die benannten Limitationen der Studie verdeutlichen, dass sie die Gütekriterien einer quantitativen Forschungsmethode wie der deskriptiven Analyse nicht umfänglich erfüllen kann. Die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes können daher keinen Anspruch auf Repräsentativität und Verlässlichkeit erheben, sondern haben maximal einen orientierenden Charakter.

Es folgt der Diskurs zu den drei Forschungshypothesen.

5.2 Zur ersten Forschungshypothese:

verbale vs. physische Aggressionen

Bevor der Einstieg in die Debatte um die Verteilung und Gewichtung der verschiedenen verbalen sowie physischen Aggressionsformen erfolgt, soll an dieser Stelle das erste Resultat in Bezug auf die Erhebung von erlebten Aggressionen Erwähnung finden.

Von der befragten Gruppe erlebten bis auf 3,2% der Teilnehmer_innen verbale und/oder physische Aggressionen innerhalb des Befragungszeitraumes von 12 Monaten. Dieses Ergebnis ist bemerkenswert und verdeutlicht die Relevanz des Themas. Es weist damit auf die Notwendigkeit hin, diese Problematik näher zu untersuchen.

H₁: „Die Häufigkeit von Aggressionen ist bei verbalen höher als bei physischen Aggressionen.“

Hochgerechnet betrachtet nannte die Gruppe der 221 Befragten mindestens 1.126 Fälle von physischen Aggressionen und mindestens 17.035 Fälle von verbalen Aggressionen für den für die Befragung relevanten Zeitraum der letzten 12 Monate. Im Durchschnitt bedeutet das, dass auf eine_n Mitarbeiter_in pro Jahr mindestens 77 Fälle verbaler und mindestens 5 Fälle physischer Aggression fallen. Diese Aussage zeigt bereits, dass die verbalen Aggressionen, wie in Hypothese H₁ angenommen, häufiger vorkommen als die physischen, auch wenn sie im Detail vorerst nichts über die Verteilung der Fälle auf die jeweiligen Zeitspannen (an jedem Arbeitstag / mehrmals in der Woche / etc.) aussagt. Folglich wurde, wie im Ergebnisteil detailliert beschrieben, die prozentuale Verteilung für die jeweiligen Aggressionsformen in Bezug auf die Zeitvorgaben errechnet. In den Kategorien „an jedem Arbeitstag“, „mehrmals in der Woche“, „mehrmals im Monat“ und „mehrmals im Jahr“ wurden jeweils die erlebten verbalen Aggressionen prozentual häufiger angegeben als die physischen. Die in diesen Zeitspannen am häufigsten genannte Aggressionsform war die Verweigerungshaltung. Mehr als 40% der Stichprobe waren mehrmals im Monat mit Klient_innen, die ihnen gegenüber eine Verweigerungshaltung einnahmen, konfrontiert. Des Weiteren ist die Begegnung mit verrohter, rüder Sprache, wovon mehr als 30% der Befragten mehrmals im Monat betroffen waren, erwähnenswert. Doch nicht nur die Frequenz einiger verbaler Aggressionsformen, auch die Qualität mancher verbaler Aggressionen ist beachtlich. So gaben immerhin 12 Mitarbeitende an, mehrmals im Jahr mit dem Tode bedroht zu werden. 87 Proband_innen, also etwa 39% der Befragten, gaben zudem an, mehrmals im Jahr Suizidandrohungen oder Drohungen mit Selbstverletzung zu erleben. Aufgrund dieser einerseits zahlreichen und andererseits lebensbedrohlichen Nennungen verbaler Aggressionen werden an dieser Stelle auch die Resultate der Belastungseinschätzungen zu verschiedenen verbalen Aggressionen aufgegriffen.

Die Verweigerungshaltung ist die Aggressionsform, welche von immerhin 16,3% der befragten Gruppe als häufig bzw. von 2,3% als immer belastend empfunden wird. Möglicherweise besteht eine Verbindung zwischen der Häufigkeit und der empfundenen Belastung der Verweigerungshaltung. Dieser Vermutung

folgend könnte angenommen werden, dass die empfundene Belastung bei erlebter Verweigerungshaltung als häufig angegeben wurde, da die Verweigerung häufig erlebt wird und die Mitarbeitende somit dafür dementsprechend sensibilisiert und letztlich empfindlicher sind. „Drohung mit Selbstverletzung / Suizid“ ist hierbei nun die Aggressionsform, die am häufigsten mit der Konsequenz angegeben wurde, immer, also bei jedem Erleben, belastend zu sein. 7,2% aller Befragten gaben an, dass das Erleben dieser Aggressionsform sie immer belastet. Dies scheint nachvollziehbar, nachdem besagte 39% der Befragten angaben, mehrmals im Jahr mit Klient_innen, die mit Selbstverletzung/Suizid drohen, umgehen zu müssen.

Insgesamt ergeben die Resultate, wie angenommen, dass die Häufigkeit von Aggressionen bei verbalen höher ist als bei physischen. Die Forschungshypothese H_1 kann somit bestätigt werden und die Hypothese H_0 wird verworfen. Aufgrund der bekannten Einschränkungen dieser Studie kann dieses erste Ergebnis nicht als valide bezeichnet werden. Es sei allerdings angemerkt, dass die Resultate zur Häufigkeitsverteilung von verbalen bzw. physischen Aggressionen nicht den veröffentlichten Erkenntnissen aus Theorie und Empirie widersprechen. Die Ausprägung der einzelnen Formen von verbalen und physischen Aggressionen orientiert sich an dem bisherigen Forschungsstand.

Im Theorieteil dieser Arbeit wurde mitunter die Untersuchung von Richter (2014) aufgeführt, welche das Ausmaß von verbalen Aggressionen im Arbeitsleben im Gesundheitswesen untersuchte. Seine Forschungsergebnisse belegen, dass verbale Aggressionen im Arbeitsalltag des Gesundheitswesens statistisch häufiger vorkommen (Richter, 2014, S. 692). Erschwerend kommt allerdings hinzu, dass die Operationalisierung von verbalen Aggressionen zwar mithilfe der Einteilung von Richter vorgenommen wurde, die Ermittlung von verbalen Aggressionen jedoch abhängig von der subjektiven Einschätzung der Befragten ist. Im Gegensatz zu den physischen Aggressionen ist die Bewertung, ob eine verbale Aggression besteht, oft diffus und subjektiv geprägt. Weiterhin könnte eine noch höhere Ausprägung von verbalen Aggressionen in Erwägung gezogen werden, da Personen, die im sozialen Bereich tätig sind, möglicherweise gegenüber verbalen Aggressionen aufgrund des häufigen Vorkommens unempfindlicher sind und diese bagatellisieren. Ob Mitarbeitende eher sensibilisiert oder abgehärtet werden, bleibt zu untersuchen.

