

Körperliche Gewalt gegen Pflegende

Von Andreas Böhme

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Erläuterungen zum Gewaltbegriff	1
3. Erleben und Bedeutung	3
4. Verhalten und Erscheinungsformen	5
5. Interventionen.....	6
6.1. vorbeugende pflegerische Interventionen.....	6
6.2. pflegerische Interventionen vor körperlichen Angriffen.....	8
7. Konsequenzen für die Praxis.....	9
Fazit.....	12

1. Einleitung

Gewalt begegnet den Menschen in ihrem Leben in sehr vielfältiger Form. Pflegende werden in ihrer Tätigkeit oft mit Gewaltsituationen konfrontiert. Dabei sind es zum Teil auch die Pflegenden selbst, die Gewalt gegenüber Patienten und Bewohnern ausüben. Darüber wird in der Literatur häufig berichtet.

Viel weniger wird allerdings hingewiesen auf das Phänomen „Gewalt gegen Pflegende“.

Gewalt erscheint in den verschiedensten Ausprägungsformen. Diese Arbeit beschränkt sich auf das Phänomen „Körperliche Gewalt gegen Pflegende“ und geht darauf näher ein.

Mit dem vorliegenden Artikel möchte ich aufzeigen, dass dieses Phänomen im Pflegealltag vorhanden ist.

Neben den Ausprägungsformen dieser körperlichen Gewalt möchte ich auch auf Interventionsmöglichkeiten eingehen. Dabei soll insbesondere dargestellt werden, wie Pflegende sich vor körperlicher Gewalt schützen können und was sie tun können bzw. inwiefern Gewaltaktionen von Patienten gegen Pflegende reduziert werden können. Dieser Artikel erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern möchte nur erste Einblick zum Phänomen „Körperliche Gewalt gegen Pflegende“ geben.

2. Erläuterungen zum Gewaltbegriff

Es existieren in der Literatur verschiedene Definitionen und Auffassungen zum Gewaltbegriff. Häufig wird oft dann von Gewalt gesprochen, wenn eine Person in der Ausübung ihrer Wünsche oder Bedürfnisse gehindert wird (*vgl. Ruthemann, 1993*).

Dies wird auch durch folgende Aussage unterstrichen: *„Gewalt ist jedes Handeln, welches potentiell realisierbare grundlegende menschliche Bedürfnisse durch direkte(personale) und/oder strukturelle und/oder kulturelle Determinanten beeinträchtigt, eingeschränkt oder deren Befriedigung verhindert.“* (*Hirsch, 2000, S.1.*)

Hirsch unterscheidet dabei verschiedene Formen von Gewalt, z.B.:

strukturelle Gewalt

Dabei wird verstanden das Anordnen und Ausführen von inhumanen Anordnungen oder Vorschriften, die auch durch den Staat vorgegeben werden können.

direkte Gewalt

Die direkte physische Gewalt, aber auch die Willenseinschränkung, finanzielle Ausnutzung oder auch die aktive oder passive Vernachlässigung sowie verbale Angriffe werden u.a. darunter verstanden.

kulturelle Gewalt

Vorurteile und Diskriminierung anderer Kulturen können auch dem Gewaltbegriff zugeordnet werden (vgl. Hirsch, 2000,)

Theunert beschreibt physische Gewalt als Zerstörung(z.B. Tod) oder Verletzung bzw. auch Bewegungseinschränkung eines Menschen. Dabei beschreibt er auch, dass körperliche Gewalt auch psychische Schäden beim Betroffenen verursachen kann (vgl. Theunert, 1996.)

Weiterhin kann körperliche Gewalt bedeuten, dass „*ein Mensch Verhaltensweisen erlebt, die eine körperliche Gefahr für ihn selbst oder andere darstellen.*“ (Doenges, 1995, S.360)

Pflegende sind körperlicher Gewalt, die von Patienten ausgeht, ausgesetzt. So war z.B. in einem Internetaufsatz folgendes zu lesen: „*73% aller australischen Pflegepersonen gaben an – körperliche Gewalt erfahren zu haben. 52% der Pflegenden auf Akutstationen in Kanada berichten über körperliche Angriffe.*“ (Internet: <http://medwell24.at/>)

3. Erleben und Bedeutung

Werden Pflegende Opfer durch körperliche Gewalt von Patienten, so wird dies oft unterschiedlich erlebt.

