ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/372571145

Gewaltprävention in Notaufnahmen

Book · July 2023

CITATIONS
0

READS
5

8 authors, including:



Vanessa Beringer
University Medical Center Hamburg - Eppendorf
4 PUBLICATIONS **2** CITATIONS
SEE PROFILE



Tanja Wirth
University Medical Center Hamburg - Eppendorf
25 PUBLICATIONS **378** CITATIONS
SEE PROFILE



Albert Nienhaus
University of Hamburg
551 PUBLICATIONS **11,802** CITATIONS
SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Project H1N1 among Healthcare Professionals View project

Project TB network occupatinal medicine View project

All content following this page was uploaded by Stefanie Mache on 24 July 2023.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

UKE
HAMBURG



PRÄVENTION VON AGGRESSIONEN UND GEWALT GEGENÜBER BESCHÄFTIGTEN IN DER NOTAUFNAHME

FORSCHUNGSERGEBNISSE UND PRAXISTIPPS

Hamburg

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

PRÄVENTION VON AGGRESSIONEN UND GEWALT GEGENÜBER BESCHÄFTIGTEN IN DER NOTAUFNAHME

FORSCHUNGSERGEBNISSE UND PRAXISTIPPS

Hamburg

UKE HAMBURG

IMPRESSUM

PRÄVENTION VON AGGRESSIONEN UND GEWALT GEGENÜBER BESCHÄFTIGTEN IN DER NOTAUFNAHME
FORSCHUNGSERGEBNISSE UND PRAXISTIPPS
1. Auflage Juli 2023
© 2023 Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM)

Durchführende Institution
Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE),
Behörde für Justiz und Verbraucherschutz (BJV)
Seewartenstraße 10, Haus 1, 20459 Hamburg
Institutsdirektor: Prof. Dr. Volker Harth
www.uke.de/arbeitsmedizin

PROJEKTLEITUNG
PD Dr. Dr. Stefanie Mache
Leitung der Arbeitsgruppe Psychische Gesundheit am Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM)
Kontakt: zfam.pg@justiz.hamburg.de

AUTORINNEN UND AUTOREN
Sonja Reißmann[1]
Vanessa Beringer[1]
Dr. Tanja Wirth[1]
Dr. Anja Schablon[2]
Claudia Vaupel[3]
Prof. Dr. Albert Nienhaus[2,3]
Prof. Dr. Volker Harth[1]
PD Dr. Dr. Stefanie Mache[1]

PROJEKTBETEILIGTE
Dr. Hans-Werner Kottkamp[4]
Dr. Claudia Peters[2]
Dr. Lisa Ritzenhöfer[5]
Dr. Karin Schaefer[6]
Dr. Wilfried Schnieder[7]
Greta Ullrich[8]

UNTER MITWIRKUNG VON
Margot Dietz-Wittstock,
Jörg Ferber, Holger Finkemeier,
Ralf Seland, Kristian Weihers

[1]Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland | [2]Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare), angegliedert an das Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland | [3]Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg, Deutschland | [4]Zentrale Notaufnahmen, Evangelisches Klinikum Bethel (EvKB), Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland | [5]Hauptabteilung Prävention, Unfallkasse Hessen, Frankfurt am Main, Deutschland | [6]Präventionsdienst München, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), München, Deutschland | [7]Zentrale Notaufnahme, Klinikum Herford, Herford, Deutschland | [8]Zentrale Notaufnahme, St. Franziskus-Hospital Köln, Köln, Deutschland

LEKTORAT
Angelika Buchholz, Frankfurt

LAYOUT
Ethel Knop, Hamburg

DRUCK
OSTERKUS[S] gGmbH, Hamburg

BILDER
Shutterstock | AdobeStock |

Der Bericht wurde mit Sorgfalt erstellt und überprüft. Autor:innen, Mitwirkende, Projektbeteiligte und Kooperationspartner:innen übernehmen keine Gewähr für den Inhalt und mögliche Fehler. Sie übernehmen keine Haftung für Nachteile oder Schäden, die sich aus der Anwendung von Hinweisen aus diesem Bericht ergeben. Anwender:innen müssen die Hinweise vor der Umsetzung sorgfältig prüfen und entscheiden, ob diese in ihrer individuellen Situation adäquat und rechtens sind.