Die erfassten Daten wurden auch in Zusammenhang mit den Variablen Geschlecht und Berufserfahrung gemessen, um mögliche Korrelationen in Erfahrung zu bringen. Die Resultate zu Korrelationen nach Pearson im Rahmen des Chi-Quadrat-Tests ergaben, dass lediglich bei einer Form der verbalen Aggression, die der „sexuellen Angebote / Beziehungsangebote / ‚Anmache‘“, eine Korrelation mit der Variablen des Geschlechts vermutet werden kann. Mit einer Signifikanz von $p < 0.001$ kann davon ausgegangen werden, da 44,7% der Personen weiblichen Geschlechts von genannter verbaler Aggression betroffen sind und 12,3% der Personen männlichen Geschlechts. Wiederum gewichtig ist bei dieser möglichen Verbindung zwischen Geschlecht und der Aggressionsform „sexuelle Angebote / Beziehungsangebote / ‚Anmache‘“ die Wertung zur Belastung von den Befragten. Die Angaben zum Grad der Belastung von verschiedenen verbalen Aggressionsarten zeigen bei der genannten Form einen Unterschied zwischen dem männlichen und dem weiblichen Geschlecht. Vielfach häufiger gaben Personen weiblichen Geschlechts an, dass sie „häufig“ (8%) bzw. „manchmal“ (33%) durch sexuelle Angebote belastet sind. Im Vergleich machten Personen männlichen Geschlechts bei der Antwortmöglichkeit „häufig“ keine Angabe und bei „manchmal“ lediglich 7,8%. Es bleibt unbeantwortet, inwieweit Mitarbeiterinnen tatsächlich häufiger als Mitarbeiter von sexuellen Angeboten betroffen sind. Eine mögliche Variante, die aufgrund der sehr unterschiedlichen Belastungsbewertung angenommen werden könnte, wäre, dass Mitarbeiter ähnlich oft betroffen sind, diese Form der verbalen Aggression jedoch nicht als aggressiven Akt bewerten.

Auch bei der Variablen Berufserfahrung konnte unabhängig des Geschlechts nur die Aggressionsform „sexuelle Angebote / Beziehungsangebote / ‚Anmache‘“ ein signifikantes Ergebnis mit $p < 0.001$ liefern. Demnach kann in Betracht gezogen werden, dass Mitarbeitende <5 Jahre Berufserfahrung (47,8%) im Vergleich zu Mitarbeitenden >5 Jahre Berufserfahrung (25,6%) häufiger von „sexuellen Angebote / Beziehungsangebote / ‚Anmache‘“ betroffen sind. Die aufgezeigten Ergebnisse dieser Studie können zwar nicht als repräsentativ gewertet werden, gleichwohl unterstützen sie in diesen zwei Punkten im Kontext von soziodemografischen Daten die bestehenden Forschungsergebnisse. Wie etwa die von Fais (2012), der in seiner

Studie auf die häufigeren Angaben von Mitarbeiterinnen hinweist, von sexuellen Aggressionen betroffen zu sein.

Insgesamt kann geschlossen werden, dass die Ergebnisse der ersten Forschungshypothese ohne Anspruch auf Repräsentativität die Befunde der Empirie und Literatur bestätigen.

5.3 Zur zweiten Forschungshypothese: gesundheitliche Folgebeschwerden

H₂: „Das Erleben von verbaler/physischer Aggression führt bei Mitarbeiter_innen mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung zu signifikant mehr gesundheitlichen Folgebeschwerden (2a, b, c, d) als bei Mitarbeiter_innen mit über fünf Jahren Berufserfahrung.“

Der erste Messwert, um die gesundheitlichen Folgebeschwerden bei den zwei Gruppen zu messen, war die Anzahl der durch verbale bzw. physische Aggressionen bedingten Krankheitstage. Der erste Messwert konnte die Hypothese H₂ nicht stützen, da die Anzahl der Krankheitstage bedingt durch Aggressionen bei den berufserfahreneren Mitarbeitenden absolut wie relativ höher ist. Auch der zweite Messwert, der die Anzahl der Personen angab, die eine psychische oder physische Behandlung nach erlebter Aggression in Anspruch nahmen, konnte die Hypothese H₂ nicht stützen; es ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Gruppen und deren jeweiliger Inanspruchnahme einer psychischen/physischen Behandlung. Folglich unterstützt der zweite Messwert ebenfalls nicht die Hypothese H₂.

Der dritte Messwert zeigt bei den Berufserfahreneren bei den physischen sowie bei psychischen Folgen höhere Angaben und kann somit auch nicht die Hypothese H₂ stützen. Ferner muss dieser Messwert äußerst kritisch betrachtet werden, da die Befragten selbst einschätzen mussten, was genau unter psychischen und physischen Folgen zu verstehen ist. Deshalb kann von variierenden Interpretationen ausgegangen werden. Die Ergebnisse dieses Messwerts müssten demnach, wenn sie die Verteilung bestätigt hätten, ausschließlich unter diesem Vorbehalt betrachtet werden.

Der vierte Messwert, welcher mittels fünf Fragen die subjektive Belastung verbaler/physischer Aggressionen der zwei Gruppen untersuchen sollte, konnte auch keine signifikanten Ergebnisse liefern, um die H₂ zu bestätigen.

Die Annahme, dass Mitarbeiter_innen, die über weniger Berufserfahrung verfügen, mehr Folgebeschwerden nach erlebter Aggression erleiden, kann durch keinen der vier Messwerte als erwiesen angesehen werden. Aufgrund der dargestellten Ergebnisse der vier Messwerte ist die Hypothese H₂ nicht haltbar und muss verworfen werden. Demnach kann die 2. Nullhypothese H₀ angenommen werden: *„Das Erleben von verbaler/physischer Aggression führt bei Mitarbeiter_innen, mit bis zu fünf Jahren Berufserfahrung zu gleich vielen oder weniger gesundheitlichen Folgebeschwerden (2a, b, c, d) wie bzw. als bei Mitarbeiter_innen mit über fünf Jahren Berufserfahrung.“*

Wenngleich die soziodemografischen Daten in Hinblick auf die Berufserfahrung mittels der Messwerte keine validen Ergebnisse erzielen konnten, muss dennoch auf die Problematik hingewiesen werden, dass durch verbale und physische Aggressionen gesundheitliche Folgebeschwerden entstehen können. Auch wenn diese Ergebnisse in der vorliegenden Studie aufgrund mangelnder Signifikanz nicht als sicher dargestellt werden, unterstützen sie dennoch die im Unterkapitel 2.4.2.2 genannten Ausführungen von Zeh, Di Martino und Nienhaus, die von gesundheitlichen Folgebeschwerden nach erlebter Aggression ausgehen.