So beschreibt Hartmann, „*dass Aggressionshandlungen ausgehend vom Patienten gegenüber dem Betreuungspersonal als besonders traumatisierend erlebt werden, wenn sie mit andauernder längerer Bedrohung oder mit Verletzungen einhergehen.*“ (Hartmann,2004, S.235)

Dies bedeutet, dass es u.a. von der Intensität sowie der Dauer von körperlicher Gewalt abhängig ist, wie Pflegende dies erleben und verarbeiten.

Pflegende sind von allen Gesundheitsberufen am häufigsten der körperlichen Gewalt am Arbeitsplatz ausgesetzt. Das Auftreten von Gewalt bedeutet eine Gefährdung der Versorgung. Das Pflegepersonal muss eine sichere Umgebung und respektvollen Umgang erfahren, um Pflegequalität bieten zu können.

Die Folgen körperlicher Angriffe durch Patienten werden in Form von Schmerzen, körperlicher Erschöpfung, Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit, Überwachsamkeit, Furcht, Hilflosigkeit, Machtlosigkeit, Depression und Selbstbeschuldigung erlebt(*vgl. Gates, Fitzwater & Meyer, 1999*)

Die Formen körperlicher Gewalt sind unterschiedlich.

So erleben Frauen sexuelle gewalttätige Übergriffe oft als traumatisches Erlebnis. Es konnte an dieser Stelle nicht genau ermittelt werden, inwieweit weibliche Pflegepersonen bereits Opfer solcher Gewalthandlungen wurden.

Krahe beschreibt einen phasenartigen Verlauf, den die Betroffenen nach sexueller Gewalthandlung erleben. Dies lässt sich gut auch auf die Situation weiblicher Pflegepersonen übertragen.

In der Akutphase erleben die Opfer u.a. Ängste, Schamgefühle, Alpträume, Essstörungen, Schlaflosigkeit sowie ein immer wieder Durchleben der Situation.

Die nächste Phase ist gekennzeichnet durch eine allmähliche Wiedereingliederung. Trotzdem werden noch vielfach enorme Schwierigkeiten erlebt, z.B. Gefühle der Verletzlichkeit und Hilflosigkeit sowie verschiedene körperliche Symptome.

Die anschließende Phase der „*langfristigen Reorganisation*“ beinhaltet zunächst Gefühle der Wut gegenüber dem Täter. Später erfolgt dann eine allmähliche Überwindung „*des traumatischen Erlebnisses sexueller Gewalt*“. (Krahe , 1998)

Ähnliches erleben auch Mitarbeiter, die Opfer auch von anderen Formen der körperlicher Gewalt ausgehend von Patienten geworden sind.

Richter beschreibt unter Zuhilfenahme weiterer Quellen, dass besonders der psychische Stress in der ersten Zeit nach einem entsprechenden Vorfall bedeutsam ist. Seine Ausprägungsformen sind u.a. „*Nicht-wahrhaben-Wollen, Ärger, Irritierbarkeit, Angst, Hilflosigkeit, Trauer, Depression, Mitleid mit dem Angreifer, sich für die Aggression verantwortlich fühlen, Über-Aufmerksamkeit, Grübeleien, Wunsch nach Alkohol und Drogen oder übermäßiger Nahrungsaufnahme, Kopfschmerzen, Schmerzzustände, Müdigkeit, Anspannungen der Muskulatur*“ (Richter , 1998, S. 116-117)

Ferner beschreibt Richter, dass laut Literatur ein Teil der Betroffenen ein „*posttraumatisches Stress-Syndrom*“ erleidet, welches sich z.B. in „*Schlafstörungen und Irritierbarkeit, Vermeidungsverhalten und das gedankliche Wiedererleben der traumatisierenden Situation*“ bemerkbar macht“ (Richter , 1998, S. 118)