IN KOOPERATION MIT
CVcare Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen
DGINA Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V.
BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
UKH Unfallkasse Hessen



INHALT

Vorwort 8

1 Hintergrund 11

Kapitel

1.1 Ursachen und Häufigkeit von Gewaltvorfällen 12
1.2 Auswirkungen von Gewaltvorfällen 13
1.3 Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt 13
1.4 Vorstellung der Studien 15

2 Voraussetzungen 19

Kapitel

2.1 Organisationskultur 19
2.2 Führungsaufgaben 21
2.3 Aufgaben verschiedener Akteur:innen im Arbeitsschutz 23
2.4 Gefährdungsbeurteilung 26

3 Architektonische Maßnahmen 35

Kapitel

3.1 Allgemeine Struktur 35
3.2 Anmelde- und Wartebereich 39
3.3 Behandlungsbereich 40

4 Technische Maßnahmen 43

Kapitel

4.1 Schließsysteme 43
4.2 Anzeige- und Aufrufsysteme 44
4.3 Alarmsysteme 45
4.4 Videoüberwachung 46
4.5 Vermerk in der Akte 48
4.6 Infotainment und mehr 48

5 Organisatorische Maßnahmen 51

Kapitel

5.1 Personalorganisation 51
5.1.1 Dienstplangestaltung 53
5.2 Kooperation mit anderen Einrichtungen 54
5.2.1 Overcrowding 54
5.2.2 Formen der Zusammenarbeit 55
5.3 Screening 57
5.3.1 Brøset Violence Checklist 57
5.3.2 Angst-Skala 58
5.4 Sicherheitsdienst 59
5.5 Kooperation mit der Polizei 60

6 Personenbezogene Maßnahmen für Beschäftigte 67

Kapitel

6.1 Schulungsmaßnahmen 67
6.1.1 Vermittlung von Hintergrundwissen 70
6.1.2 Deeskalationsstrategien und Körperinterventionen 71
6.1.2.1 Erkennen von Frühwarnsignalen 71
6.1.2.2 Deeskalation durch Kommunikation 71
6.1.2.3 Flucht und Körperinterventionen 74
6.1.3 Persönliche Faktoren und Selbstreflexion 78
6.2 Mitarbeitendenfürsorge und Zusammenarbeit 80
6.2.1 Teamkultur 82

7 Personenbezogene Maßnahmen für Patient:innen und Begleitpersonen 89

Kapitel

7.1 Aufklärung und Information 89
7.1.1 Angst in der Notaufnahme 92
7.1.2 Patient:innengruppen mit erhöhtem Risiko für aggressives Verhalten 93
7.1.3 Patient:innen und Begleitpersonen aus verschiedenen Kulturen 94
7.2 Zugangsbeschränkungen für Begleitpersonen 96
7.3 Hausverweis und Hausverbot 97

8 Meldung 101

Kapitel

8.1 Innerbetriebliche Meldung 101
8.2 Meldung an die Unfallversicherungsträger 105
8.3 Strafanzeige 106

9 Nachsorge 113

Kapitel

9.1 Akute Nachsorge 116
9.2 Mittel- und langfristige Nachsorge 119

Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASA	Arbeitsschutzausschuss
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BetrVG	Betriebsverfassungsgesetz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BPersVG	Bundespersonalvertretungsgesetz
BVC	Brøset Violence Checklist
CIRS	Critical Incident Reporting System
CVcare	Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen
D-Ärzt:in	Durchgangsärzt:in
DGINA	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DS-GVO	Datenschutz-Grundverordnung
ESI	Emergency Severity Index
EVA	Erfassung von Aggressionsereignissen
FoBiK	Formen der Bedrohung im Kundenverkehr
ILS	Integrierte Leitstellen
INZ	Integrierte Notfallzentren
KV	Kassenärztliche Vereinigungen
MAV	Mitarbeitendenvertretung
NAGS	Netzwerk Aggression- und Gewaltprävention, Sicherheitsmanagement Deutschland e. V.
SGB	Sozialgesetzbuch
Sifa	Fachkraft für Arbeitssicherheit
SOAS-RE	Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency
SOP	Standard Operating Procedure (dt. Standardvorgehensweise)
StGB	Strafgesetzbuch
TOP	Technische – Organisatorische – Personenbezogene Maßnahmen
UK	Unfallkasse
UV-Träger	Unfallversicherungsträger
ZfAM	Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin



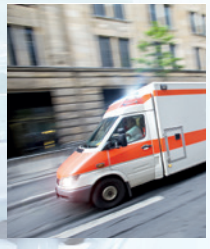
Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1	Häufigkeit von Gewaltvorfällen	13
Tabelle 1.2	Übersicht zu Studien und Expert:inneninterviews	16
Tabelle 2.1	Selbsteinschätzung „Gewalt und Aggression“ der BGW	22
Tabelle 2.2	Aufgaben verschiedener Akteur:innen im Arbeitsschutz	24
Tabelle 6.1	Organisation von Schulungsmaßnahmen	68
Tabelle 6.2	Instrument zur Nachbesprechung von Gewaltvorfällen	81
Tabelle 7.1	Allgemeine Tipps für den Umgang mit Risikogruppen für aggressives Verhalten	94
Tabelle 7.2	Vor- und Nachteile von Zugangsbeschränkungen für Begleitpersonen	96
Tabelle 7.3	Wichtige Punkte in der Hausordnung bezüglich Gewaltprävention	98
Tabelle 8.1	Implementierung eines strukturierten innerbetrieblichen Meldesystems für Gewaltvorfälle	103
Tabelle 8.2	Meldung von Gewalt als Arbeitsunfall	106
Tabelle 8.3	Beispiele für Straftaten im Zusammenhang mit Gewalt in der Notaufnahme	107
Tabelle 9.1	Tipps für den Umgang mit akut traumatisierten Kolleg:innen	117
Tabelle 9.2	Verhaltensweisen, die im Umgang mit akut traumatisierten Kolleg:innen zu vermeiden sind	118

Abbildungsverzeichnis

Abbildung	1.1	Gewaltformen	11
Abbildung	1.2	Beispiele für verschiedene Gewaltformen	12
Abbildung	1.3	TOP-Prinzip	14
Abbildung	1.4	Verhältnis- und Verhaltensprävention	14
Abbildung	2.1	Beispielaushang „Keine Toleranz“ aus dem Klinikum Herford	20
Abbildung	2.2	Zusammensetzung des Arbeitsschutzausschusses (ASA)	24
Abbildung	2.3	Die sieben Schritte der Gefährdungsbeurteilung	27
Abbildung	3.1	Vorteile der geschlossenen Gestaltung	36
Abbildung	3.2	Vorteile der offenen Gestaltung	37
Abbildung	3.3	Gestaltung von Fluchtwegen	37
Abbildung	4.1	Nummernvergabe	45
Abbildung	4.2	Beispiel für ein Hinweisschild bei Videoüberwachung	47
Abbildung	5.1	Ursachen der Überlastung	54
Abbildung	5.2	Brøset Violence Checklist nach Almvik und Woods	57
Abbildung	5.3	Angst-Skala nach Dietz-Wittstock	58
Abbildung	5.4	Beispielhafte Alarmierungskette	63
Abbildung	6.1	One Minute Wonder zur Deeskalation aus der Charité – Universitätsmedizin Berlin	69
Abbildung	6.2	Mögliche Schulungsinhalte zur Gewaltprävention	70
Abbildung	6.3	Hilfreiche Verhaltensweisen zur Deeskalation	72
Abbildung	6.4	Beispiel einer Deeskalation aus der Interviewstudie	74
Abbildung	6.5	Erforderliche Fähigkeiten für die Deeskalation	78
Abbildung	7.1	Ersteinschätzung und Wartezeiten	91
Abbildung	8.1	Die verschiedenen Arten der Meldung	101
Abbildung	9.1	Verlaufsschema zu traumatischen Ereignissen	113
Abbildung	9.2	Ablaufschema zur Nachsorge aus der Charité – Universitätsmedizin Berlin	114
Abbildung	9.3	Notfallplan für traumatische Ereignisse	115








Liebe Lesende,

wir freuen uns über Ihr Interesse an diesem praxisorientierten Forschungsbericht. Aggressionen und Gewalt in der Notaufnahme sind ein brisantes und komplexes Thema, das große Herausforderungen für alle Betroffenen mit sich bringt. Betroffen sind vor allem Beschäftigte in der Notaufnahme, die körperliche, verbale und nonverbale Gewalt durch Patient:innen und deren Begleitpersonen direkt erleben. Gleichermaßen betrifft das Thema auch die Notaufnahme- und Krankenhausleitung sowie den Arbeitsschutz und die Präventionsdienste.
Dieser Forschungsbericht richtet sich an alle Berufsgruppen, die sich mit dem Thema Gewalt in der Notaufnahme konfrontiert sehen.

Grundlage des Berichts sind mehrere wissenschaftliche Studien, die im Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM) und im Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) durchgeführt wurden.