5.4 Dritte Forschungshypothese:

Auswirkungen von präventiven Maßnahmen

Die Ergebnisse der dritten Hypothese beschäftigen sich mit Schulungen für den Umgang mit Aggressionen für Mitarbeiter_innen. Bemerkenswert erscheint es, dass knapp 70% der Befragten im Umgang mit Aggressionen geschult sind. Dies könnte auf eine Notwendigkeit eines präventiven und deeskalierenden Umgangs mit Aggressionen im Arbeitsleben schließen lassen, welche auch im theoretischen Teil dieser Arbeit mit Bezug auf das Arbeitsschutzgesetz und auf die Leitlinien der BGW dargestellt wurde. Das Forschungsinteresse dieser Arbeit bezieht sich auf potentielle Unterschiede im Erleben mit Aggressionen bei Mitarbeitenden, die geschult sind, und bei denjenigen, die nicht geschult sind.

H_{3a}: „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, halten sich für signifikant besser auf aggressionsbelastende Situationen vorbereitet als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

Die Ergebnisse zur Überprüfung der Hypothese H_{3a} weisen darauf hin, dass die Mitarbeitenden, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, im Schnitt einschätzen, dass sie besser auf aggressionsbelastende Situationen vorbereitet sind als diejenigen, die nicht in diesem Bereich geschult sind. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, einschätzen, dass sie auf aggressionsbelastende Situationen besser vorbereitet sind als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind. Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass eine signifikante Korrelation festgestellt wurde, eine Kausalität jedoch nicht erwiesen ist.

Im Folgenden wird sich die Diskussion auf das Bedrohungsgefühl der Mitarbeitenden beziehen und darauf, inwieweit es sich bei geschultem bzw. nicht geschultem Personal unterscheidet.

H_{3b}: „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz signifikant weniger bedroht als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

Die Darstellung und Beschreibung der Ergebnisse verdeutlichen eine nahezu ähnliche Verteilung der Einschätzungen zum Bedrohungsgefühl bei beiden Gruppen. Die Hypothese H_{3b} ist somit nicht haltbar und demnach kann die Nullhypothese der H_{3b} angenommen werden: „Mitarbeiter_innen, die im Umgang mit Aggressionen geschult sind, fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz gleich oder häufiger bedroht wie bzw. als Mitarbeiter_innen, die nicht im Umgang mit Aggressionen geschult sind.“

Kritisch anzumerken ist, dass die Einschätzung des Bedrohungsgefühls subjektiv ist und dieses mit lediglich einer Frage bewertet wurde. Ferner ist die Frage eventuell zu ungenau formuliert. Sie erfragt, ob sich die Mitarbeitenden „insgesamt an ihrem Arbeitsplatz bedroht“ fühlen. Dies lässt weitere Interpretationen zu, die sich nicht unbedingt auf erlebte Aggressionen beziehen müssen. Darüber hinaus wurde die Frage gegen Ende des Fragebogens gestellt und ging möglicherweise durch die Positionierung und ihre allgemeine Formulierung unter.

Abschließend kann vermutet werden, dass es in den Arbeitsbereichen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe eine Wahrnehmung für die Präsenz von verbalen und physischen Aggressionen gibt aufgrund der hohen Anzahl von geschultem Personal. Mit Blick auf die Untersuchung der Frage aus dem Messinstrument, welche Maßnahmen die jeweilige Einrichtung nach einem Angriff unternahm, wurde zwar angegeben, dass knapp 50% der Mitarbeitenden nach Vorfällen das Team informiert haben, 20% gaben jedoch auch an, dass es zu keinen Maßnahmen kam, da Vorfälle nicht gemeldet wurden. Die Schulungsmaßnahmen können lediglich, wie im Unterkapitel 2.4.2.3 zum präventiven, deeskalierenden und rehabilitierenden Umgang mit Aggressionen abgehandelt, ein Teil einer Unternehmenskultur sein, die offen und enttabuisiert auf aggressive Verhaltensweisen im Arbeitsleben reagiert.

Das nächste Unterkapitel beendet die Diskussion mit der Auseinandersetzung mit der Relevanz der Ergebnisse für den praktischen Alltag in der Suchthilfe.

5.5 Schlussfolgerungen und Praxisrelevanz

Im Folgenden soll geklärt werden, ob und in welcher Form die diskutierten Ergebnisse der vorliegenden Studie Anstoß zu weiterer Forschung geben können und wie praktische Implikationen aussehen könnten.

Die Studie erzielte Ergebnisse durch die Teilnahme von 221 Proband_innen, die einen Fragebogen zu ihren Erlebnissen mit verbalen und physischen Aggressionen im Arbeitsleben ausfüllten. Die Auswertung ergab, dass von den Befragten alle bis auf 3,2% von verbalen und/oder physischen Aggressionen im vorgegebenen Zeitraum von den letzten 12 Monaten betroffen waren. Es wurden mindestens 1.126 Fälle von physischen Aggressionen und mindestens 17.035 Fälle von verbalen Aggressionen, zusammengenommen also mindestens 18.161 Fälle von Aggressionen, im Arbeitsleben angegeben. Diese hohe Anzahl von aggressiven Handlungen spiegelt Ergebnisse bestehender Studien im Gesundheitswesen wider und verdeutlicht die Präsenz auch für den Suchthilfebereich.

Dies wiederum verdeutlicht die Notwendigkeit eines transparenten Umgangs mit Aggressionen, um einer Tabuisierung dieser Thematik entgegenzuwirken. Dies würde bedeuten, dass Einrichtungen sich der Problematik von Aggressionen im Arbeitsleben annehmen und überprüfen müssten, wie in ihrem Unternehmen mit

Aggressionen durch Dritte umgegangen wird und inwieweit es den Mitarbeitenden ermöglicht wird, diese Vorfälle zu thematisieren. Konkret könnte dies heißen, dass Handlungsleitlinien zum Umgang mit Aggressionen erarbeitet und bei deren Erstellung die Einschätzungen der Mitarbeitenden sowie die derjenigen, die das Suchthilfeangebot nutzen, integriert werden.

Neben dem Vorkommen von Aggressionen wurde die Häufigkeitsverteilung der Aggressionsformen untersucht. Die Ergebnisse der Studie sowie die der Forschung ergaben, dass die Häufigkeit von Aggressionen bei verbalen höher ist als bei physischen. Diese Besonderheit soll explizit Erwähnung finden, da ihr die Schwierigkeit inhärent ist, dass die verbale Aggression im Vergleich zur physischen Aggression weitaus stärker von der subjektiven Bewertung der/des Betroffenen abhängig ist. Dieser Fakt ist für die Einrichtungen bedeutsam, da sie bei den verbalen Aggressionen nicht von einer einheitlichen Definition ausgehen können. Die Institutionen sollten deshalb eine Teamkultur fördern, die diesen unterschiedlichen Bewertungsgrad einer verbalen Aggression toleriert und ernst nimmt. Interessant für weitere Forschungen in diesem Bereich wäre nun, inwieweit sich der Umgang der Mitarbeitenden sowie der Einrichtung nach einer erlebten Aggression unterscheidet, wenn sie verbal oder physisch ist.