Auch in meinem eigenen pflegerischen Berufsleben konnte ich das hier beschriebene Erleben bereits beobachten. So befragte ich u.a. eine Kollegin meiner Abteilung, die Opfer eines körperlichen Angriffs eines Patienten wurde, wie sie dies erlebt hat. Sie beschrieb, dass sie während des Angriffs Todesangst verspürte sowie große Hilflosigkeit. Weiterhin teilte sie mir mit, dass sie mehrere Wochen lang, sich sehr schlecht auf ihre Arbeit konzentrieren konnte und immer an das Geschehene denken musste. Auch Schuldgefühle seine aufgetreten. Dabei gab sie sich oft selbst die Verantwortung für den kör-

perlichen Angriff des Patienten. Weiterhin entwickelten sich Wut und aversive Gefühle gegenüber dem entsprechenden Patienten.

4. Verhalten und Erscheinungsformen

Es wurde bereits erwähnt, dass körperliche Gewalt in verschiedenen Varianten auftreten kann. Daneben ist es bedeutsam, inwieweit solche Ereignisse vorhergesehen werden können. Hartmann bezieht sich auf McFarland et al., 1992 sowie auf Schädle-Deiniger & Villinger 1996 und nennt verschiedene Faktoren, um zunehmende Aggression vorherzusagen. Diese beziehen sich zwar nicht explizit auf körperliche Gewalt, dennoch können sie entsprechende Vorboten sein. So werden u.a. genannt: *„bedrohliche Gebärden, stechender Blick, angespannte Körperhaltung, gereizter Ton, nicht mehr erreichbar sein(...). Äußerung von Emotionen: Angst, sich bedroht fühlen, Wutanfall, Schuldgefühle, Feindseligkeit, Ärger, Unruhe: es an keinem Ort aushalten, getrieben sein“* (Hartmann, 2004, S. 236-237)

Daneben sind auch weitere Erscheinungen denkbar, wie z.B. eine erhöhte Stimme oder Schreien, geballte Fäuste, zusammengebissene Zähne, Zittern, Schwitzen, mit der Faust auf Möbel schlagen, Gegenstände werfen und kaputtmachen, etc.

Körperliche Gewalthandlungen bleiben nicht ohne Folgen. Sie führen zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, sind in der Regel strafbar und erfolgen oft berechnend. (*Bornwasser* , 1998, S. 48)

Duxbury verweist auf Umfragen des Health Service Advisory Committee und nennt verschiedene Formen der physischen Gewaltanwendung: *„Schwere Verletzungen. Dazu zählen Verletzungen, die medizinisch behandelt werden müssen, wie z.B. innere Verletzungen, Knochenbrüche, klaffende Wunden, Bewusstlosigkeit und andere Verletzungen, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen. – Leichte Verletzungen. Dazu gehören Schnittwunden und Prellungen, die mit Erste-Hilfe-Maßnahmen versorgt werden können.“* (Duxbury, 2002, S.157)

Das Minimal Data Set als Assessment Instrument erfasst körperliche Gewalt von Patienten gegenüber Pflegenden unter Verhaltensauffälligkeiten: „*körperliche Aggressivität(schlägt, tritt, kratzt andere und belästigt sie sexuell)* „ (Gilgen/Homolová RAI 2.0, 2000, S.157)

Freyne und Wrigley verwendeten zur Klassifikation von körperlicher Gewalt gegen Pflegende eine 3 Punkte Skala: a) „*nicht schwer*“ (z.B. Schubsen, Stoßen) b) „*schwer*“ (z.B. Faustschläge) c) „*sehr schwer*“ (Lebensgefahr besteht) (Freyne/Wrigley, 1996, S. 57-63)

Besonders in der Psychiatrie sind körperliche Angriffe von Patienten gegenüber Pflegenden ein häufig zu beobachtendes Phänomen. Z.B. berichtet Walter von einer 40jährigen Patientin mit einer Schizophrenieerkrankung. *“Sie verletzte oder gefährdete andere, indem sie trat, schlug, kratzte, spuckte, biss oder mit Gegenständen warf.“* (Walter , 1998, S. 51-52)

Auch Heffter beschreibt ein weiteres Beispiel eines Patienten, der *„immer wieder durch gewalttätige Angriffe auf Mitpatienten und Mitarbeiter auffiel(...).Er bestahl seine Mitpatienten, bedrohte und misshandelte sie. Die Mitarbeiter wurden beim Einschreiten mit Karate-Schlägen und Fußtritten attackiert“* (Heffter , 1998, S. 44)