Bislang wurden die Ergebnisse der Studien in (internationalen) wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht. Damit auch auf nationaler Ebene Beschäftigte in Notaufnahmen sowie Verantwortliche beim Arbeitsschutz und den Präventionsdiensten Zugang zu den Ergebnissen erhalten, wurden diese nun zusammengefasst und praxisnah aufbereitet. Im Fokus stehen dabei vor allem jene Ergebnisse, die für den praktischen Alltag in der Notaufnahme relevant sind. Es werden konkrete (Handlungs-)Empfehlungen, anschauliche (Best-Practice-)Beispiele sowie eindrückliche Zitate von Studienteilnehmenden und Expert:innen unter der Berücksichtigung weiterer wissenschaftlicher Arbeiten zum Thema präsentiert.

Was ist das Ziel?

Dieser Bericht stellt Strategien und Handlungshilfen für die Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention von Gewalt in der Notaufnahme bereit. Ziel dabei ist es, wissenschaftlich fundiert über dieses Thema zu informieren, um einen verbesserten Umgang mit Aggressionen und Gewalt in der Notaufnahme anzuregen. Insgesamt wird die Sensibilisierung aller Beteiligten für die Problematik und die Schaffung eines allgemeinen Problembewusstseins angestrebt. Langfristig besteht das Ziel, Aktivitäten im Hinblick



auf die Prävention, Intervention und Nachsorge von Aggressionen und Gewalt in Notaufnahmen zu stärken und Gewaltvorfälle zu reduzieren.

Wer wird angesprochen?

Dieser Bericht wendet sich im Speziellen an alle Mitarbeitenden in Notaufnahmen. Gemeint sind damit pflegerische und ärztliche Beschäftigte sowie beispielsweise auch Rettungsdienstpersonal, medizinische Fachangestellte, administratives Personal und Reinigungskräfte. Ebenso werden Mitarbeitende des Managements und der Krankenhausleitung angesprochen. Dieser Bericht versteht sich darüber hinaus als Arbeitshilfe für Akteur:innen des Abeitsschutzes in Krankenhäusern (z. B. Fachkräfte für Arbeitssicherheit) und für Aufsichtspersonen von Unfallversicherungsträgern und staatlichen Arbeitsschutzbehörden für die Beratung und Überwachung entsprechender Betriebe.

Welche Themen werden behandelt?

In diesem Bericht werden praxisrelevante wissenschaftliche Erkenntnisse zur Gewaltprävention in Notaufnahmen zusammengetragen. Gemeint sind Aggressionen und Gewalt, die von Patient:innen und Begleitpersonen ausgehen und gegen Beschäftigte gerichtet sind. Zunächst werden Hintergrundinformationen zum Thema aufgeführt (*Kapitel 1*). Danach geht es um allgemeine Voraussetzungen für einen professionellen Umgang mit Gewaltvorfällen (*Kapitel 2*). Dies betrifft beispielsweise ein zur Gewaltprävention förderliches Arbeitsklima, die Verfügbarkeit von Leitlinien oder die Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen in der Einrichtung. Anschließend werden Hinweise zu architektonischen (z. B. Fluchtwege) und technischen Maßnahmen (z. B. Alarmsysteme) gegeben (*Kapitel 3 und 4*). Bei den organisatorischen Maßnahmen wird unter anderem in den Blick genommen, welche Präventionsmöglichkeiten sich durch eine geschickte Personalorganisation oder die Kooperation mit anderen Einrichtungen ergeben (*Kapitel 5*). Bei den Maßnahmen, die sich auf Beschäftigte beziehen, geht es beispielsweise um Möglichkeiten der Deeskalation sowie um die Reflexion der eigenen Rolle (*Kapitel 6*). Maßnahmen, die sich auf Patient:innen oder Begleitpersonen beziehen, umfassen zum Beispiel Aufklärung über die Abläufe in der Notaufnahme *(Kapitel 7*). Zuletzt wird darauf eingegangen, wie die Meldung von Gewaltvorfällen und die Nachsorge für betroffene Beschäftigte organisiert sein sollte (*Kapitel 8 und 9*). Die verschiedenen Kapitel hängen thematisch zusammen, bauen aber nicht direkt aufeinander auf und können auch unabhängig voneinander gelesen werden.

Ein herzlicher Dank geht an alle Personen, die bei den durchgeführten Studien teilgenommen und diese sowie den vorliegenden Forschungsbericht somit erst ermöglicht haben. Zudem möchten wir uns bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) für die finanzielle Förderung des Projekts bedanken.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Durchblättern dieses Berichts und Inspiration für die Gestaltung einer sicheren Notaufnahme!