Unter Einbezug von soziodemografischen Daten in Bezug auf die Häufigkeit von Aggressionsformen konnte nur bei der verbalen Aggressionsform „Sexuelle Angebote“ eine potentielle Korrelation zwischen Personen weiblichen Geschlechts und Personen mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung identifiziert werden. Die Anzahl dieser Aggressionsform wurde bei beiden soziodemografischen Merkmalen häufiger genannt, und auch diese Verteilung findet sich in bestehenden Forschungsergebnissen wieder. Mögliche Konsequenzen für die Praxis sollten aus den Studien der geschlechtsspezifischen Aggressionen gefolgert werden, die in dieser Forschungsarbeit nicht fokussiert wurden. Hieraus könnte sich ein weiteres Forschungsfeld für den Suchthilfebereich ergeben.

Der angenommene Zusammenhang, das Erleben von verbalen und/oder physischen Aggressionen könne zu gesundheitlichen Folgebeschwerden führen, wurde in Hinblick auf die Berufserfahrung untersucht und valide Ergebnisse konnten nicht angenommen werden. Dennoch resultierte aus der Befragung eine Bestätigung

der bestehenden Forschungsergebnisse zur Verbindung zwischen erlebten Aggressionen und gesundheitlichen Folgebeschwerden. Diese Erkenntnisse sollten zwingend zu Konsequenzen innerhalb der Tätigkeitsfelder der Sucht- und Wohnungslosenhilfe führen. Die gesundheitlichen Folgebeschwerden, die in den meisten Fällen psychischer Art sind, beeinflussen laut aktuellem Forschungsstand nicht nur die Gesundheit der Mitarbeitenden, sondern können sich auch auf deren Professionalität auswirken und würden überdies einen finanziellen Schaden für das Unternehmen verursachen.

Wie die Untersuchung zeigt, sind 70% der Befragten in Maßnahmen zum Umgang mit Aggressionen geschult worden. Die Daten weisen darauf hin, dass geschulte Mitarbeitende sich auf aggressionsbelastende Situationen als besser vorbereitet einschätzen als ungeschulte Mitarbeitende. Eine Kausalität konnte jedoch nicht zweifelsfrei festgestellt werden, auch da diesbezüglich keine äquivalenten Forschungserkenntnisse gefunden wurden, die die vorliegende Studie ergänzen könnten. Zwischen geschultem Personal und niedrigerem Bedrohungsgefühl wurde ebenso kein direkter Zusammenhang nachgewiesen.

Gleichwohl kann für die praktische Tätigkeit von einer positiven Auswirkung von Schulungsmaßnahmen ausgegangen werden, auch wenn sie lediglich einen Teil eines präventiven und deeskalierenden Umgangs mit Aggressionen ausmachen und nicht von sich aus eine enttabuisierte Unternehmenskultur etablieren.

Es verbleibt nun, das Fazit als Abschluss für diese Masterthesis auszuführen.

6 Fazit

In Berliner Suchthilfeeinrichtungen gibt es unter den Mitarbeiter_innen Belastungen, die im aggressiven Verhalten von Klient_innen ihren Ursprung haben. Die Aggression selbst, verstanden als Reaktion auf ihre Umwelt, kann verständlich sein, hat jedoch Konsequenzen für die Mitarbeitenden.

Zunächst muss festgehalten werden, dass bei 221 Proband_innen die Zahl von hochgerechnet mindestens 18.161 aggressiv belasteten Vorfällen in den letzten 12 Monaten, davon mindestens 1.126 Fälle von physischer und mindestens 17.035 Fälle von verbaler Aggression, bemerkenswert hoch ist. Wie vermutet wurden verbale Aggressionen häufiger erlebt als physische. Welche Brisanz die Zahlen

haben, ist auch daran zu sehen, dass in Anbetracht der geschätzten gesamten Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden die verbalen Aggressionen davon im Mittel über 40% ausmachen. Obschon dies im Vergleich zu physischen Aggressionen im generell häufigeren Vorkommen begründet sein mag, ist dadurch ausgelöstes Belastungserleben nicht von der Hand zu weisen; Parallelen finden sich in der Forschung. Einige Formen wie Todesdrohungen oder Drohungen mit Suizid illustrieren das in bedenklichem Maße.

Darüber, wie damit umzugehen sei, ist schwer zu urteilen. Form und Stärke der Aggressionen werden durch genetische Ausstattung, Sozialisation und gesellschaftliche Umstände gestaltet, aktiviert oder gehemmt. Formen struktureller Gewalt üben auf viele Menschen Druck aus, für Menschen mit Suchthilfebedarf gilt das besonders. Klient_innen mit dem Stigma der Aggressivität zu versehen, ist deshalb kontraproduktiv, da es ein potentiell Aggressionsproblem durch Ausgrenzung noch verstärken kann.

Gleichwohl muss auf einen Zusammenhang von erlebten Aggressionen und gesundheitlichen Folgebeschwerden hingewiesen werden. Dass gesundheitliche Folgebeschwerden von Aggressionen ausgelöst werden können, gilt in der Forschung als erwiesen und wurde durch die Erhebung dieser Arbeit gestützt; Mitarbeitende wurden unabhängig der Berufserfahrung infolge erlebter Aggressionen krankgeschrieben, litten an psychischen/physischen Folgen und nahmen psychische/physische Behandlungen in Anspruch. In nichtrepräsentativer Weise unterstreicht dieses Ergebnis die Befunde der WHO, dass Aggressionserleben zu gravierenden Folgen für die Gesundheit in physischer sowie psychischer Hinsicht führen kann. Dazu können sowohl kurzfristige Erkrankungen als auch chronisch-psychische Störungen zählen wie eine generalisierte Angsterkrankung oder eine posttraumatische Belastungsstörung.

Der Einfluss dieser Folgen auf die eigene Professionalität, auf die Unternehmens-/Trägerstruktur, für das Team und das Betreuungsverhältnis zu Klient_innen darf nicht unterschätzt werden. Erfreulich ist, dass 70% der Mitarbeitenden angaben, im Umgang mit Aggressionen geschult worden zu sein. Dazu hat diese Arbeit im nichtrepräsentativen Rahmen gezeigt, dass die im Umgang mit Aggressionen geschulten Mitarbeitenden sich signifikant für besser vorbereitet

halten als ihre nicht geschulten Kolleg_innen. Interessanterweise änderte dieser Umstand in der Befragung aber nichts an der subjektiv empfundenen Bedrohung am Arbeitsplatz; diese scheint unabhängig von präventiven Maßnahmen bei knapp der Hälfte der Teilnehmenden mindestens manchmal aufzutreten.