5. Interventionen

Wie gehen Pflegende mit Gewalt um? Diese Frage wird in der Literatur häufig bearbeitet. Allerdings wird sehr viel berichtet über Gewalt-handlungen, die von Pflegenden gegenüber Patienten und Bewohnern ausgehen und relativ wenig über körperliche Gewaltanwendungen von Patienten gegenüber Pflegenden. Es wird im folgenden versucht, einige Ansätze zu Interventionsmöglichkeiten darzustellen.

6.1. vorbeugende pflegerische Interventionen

Der Internationale Pflegeverband ICN beschreibt verschiedene vorbeugende Möglichkeiten, u.a. durch Schaffung eines gewaltfreien

Betriebsklimas. Dies kann erreicht werden durch entsprechende personelle Ausstattung, kompetentes Personal, Sicherheitsmaßnahmen, Schulungen von Pflegenden in Bezug auf Gewaltsituationen, Anfertigen von Sicherheitsprotokollen, etc.

Weiterhin kann eine gewalthemmende Umgebung z.B. durch Installation von Alarmsystemen, Fernhalten gefährlicher Gegenstände vom Patienten, Verwenden aggressionshemmender Farben bei der Gestaltung der Patientenzimmer, helfen Gewalt zu verhindern(vgl. ICN , 1998). Weiterhin können Hektik oder lautes Reden vermieden werden. Auch lautes Gelächter oder Belustigungen könnten von Patienten als Provokation aufgefasst werden.

Diese bereits erwähnten Möglichkeiten lassen sich nur bedingt vom einzelnen Mitarbeiter realisieren. Pflegepersonen mit Leitungsfunktion haben mehr Einfluss und sollten sich einsetzen für eine „*gewaltarme Führungsphilosophie*“ (Heffter , 1998, S.45- 46) Dabei kommt es vor allem darauf an, einen gewaltarmen Umgang mit den Patienten zu prägen (vgl. Heffter , 1998) Denn je mehr mit dem Patienten gewaltsam umgegangen wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser ebenso gewalttätig reagiert. Auch gewaltbereiten Patienten sollten Pflegende mit einer positiven Einstellung begegnen.

Pflegende übernehmen teilweise Handlungen und Verhaltensweisen ihrer Vorgesetzten, gemäß Albert Banduras Lernen am Modell. (<http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Modelllernen.shtml>)

Demzufolge dienen die führenden Pflegepersonen einer Abteilung ihren unterstellten Mitarbeitern u.a. als Vorbild. Setzen die sich also gegenüber dem Patienten für einen gewaltarmen Umgang ein, werden es die Mitarbeiter vermutlich ihnen gleich tun.

Weiterhin ist entscheidend, inwieweit die Pflegenden genügend Informationen über die Situation des Patienten in Erfahrung gebracht haben. Je mehr Wissen über den Patienten vorhanden ist, desto besser können auch evt. körperliche Angriffe vorhergesehen werden. Doxbury schreibt dazu: „*Gute Kenntnisse über den Klienten sowie solide Fertigkeiten im Beobachten und Zuhören können für die Vor-*

hersage aggressiver Ereignisse hilfreich sein und möglicherweise verhindern, dass der Zorn des Klienten eskaliert.“ (Duxbury, 1998).

6.2. pflegerische Interventionen vor körperlichen Angriffen

Steht ein körperlicher Angriff eines Patienten unmittelbar bevor, müssen Pflegende sehr kompetent agieren, um solche Situationen nicht eskalieren zu lassen.