Kapitel 1



1 Hintergrund

Das Gesundheitswesen gehört in Deutschland zu den Wirtschaftszweigen mit den meisten Meldungen von Gewaltunfällen [1]. Für viele Mitarbeitende im Gesundheitswesen gehören Aggression und Gewalt damit zum Arbeitsalltag.

Was ist Gewalt?

Unter Gewalt am Arbeitsplatz werden (einmalige oder wiederholte) inakzeptable Verhaltensweisen und Praktiken oder deren Androhung verstanden, die darauf abzielen oder (wahrscheinlich) zur Folge haben, physischen, psychischen, sexuellen oder wirtschaftlichen Schaden zu verursachen [2].

Neben Gewalt wird auch der Begriff Aggression verwendet. Zwischen den Begriffen gibt es Überschneidungen und daher ist eine trennscharfe Abgrenzung nicht möglich. Sowohl Gewalt als auch Aggression haben eine Schadenserzeugung zum Ziel [2,3]. Gewalttätiges Verhalten kann als ausgeprägte Form von aggressivem Verhalten verstanden werden [3]. Aufgrund ihrer Ähnlichkeit werden in diesem Bericht beide Begriffe verwendet.
Im Gesundheitswesen kommt es unter anderem in Notaufnahmen am häufigsten zu Übergriffen [4], die in den meisten Fällen von Patient:innen oder deren Begleitpersonen ausgehen [5]. *Abbildung 1.1* zeigt, dass Gewalt in verschiedenen Formen vorkommen kann [6].

Nonverbale Gewalt: Nachäffen, Ignorieren, Drohungen durch Mimik, Gestik oder Briefe, ...

Verbale Gewalt: Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen, ...

Körperliche Gewalt: Anspucken, Handgreiflichkeiten, Schläge, Tritte, Angriffe mit Gegenständen (z. B. Glasflasche, Messer), ...

Abbildung 1.1 Gewaltformen

Sexualisierte und rassistische Gewalt sind Unterformen hiervon, denn diese können sowohl nonverbal als auch verbal oder körperlich stattfinden. Die in den Kapiteln dieses Berichts aufgeführten Maßnahmen gelten auch zur Prävention dieser Gewaltformen. Um die Vielfältigkeit und die verschiedenen Abstufungen von Übergriffen zu verdeutlichen, werden in *Abbildung 1.2* Beispiele für nonverbale, verbale, körperliche, sexualisierte und rassistische Gewalt aus dem Kontext der Notaufnahme gezeigt.