Folgt man zudem empirischen Befunden aus dem Gesundheitswesen, muss demgegenüber eine hohe Dunkelziffer an nicht gemeldeten aggressiven Vorfällen gestellt werden. Dieser Dunkelziffer liegt die Vermutung zugrunde, dass Vorfälle solcher Art in Unternehmen häufig ignoriert oder bagatellisiert werden. Auch in der Studie der vorliegenden Arbeit gaben 20% der Befragten an, Vorfälle nicht gemeldet zu haben. Demzufolge sind Schulungen im Umgang mit Aggressionen hilfreich, können aber nur ein Baustein unter mehreren sein. Eine zu mutmaßende Tabuisierung, durch Aggressionen bedingte Krankheitstage und Inanspruchnahme von Behandlungen sowie generelle Folgebeschwerden weisen darauf hin, dass Schulungen alleine nicht ausreichen. Um die Mitarbeitenden im Suchthilfebereich ausreichend zu schützen, gilt in der Forschung eine offene, enttabuisierte Unternehmenskultur als Voraussetzung dafür, um sowohl im präventiven als auch deeskalierenden und rehabilitierenden Sinne Rahmenbedingungen herzustellen, in denen professionelle Arbeit ausgeübt werden kann. Die Mitarbeiter_innen zu stärken und angemessenen Gesundheitsschutz zu gewährleisten, sollte nicht nur angesichts der Krankheitstage im Interesse der Arbeitgeber_innen sein.

Die in der Einleitung aufgeworfene Frage, ob es die Notwendigkeit zu weiteren, größer angelegten Untersuchungen gibt, muss gemessen an der durchgeführten Studie mit Ja beantwortet werden. Da die Forschungslage hierzu im Bereich der Suchthilfe noch große Lücken birgt, sei die Empfehlung zu weiteren Studien also an dieser Stelle ausgesprochen.

Daraus leitet sich der Appell ab, Untersuchungen zur Aggressionsbelastung im Arbeitsleben der Suchthilfe seitens der Forschung zu intensivieren und Hilfestellungen für die Unternehmen zu schaffen, darunter Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen sowie spezifische Interventionsmaßnahmen, um eine offene Unternehmenskultur zu ermöglichen. Dies könnte einige Chancen bieten – für Klient_innen, die an künftigen Studien teilhaben könnten, für die Träger und deren Effektivität und für die Mitarbeitenden und ihr Wohlbefinden ohnehin.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Bandura, A. (1979). *Aggression. Eine sozial-lerntheoretische Analyse* (1. Auflage). Stuttgart: Ernst Klett.
- Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (Hrsg.). (2015). *Dokumentation der 32. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern. Gewalt bei Drogenkonsumenten – Richtig reagieren, wenn es brenzlig wird.* Verfügbar unter: https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Tagungsdokumentationen/BAS_UG_Dokumentation_32_NWT_N_2015.pdf
- Beck, A. & Heinz, A. (2013). Alkoholbezogene Aggression: Soziale und neurobiologische Faktoren. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(42), 711-715. Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=147673>
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (Hrsg.). (2016). *Gewalt und Aggressionen gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen.* Verfügbar unter: <http://www.vkm-baden.de/infothek/TP-PUGA.pdf>
- Bierhoff, H. (2007). Aggression / Aggressivität. In: Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit* (S.8-9). (6. Auflage). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Bortz, J. & Döring, N. (2009). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). (2016). *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt. Traumatische Belastungen.* Verfügbar unter: www.baua.de/dok/7930420.
- Bundeskriminalamt (Hrsg.). (2017). *Polizeiliche Kriminalstatistik. Fälle Aufklärung, Schaden. Bundesrepublik Deutschland, Jahrbuch 2017, Band 1.*
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (n.d.). *Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der*

Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz –ArbSchG). Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/_5.html

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hrsg.) (n.d.). *Siebttes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Unfallversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254) § 193 Pflicht zur Anzeige eines Versicherungsfalls durch die Unternehmer.* Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_7/_193.html

Connecting (Hrsg.). (2000). *Aggressions-Wahrnehmungs-Skala. POPAS-Fragebogen.* Verfügbar unter: <http://www.mutos.ch/Gross/Popas.pdf>

Deutsche Gesellschaft für Psychologie (Hrsg.). (2016). *Richtlinien zur Manuskriptgestaltung* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (Hrsg.). (n.d.). *Gewalt und Mobbing in der Arbeitswelt.* Verfügbar unter: <http://www.dguv.de/de/praevention/themen-a-z/gewalt-mobbing/index.jsp>

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hrsg.). (2015). *Leistungsberechtigte in besonderen sozialen Schwierigkeiten bedarfsdeckend unterstützen. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Anwendung der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII.* Verfügbar unter: https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2015/dv-5-15_hilfe-nach-paragraf-67.pdf

Di Martino, V. (2002). Gewalt im Arbeitsleben. In: Heitmeyer, W., Hagan, J. (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S.1106-1129). (1. Auflage). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.

Dudenredaktion (Hrsg.) (2017). Aggression. In: *Duden. Die deutsche Rechtschreibung* (S.177). (27. Auflage). Berlin: Dudenverlag.

- Eurofound (2015). *Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz in Europa: Umfang, Auswirkungen und Gegenmaßnahmen*. Verfügbar unter: <https://www.eurofound.europa.eu/de/publications/executive-summary/2015/working-conditions/violence-and-harassment-in-european-workplaces-extent-impacts-and-policies-executive-summary>
- Fais, J. (2010). *Fragebogen zur Phänomenologie der Gewalt am Arbeitsplatz in den Kontakt- und Notschlafstellen der Drogenhilfe*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Fais, J. (2012). Gewalt am Arbeitsplatz. Zur Gewaltbelastung der Fachkräfte im Arbeitsfeld akzeptierenden Drogenarbeit. In: Fais, J. (Hrsg.), *Gewalt – Sprache der Verzweiflung. Vom Umgang mit Gewalt in der Suchthilfe* (S. 50-59). Lengerich: Papst Science Publishers.
- Field, Andy (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4. Auflage). Los Angeles: Sage.
- Galtung, J. (1975). *Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung* (Erstausgabe). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Gerrig, R. J. & Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie* (18., aktualisierte Auflage). München: Pearson Studium.
- Joas, H. (Hrsg.). (2007). *Lehrbuch der Soziologie* (3. überarbeitete und erweiterte Auflage). Frankfurt/Main: Campus Verlag GmbH.
- Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (n.d.). *Bewerbungsvoraussetzungen*. Verfügbar unter: <https://www.katho-nrw.de/koeln/studium-lehre/fachbereich-sozialwesen/suchthilfesuchttherapie-msc/bewerbungsvoraussetzungen>
- Klein, M. (2000a). Sucht und Gewalt. In: Stimmer, F. (Hrsg.), *Suchtlexikon*. München: Oldenbourg, S.590 – 598.