Eine Ursache für gewalttätige Angriffe auf Pflegende stellen die verschiedenen Ängste des Patienten dar. Daher stellt Angstminderung besonders bei Patienten mit veränderter Wahrnehmung ein wichtiges Kriterium dar. (*vgl. Heffter, 1998*) Weiterhin sind Fixierungen des Patienten möglichst zu vermeiden, denn diese können Ängste des Patienten vergrößern bzw. seine Aggressionen steigern (*Heffter , 1998*)

Ernstnehmen und Akzeptieren des Patienten zeigt sich in der Kommunikation. Ein falscher Blick oder eine unbedachte Äußerung kann die Situation verschlimmern. So sollte ein direkter Blickkontakt vermieden werden. Daneben sollten Pflegepersonen dem Patienten mit einer beruhigenden Stimme begegnen, dabei ihm nicht den Rücken zukehren sowie auf eine entsprechende Körperhaltung achten und ein sicheres Auftreten besitzen. (*vgl. Duxbury, 1998*)

Ich erwähnte bereits, dass sich ein großer Teil der körperlichen Gewalthandlungen gegenüber Pflegenden auch während intimer Maßnahmen vollzieht, also z.B. beim Waschen, Toilettengang, etc. Daher sollten vor allem intime Berührungen durch das Pflegepersonal nur sehr vorsichtig angewandt werden. (*Duxbury, 1998*) Genauso bedeutsam ist es, den Patienten über jede geplante Maßnahme zu informieren. Ich kenne es aus der eigenen Praxis, dass sich Pflegende oft zu wenig Zeit nehmen, Patienten genau zu informieren. Patienten üben zum Teil aus Angst und Ungewissheit körperliche Gewalt an, um sich zu schützen.

Daneben muss auch die Sicherheit der Pflegenden gewährleistet werden. Duxbury geht insbesondere ein auf Situationen, wo Pflegende auf sich allein gestellt sind(z.B. im Nachtdienst oder in der ambu-

lanten Pflege). Patienten mit erhöhtem Gewaltpotential sollten möglichst von zwei Pflegenden betreut werden. Genügend Fluchtmöglichkeiten müssen vorhanden sein. Kollegen sollten über den Aufenthaltsort der Pflegenden stets informiert sein. Die Pflegenden sollten bei Bedarf schnell Hilfe hinzurufen können. (vgl. Duxbury, 1998)

7. Konsequenzen für die Praxis

Körperliche Gewalt gegen Pflegende ist ein Phänomen, das in der Praxis unterschiedlich häufig und in vielfältiger Form auftreten kann.

Wird eine Pflegeperson Opfer eines Patientenangriffes, so kann dies ihr weiteres Verhalten gegenüber dem Patienten sehr beeinflussen.

Bei einer erneuten Begegnung der Pflegeperson mit dem gewalttätigen Patienten können sich bestimmte aversive Empfindungen bei der Pflegeperson einstellen. Duxbury beschreibt dazu u.a.: „–eine defensive oder gewalttätige Reaktion, die ihrerseits eine schon angespannte Situation verschlimmern kann. –Ungerechtigkeit kann eine labile Reaktion hervorrufen. –Beschneidung der Freiheit des Klienten. –Mangel an Aufmerksamkeit oder zeitlicher Zuwendung(...) –eine unangemessene verbale oder nonverbale Reaktion...“ (Duxbury, 1998, S.165)

Dabei kann ein starkes Spannungsfeld zwischen Patient und Pflegeperson entstehen. Um dies zu verhindern müssen sowohl die betroffenen Pflegenden als auch die gewalttätigen Patienten entsprechend betreut werden. Dabei sollte das Ereignis in seinem Zusammenhang verstanden werden(vgl. Duxbury, 1998).

Pflegende, die Opfer von gewalttätigen Übergriffen geworden sind, bedürfen der Betreuung und Hilfe. Sie sollten über das Erlebte mit Vertrauenspersonen sprechen können. Weiterhin können „*Supervision mit einem Mentor, Schulungsangebote sowie die kontinuierliche Ermutigung und Anerkennung der individuellen Stärken..*“ (Duxbury, 1998, S. 176-177) helfen, das Erlebte zu verarbeiten.

Die bisher genannten Aspekte der Verminderung sowie der Prävention von körperlicher Gewalt gegen Pflegende bedürfen einer genauen Planung und Strukturierung.

Dabei werden in der Literatur diverse Instrumente beschrieben. Das Resident Assessment Instrument (RAI 2.0) ist ein evaluiertes Verfahren, um die Situation von Patienten und deren Pflegebedarf einzuschätzen und entsprechende Maßnahmen abzuleiten. So wird u. a. auch physische Gewalt beschrieben. Auf einem MDS- Minimum Data Set Dokumentationsbogen werden Ergebnisse der Patientenbeurteilung festgehalten. Dort findet man unter Punkt 4 „*Verhaltensauffälligkeiten*“ ,z.B. „*körperliche Aggressivität(Die Klientin schlägt andere, tritt, kratzt und belästigt andere Bewohner sexuell (Homolová, S.48-49, S. 126, 2000)*

Das RAI-Assessmentinstrument enthält auch Abklärungshilfen, dabei werden u.a. die Gewaltaktionen noch näher differenziert. Dabei wird auf vielfältige Aspekte eingegangen, z.B. Ursachen des Verhaltens, Alarmzeichen, Richtlinien, weitere Zusammenhänge, etc. (*vgl. Homolová, 2000*). Dieses Instrument eignet sich gut für die Praxis, denn es kann mit Hilfe der Dokumentationsbögen, entsprechender Hilfen in Form von Abklärungshilfen und RAI Handbuch, sich anbahnende oder bereits erfolgte Gewalthandlungen des Patienten kurz und prägnant dokumentiert werden. Pflegende können so im Vorfeld bereits Informationen über den Patienten, evt. vorangegangene Vorfälle oder potentielle Gefahren informiert werden, Ursachen und Gründe für das Verhalten des Patienten erfassen und dadurch ihr Pflegehandeln besser abstimmen bzw. die Situation des Patienten in ihrem Kontext genauer begreifen.

Weiterhin stellt auch Hirsch ein allgemeines Gewalt-Assessment vor. Dabei handelt es sich um einen Entwurf, der eher normativen Charakter hat und für die Praxis noch genauer spezifiziert werden muss.

„A Allgemeine Informationen:

- 1. Daten zum Opfer:*
- 2. Daten zum Täter*
- 3. Umweltsituation*
- 4. Vorgeschichte der Gewalthandlung*
- 5. Verhalten der Beteiligten*
- 6. Verhalten der Umwelt*

7. Auftreten, Interaktionsverhalten und verstärkende Faktoren

B Problemlösungsstrukturierung:

1. Zustandsanalyse: Verhalten, Ressourcen, störende Faktoren und vorhandene Hilfen

2. Zielanalyse: Verringerung von spezifischem Gewaltverhalten: - Bewertung/Prüfung auf Realisierbarkeit- Elaboriertheit der Zielsetzungen

3. Unterscheidung und Beschreibung von Teilprobleme und deren Erleben

4. Verhaltensdiagnostik und –beobachtung

C Bedingungsanalyse

1. äußere Rahmenbedingungen

2. körperliche/psychische Rahmenbedingungen

3. Verhaltensanalyse

4. Emotionale und Kognitionsanalyse

5. subjektives Gewaltmodell

6. äußere Faktoren

7. psychische Folgen

8. interaktives Verhalten von „Opfer“ , „Täter“ und deren Umwelt

D Interventionsplanung

1. Änderung von Rahmenbedingungen

2. Änderung von Verhalten

3. Änderung von Einstellungen

4. Planung zur Stabilisierung (Hirsch, 2000, S.22)

Dieses Assessmentinstrument beinhaltet verschiedene Formen von Gewalt. Dennoch eignet es sich ebenso beim Vorkommen von körperlicher Gewalt. Daneben bezieht es die Situation des Betroffenen mit in die weitere Planung ein.

Fazit

Oft hängen Aggressionen und Gewalt eng miteinander zusammen. Aber nicht immer entsteht körperliche Gewalt gegen Pflegende aus der Intention heraus, dem Pflegenden zu schaden. Das begründet sich auch aus den verschiedenen Ursachen für körperliche Gewalt, z.B. krankheitsbedingte Ursachen. Weiterhin lässt sich körperliche Gewalt nicht immer genau vorhersagen. Die erwähnten Interventionen können sich gewalthemmend auswirken, allerdings können sie körperliche Gewalt nicht vollkommen verhindern. Generell lässt sich aber feststellen: Je mehr spezifische Informationen über die Situation des Patienten vorhanden sind, desto besser kann der körperlichen Gewalt entgegen gewirkt werden. Dazu können in der Praxis auch verschiedene Assessmentverfahren die Pflegenden in ihren Bemühungen unterstützen.