- Landesdrogenbeauftragte (Hrsg.). (n.d.). *Suchthilfe*. Verfügbar unter:
<https://www.berlin.de/lb/drogen-sucht/themen/suchthilfe/>
- Lindenmeyer, J. (2012). Umgang mit Ärger und Aggression – Ein Gruppentherapieangebot für alkoholabhängige Männer mit erhöhter Aggressions- und Gewaltbereitschaft. In: Fais, J. (Hrsg.), *Gewalt – Sprache der Verzweiflung. Vom Umgang mit Gewalt in der Suchthilfe* (S.84-102). Lengerich: Papst Science Publishers.
- Möller, I. & Krahe, Barbara (2013). *Mediengewalt als pädagogische Herausforderung. Ein Programm zur Förderung der Medienkompetenz im Jugendalter*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Mücke, T. & Korn, J. (2002). Von der Deeskalation zur Mediation. Umgang mit Gewaltsituationen in der pädagogischen Praxis mit Jugendlichen. *Sozial Extra*, 1, 34-38.
- Nienhaus, A., Drechsel-Schlund, C., Schambortski, H. & Schablon, A. (2016). Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. Gesundheitliche Folgen und settingbezogene Ansätze zur Prävention und Rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 59, 88-97. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-015-2263-x>
- Nijman, H. & Palmstierna, T. (2005). *SOAS-R. Staff Observation Aggression Scale-Revised*. Verfügbar unter:
https://www.gesundheitsdienstportal.de/files/SOAS-R_Erfassung_von_Aggressionsereignissen.pdf
- Nomos Fachredaktion (Hrsg.). (2018). *Gesetze für die Soziale Arbeit* (7. Auflage). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Obdachlosenhilfe die Brücke e.V. (2016). *Wo? Wann? Wer? Die Netzwerkhilfe für Berlin 2016* (10.aktualisierte Auflage). Köln: LoB.

- Oud, N.E (2000). *Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS)*. Amsterdam: Connecting.
- Peller, A. (2010). *ProDeMa Evaluation 2009/2010. Studie zur Wirksamkeit des Professionellen Deeskalationsmanagements im Gesundheitswesen*. München: Martin Meidenbauer Verlag.
- Peters, J. & Dörfler, T. (2014). *Abschlussarbeiten in der Psychologie und den Sozialwissenschaften - Planen, Durchführen und Auswerten*. Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.
- Popitz, H. (1992). *Phänomene der Macht* (2., stark erweiterte Auflage). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Richter, D. (2007). *Patientenübergänge – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention* (1. Auflage). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Richter, D. (2012). *Fragebogen Verbale Aggression im Gesundheitswesen*. Stuttgart und New York: Georg Thieme Verlag KG.
- Richter, D. (2012). Verbale Aggressionen in psychiatrischen Einrichtungen. *Psych Pflege*, 18, 13-17. Verfügbar unter: https://www.gesundheit.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/users/rtd2/PPH_Verbal.PDF
- Richter, D. (2014). Subjektives Erleben verbaler Aggressionen gegen Mitarbeitende in deutschen Kliniken: eine explorative Studie. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 9, 687-693. Verfügbar unter: <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/Archiv/ASU-Heftarchiv/article-606920-110576/subjektives-erleben-verbaler-aggressionen-gegen-mitarbeitende-in-deutschen-kliniken-eine-explorative-studie-.html>
- Schablon, A., Zeh, A., Wendeler, C., Wohlert, C., Harling, M. & Nienhaus, A. (2014). Häufigkeit und Folgen von Gewalt und Aggressionen gegen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen – ein Survey. In: Nienhaus, A. (Hrsg.), *RiRe – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und*

- Wohlfahrtspflege* (S.203-221). (Band 1). Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed Medizin.
- Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1997). *Psychologie der Aggressivität* (2., überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015). *Sucht Drogen. Rat und Hilfe. Suchthilfe und Suchtprävention Wegweiser 2016*. Berlin: Union Sozialer Einrichtungen gGmbH.
- Stefan, H. (2016). *Aggressionen und Gewalt im Gesundheitsdienst*. Verfügbar unter: https://media.arbeiterkammer.at/ooe/presseunterlagen/2016/PKU_2016-05-30_Aggression_und_Gewalt_im_Gesundheitsdienst.pdf
- Strahler, K. & Melzer, M. (2014). Gewalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Fais, J. (Hrsg.), *Schattenwelt. Vom Umgang mit Gewalt im psychiatrischen Arbeitsfeld* (S.70-94). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Tedeschi, J. T. (2002). Die Sozialpsychologie von Aggression und Gewalt. In: Heitmeyer, W. & Hagan, J. (Hrsg.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (S.573-597). (1. Auflage). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Thomä, H. (1990). Aggression und Destruktivität jenseits der Triebmythologie. In: Buchheim, P. & Seifert, T. (Hrsg.), *Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion* (S.29-42). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Tretter, F. (2008). *Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (n.d.). (Hrsg.). *Fragebogen FoBiK*. Verfügbar unter: <https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/Praeventionsmaterialien/Praeventionsdateien/Fragebogen%20FoBiK.pdf>

Wahl, K. (2013). *Aggression und Gewalt. Ein biologischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Überblick*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.) (2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung*, 1-73. Verfügbar unter: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_ge.pdf

Zeh, A., Schablon, A., Wohler, C., Richter, D. & Nienhaus, A. (2009). Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – Ein Literaturüberblick. *Das Gesundheitswesen*, 71, 449-459. Verfügbar unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0029-1192027>

Anhang

1. Anhang A: Eidesstattliche Erklärung zur Masterthesis
2. Anhang B: Erklärungsschreiben zum Forschungsinteresse für die Teilnehmer_innen
3. Anhang C: Anonymer Fragebogen zu verbalen und physischen Aggressionen am Arbeitsplatz in der Sucht- und Wohnungslosenhilfe in Berlin

Anhang A

Eidesstattliche Erklärung zur Masterthesis

Ich versichere, die Masterthesis selbstständig und lediglich unter Benutzung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst zu haben.

Ich erkläre weiterhin, dass die vorliegende Arbeit nicht im Rahmen eines anderen Prüfungsverfahrens eingereicht wurde.

Berlin, den 30.11.2018



(Jasmin Hetke)

Anhang B

Erklärung zum Forschungsinteresse für die Teilnehmer_innen

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleg_innen,

mit dieser E-Mail möchte ich Sie um Ihre Unterstützung bitten, es geht um die Teilnahme an einer anonymen Umfrage zum Thema "Gewalt am Arbeitsplatz", welche Bestandteil meiner Masterarbeit ist. In dieser untersuche ich das Ausmaß und die Folgen von verbalen und physischen Aggressionen gegenüber Mitarbeiter_innen von Einrichtungen der Sucht- und Wohnungslosenhilfe.

Für die Umfrage suche ich dementsprechend möglichst viele Mitarbeiter_innen, die in der Sucht- und / oder Wohnungslosenhilfe in Berlin tätig sind und den unten verlinkten Fragebogen ausfüllen.

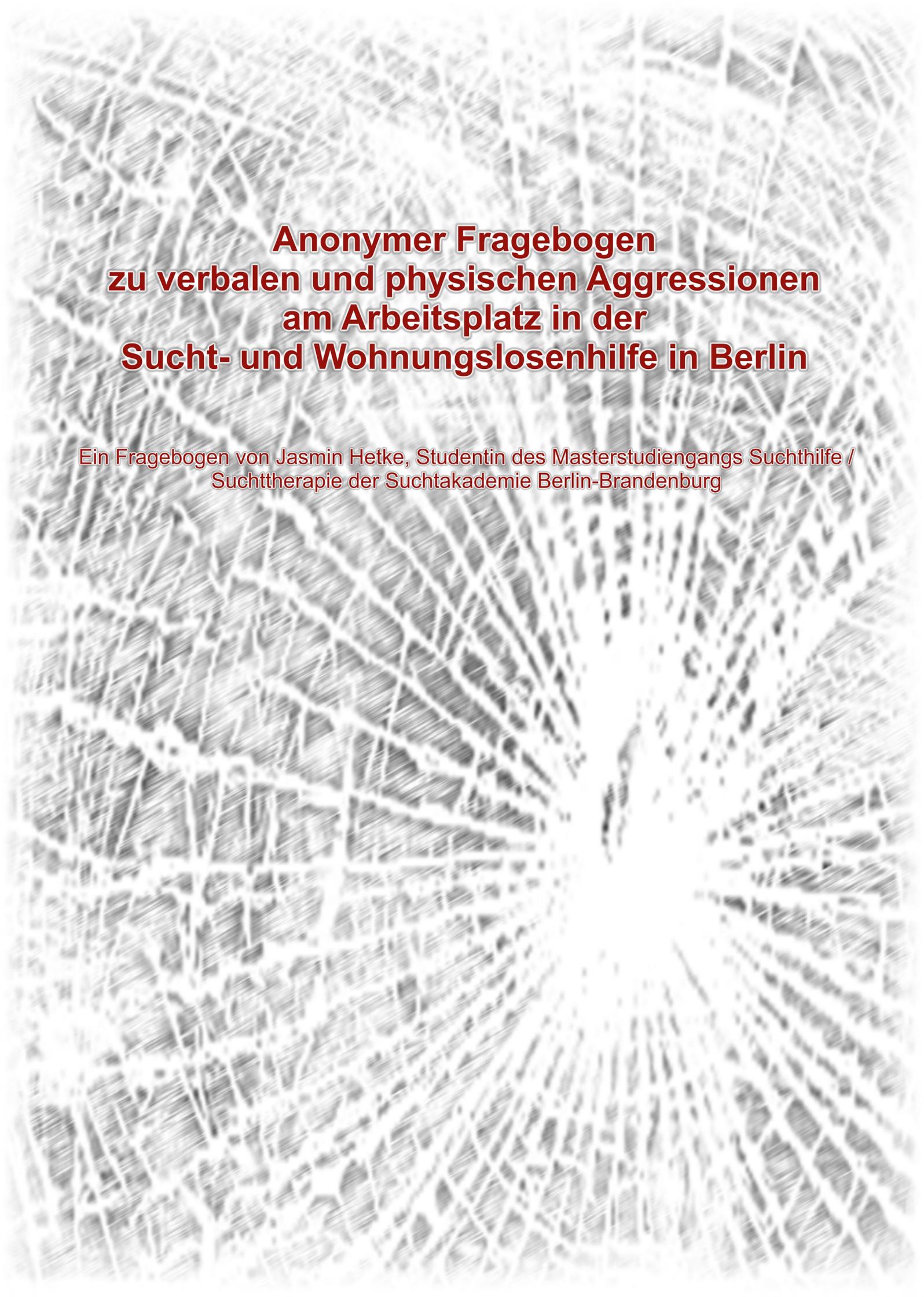
Über die Weiterleitung meines Anliegens an Ihre Kolleg_innen und über die Teilnahme an der Befragung würde ich mich sehr freuen!

Der Link zum Fragebogen: <https://www.soscisurvey.de/umfrageaggressionen/>

Vielen Dank! Viele Grüße

Jasmin Hetke

*Sozialarbeiterin (B.A.), Studentin des Masterstudiengangs Suchthilfe/Suchttherapie“
an der Suchtakademie Berlin-Brandenburg (KatHO NRW)
(umfrage.gewaltbelastung.hetke@gmx.de)*



**Anonymer Fragebogen
zu verbalen und physischen Aggressionen
am Arbeitsplatz in der
Sucht- und Wohnungslosenhilfe in Berlin**

Ein Fragebogen von Jasmin Hetke, Studentin des Masterstudiengangs Suchthilfe /
Suchttherapie der Suchtakademie Berlin-Brandenburg

Anonymer Fragebogen zu verbalen und physischen Aggressionen am Arbeitsplatz in der Sucht- und Wohnungslosenhilfe in Berlin

Liebe Kolleg_innen,

Aggressionen durch Klient_innen, Patient_innen oder Besucher_innen kommen in vielen Arbeitsfeldern der Sucht- und Wohnungslosenhilfe vor. Wie groß das Ausmaß ist, ob sich diese Aggressionen belastend auf die Mitarbeiter_innen auswirken und falls ja, inwiefern, ist bisher kaum bekannt.

Im Rahmen meiner Masterarbeit des Studiengangs „Suchthilfe/Suchttherapie“ möchte ich die Chance nutzen, mich mit dieser Thematik intensiver zu beschäftigen.

Der folgende Fragebogen dient dazu, Ihre Einschätzungen und Erfahrungen zu ermitteln. Die erhobenen Daten werden ausschließlich zur anonymen Auswertung verwendet.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10 Minuten.

Bitte beantworten Sie zunächst einige allgemeine Fragen.

Wie alt sind Sie? |_|_| Jahre

Ihr Geschlecht? _____

In welchem Bereich arbeiten Sie?

Suchtberatung

Betreutes Einzelwohnen

Psychosoziale Betreuung für Substituierte

Ambulante Suchttherapie

Entgiftungsstation

Stationäre Suchttherapie

Wohnheim

Straßensozialarbeit

Sonstiges: _____

Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

Sozialarbeiter_in

Psycholog_in

Heilpädagog_in

Erzieher_in

Sonstiges: _____

Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie insgesamt im Bereich der Sucht- und / oder Wohnungslosenhilfe?

|_|_| Jahre (Falls weniger als ein Jahr, bitte „0“ eintragen.)

Mit den folgenden Fragen bitte ich Sie einzuschätzen, wie oft Sie in **den letzten 12 Monaten** mit aggressiven Verhaltensweisen konfrontiert waren.