All die genannten Aspekte sollten nur Ansätze darstellen und bedürfen weiterer vertiefender Auseinandersetzung und Evaluation.

Literaturverzeichnis

- Bornewasser, M. Soziale Konstruktion von Gewalt und Aggression in: Aggression und Gewalt: Phänomene, Ursachen und Interventionen, Hans Werner Bierhoff, Ulrich Wagner (Hrsg.), Stuttgart, Berlin, Köln, Kohlhammer, 1998
- Doenges, M. E.; Moorhouse, M. F. Pflegediagnosen und Maßnahmen. Unter Mitarbeit einer Expertengruppe von Annina Hännly aus dem Amerikan. übers., Bern, Göttingen, Toronto, Seattle
Hans Huber, 1994
- Duxbury, J. Umgang mit schwierigen Klienten- leicht gemacht, aus dem Engl. von A. Hildenbrandt. Dt.-sprachige Ausg. hrsg. von C. Sowinski, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2002
- Freyne A.; Wrigley, M. Aggressive incidents towards staff by elderly patients with dementia in a long-stay ward, International Journal of Geriatric Psychiatry, 11, S.57-63
- Gates, D.M.; Fitzwater, E., & Meyer, U. Violence against caregivers in nursing homes, Journal of Gerontological Nursing, 25, (4), 12-22
- Hartmann, M. C. Aggression/Gewalt, in: Pflegekonzepte Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld, Silvia Käppli (Hrsg.), Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Hans Huber, 2004
- Heffter, R. Vom Rollkommando zur Soziotherapie: Grundlagen für deeskalierendes Verhalten auf psychiatrischen Akutstationen in Gewalt in der psychiatrischen Pflege, Dirk Richter (Hrsg.),

- Bern,Göttingen,Toronto,Seattle, Hans Huber, 1998
- Hirsch, Rolf D. Gewalt in der Pflege:ein drängendes gesellschaftliches Problem, Manuskript, Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V. Bonn, 2000
- Hirsch, Rolf D. Prävention und Intervention gegen Gewalt bei alten Menschen in Einrichtungen, Mauskrift, Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e.V., 2001
- International Council of Nurses Leitfaden zum Umgang mit Gewaltsituationen im Pflegealltag in Gewalt in der psychiatrischen Pflege, Dirk Richter(Hrsg.), Bern,Göttingen,Toronto,Seattle, Hans Huber, 1998
- Internet Medwell- Gewalt in der Pflege, <http://medwell24.at/CDA/>, 2003
- Internet Lernen am Modell –Albert Bandura, Internet: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/LERNEN/Modelllernen.shtml>
- Krahè, B. Sexuelle Gewalt in: Aggression und Gewalt:Phänomene, Ursachen und Interventionen, Hans Werner Bierhoff, Ulrich Wagner(Hrsg.), Stuttgart,Berlin,Köln, Kohlhammer, 1998
- Richter, D. Gewalt und Gewaltprävention in der psychiatrischen Pflege- eine Übersicht über die Literatur in Gewalt in der psychiatrischen Pflege, Dirk Richter(Hrsg.), Bern,Göttingen,Toronto,Seattle, Hans Huber, 1998
- Richter, D.; Sauter, D. Aspekte der Gewalt in der psychiatrischen Pflege in: Gewalt in der psychiatrischen Pflege, Dirk Richter(Hrsg.), Bern,Göttingen,Toronto,Seattle, Hans Huber, 1998

- Ruthemann, U. Aggression und Gewalt im Altenheim: Verständnishilfen und Lösungswege für die Praxis, Basel:Recom Verlag 1993
- Theunert, H. Gewalt in den Medien- Gewalt in der Realität, Gesellschaftliche Zusammenhänge und pädagogisches Handeln, Institut Jugend Film Fernsehen(Hrsg.), Reihe Medienpädagogik, Band 6, KoPäd Verlag 1996
- Walter, G. Pflegerischer Umgang mit aggressiven chronischen Patienten: ein Fallbeispiel in Gewalt in der psychiatrischen Pflege, Dirk Richter(Hrsg.), Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Hans Huber, 1998