1. Wie häufig haben Sie selbst die folgenden physischen Aggressionen von Klient_innen in den letzten 12 Monaten erlebt?

	an jedem Arbeitstag	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	mehrmals pro Jahr	einmal in den letzten 12 Monaten	gar nicht
Gewalt gegen Sachen / Werfen von Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kneifen / Kratzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Spucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Festhalten / Anklammern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schubsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Haareziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Treten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Angriff mit Waffen oder Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sexuelle Übergriffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Würgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

2. Wie häufig haben Sie selbst die folgenden verbalen Aggressionen von Klient_innen in den letzten 12 Monaten erlebt?

	an jedem Arbeitstag	mehrmals pro Woche	mehrmals pro Monat	mehrmals pro Jahr	einmal in den letzten 12 Monaten	gar nicht
Beschimpfungen / Beleidigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Drohungen mit körperlicher Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Todesdrohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Lächerlichmachen Ihrer Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten & Kenntnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sexuelle Angebote / Beziehungsangebote / ‚Anmache‘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Verrohte / rüde Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Verweigerungshaltung von Klient_innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Drohung mit Selbstverletzung / Suizid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

3. Waren Sie während der letzten 12 Monate durch Krankheit arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	falls ja, wie lange? _ _ Anzahl in Tagen
4. Wie viele Krankheitstage davon sind, Ihrer Meinung nach, eine Folge von aggressiven oder gewalttätigen Verhaltensweisen von Klient_innen?	_ _ Anzahl in Tagen		<input type="checkbox"/> Keine
5. Wie viele der vorhergehenden Angriffe führten zu einer	<input type="checkbox"/> a) psychischen Behandlung? _ _ Anzahl der Angriffe <input type="checkbox"/> b) physischen Behandlung? _ _ Anzahl der Angriffe		
6. Wie viele der vorhergehenden Angriffe führten zu	<input type="checkbox"/> a) psychischen Folgen? _ _ Anzahl der Angriffe <input type="checkbox"/> b) physischen Folgen? _ _ Anzahl der Angriffe		

Führten ein oder mehrere Angriffe dazu, dass...

7. ...Sie sich immer wieder unwillkürlich daran erinnern müssen?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> kein Vorfall
8. ...Sie generell wachsamer, ängstlicher oder angespannter sind?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> kein Vorfall
9. ...Sie häufiger am Einschlafen oder Durchschlafen gehindert sind?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> kein Vorfall
10. ...Sie vermeiden, an den Angriff / die Angriffe zu denken und darüber zu sprechen?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> kein Vorfall
11. ...Sie sich durch den Angriff / die Angriffe belastet fühlen?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> kein Vorfall

12. Welche Maßnahmen unternahm die Einrichtung, nachdem Sie persönlich von der Klientin / von dem Klienten angegriffen wurden? (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/> keine Maßnahmen, da der Vorfall nicht gemeldet wurde <input type="checkbox"/> keine Maßnahmen, obwohl der Vorfall gemeldet wurde <input type="checkbox"/> Unfallanzeige wurde beim zuständigen Unfallversicherungsträger gemeldet <input type="checkbox"/> andere Mitarbeiter_innen wurden über den Vorfall unterrichtet <input type="checkbox"/> Klient_in erhielt Hausverbot <input type="checkbox"/> Angriff wurde zur Anzeige gebracht <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
13. Fühlen Sie sich insgesamt an Ihrem Arbeitsplatz bedroht bzw. unsicher?	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> nie
14. Wie hoch ist der Anteil der Zeit, in der Sie allein arbeiten? (z.B. alleine in der Einrichtung, Außentermine etc.)% der Tagesarbeitszeit			
15. Für wie gut halten Sie sich durch Ihre Arbeitsstelle auf aggressionsbelastende Situationen vorbereitet?	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> sehr schlecht
16. Sind Sie geschult worden? (Mehrfachnennung möglich)	<input type="checkbox"/> in Deeskalationstraining <input type="checkbox"/> in Maßnahmen der gewaltfreien Konfliktlösung <input type="checkbox"/> Selbstverteidigung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> keine Schulungen			
17. Wie oft steht Ihnen Supervision zu Verfügung?	_ _ Anzahl pro Jahr			

18. Wenn Sie Ihre gesamte Arbeitsbelastung (Stress, schwierige Klientel etc.) bedenken, wie groß würden Sie den Anteil von verbalen Aggressionen an der Belastung einschätzen?

gar kein Anteil						größter Anteil				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19. Wenn Sie Ihre gesamte Arbeitsbelastung (Stress, schwierige Klientel etc.) bedenken, wie groß würden Sie den Anteil von physischen Aggressionen an der Belastung einschätzen?

gar kein Anteil						größter Anteil				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Der Kernfragebogen ist bis zu dieser Stelle beantwortet. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Der letzte Abschnitt des Fragebogens schließt mit drei Zusatzfragen zu verbalen Aggressionen.

20. Wie sehr belasten Sie die folgenden genannten verbalen Aggressionen?

	immer	häufig	manchmal	nie	nie erlebt
Beschimpfungen / Beleidigungen	<input type="checkbox"/>				
Drohungen mit körperlicher Gewalt	<input type="checkbox"/>				
Todesdrohungen	<input type="checkbox"/>				
Lächerlichmachen Ihrer Person	<input type="checkbox"/>				
Anzweifeln der beruflichen Fähigkeiten	<input type="checkbox"/>				
Sexuelle Angebote/ Beziehungsangebote / ‚Anmache‘	<input type="checkbox"/>				
Verrohte/ rüde Sprache	<input type="checkbox"/>				
Verweigerungshaltung von Klient_innen	<input type="checkbox"/>				
Drohung mit Selbstverletzung / Suizid	<input type="checkbox"/>				

21. Nach einer verbalen Aggression von Klient_innen...

	immer	häufig	manchmal	nie
...reagiere ich schlagfertig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühle ich mich in der Lage, die Situation nicht eskalieren zu lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spreche ich die Person auf die Aggression an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bespreche ich die Situation mit meinen Arbeitskolleg_innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühle ich mich durch meine Arbeitskolleg_innen unterstützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fühle ich mich durch die Leitung unterstützt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...dokumentiere ich den Vorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...vergesse ich den Vorfall relativ schnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Wenn Sie auf Ihr bisheriges Berufsleben zurückblicken, fällt Ihnen der Umgang mit verbalen Aggressionen heute im Vergleich zu früher leichter oder schwerer?

sehr viel leichter						sehr viel schwerer				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23. Möchten Sie Ihre Meinung zum Thema ‚Verbale / physische Aggressionen am Arbeitsplatz‘ mitteilen oder ein Ereignis schildern, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist, so kann das gerne hier geschehen!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen in dem beigefügten adressierten und frankierten Briefumschlag zurück.

(Jasmin Hetke, Sonnenallee 24, VH 4.Etage, 12047 Berlin)

Bei Fragen zur Studie oder zu dem Fragebogen können Sie sich gerne an mich wenden!
Jasmin Hetke; umfrage.gewaltbelastung.hetke@gmx.de