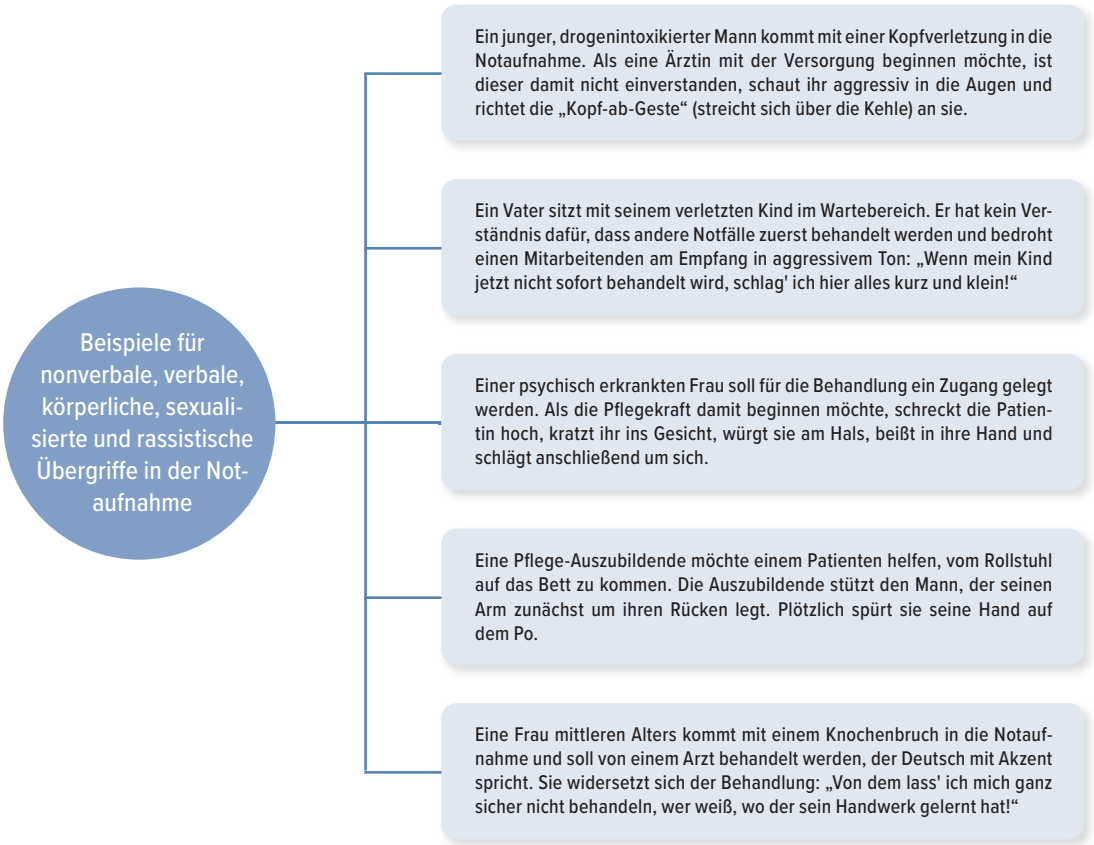



Abbildung 1.2 Beispiele für verschiedene Gewaltformen

1.1 Ursachen und Häufigkeit von Gewaltvorfällen

Warum es in Notaufnahmen zu Übergriffen kommt, wird durch vielfältige Faktoren bedingt: Der Konsum von Alkohol oder anderen Drogen sowie psychiatrische, neurologische oder schmerzhafte Erkrankungen bei Patient:innen können eine Rolle spielen [7]. Patient:innen wie Begleitpersonen erleben im Kontext der Notaufnahme oft Angst, Anspannung, Sorge und Ungewissheit, was wiederum zu sozial unerwünschtem Verhalten führen kann [8]. Lange Wartezeiten [9] sowie die Abend- und Nachtstunden sind weitere Risikofaktoren [10, 11]. Auch Belastungen aufseiten des Personals, wie beispielsweise Zeit- und Handlungsdruck und daraus resultierend ein rauer Umgangston mit Patient:innen und Begleitpersonen [12] können zu Gewaltvorfällen beitragen. In *Tabelle 1.1* ist aufgeführt, wie häufig Beschäftigte in Krankenhäusern verbale, körperliche, sexualisierte sowie rassistische Übergriffe erleben.





Tabelle 1.1 Häufigkeit von Gewaltvorfällen

In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung erlebten …
➜ 97 % der Beschäftigten in Notaufnahmen **verbale** Gewalt ausgehend von Patient:innen. ➜ 94 % der Beschäftigten in Notaufnahmen **verbale** Gewalt ausgehend von Begleitpersonen. [13]
➜ 87 % der Beschäftigten in Notaufnahmen **körperliche** Gewalt ausgehend von **Patient:innen**. ➜ 64 % der Beschäftigten in Notaufnahmen **körperliche** Gewalt ausgehend von **Begleitpersonen**. [13]
➜ 49 % der weiblichen Pflegekräfte in Notaufnahmen **sexualisierte** Gewalt ausgehend von **Patient:innen**. ➜ 29 % der männlichen Pflegekräfte in Notaufnahmen **sexualisierte** Gewalt ausgehend von **Patient:innen**. [14]
➜ Zur Häufigkeit **nonverbaler** und **rassistischer** Gewalt gegen Beschäftigte in Notaufnahmen sind den Autor:innen keine Zahlen für Deutschland bekannt. ➜ Allerdings sind Zahlen aus anderen Kontexten verfügbar: ➜ 50 % der Mitarbeitenden in Krankenhäusern (nicht speziell in der Notaufnahme) erlebten in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung **nonverbale sexualisierte** Gewalt ausgehend von **Patient:innen**. [15] ➜ 81 % der Chirurg:innen und Anästhesist:innen (nicht speziell in der Notaufnahme), die einer ethnischen Minderheit angehören, erlebten in ihrem bisherigen Berufsleben **rassistische Gewalt**. [16]

1.2 Auswirkungen von Gewaltvorfällen

Aus gewalttätigen Übergriffen gegen Beschäftigte in Notaufnahmen ergeben sich vielfach negative Folgen auf verschiedenen Ebenen. In erster Linie kommt es bei den direkt Betroffenen zu körperlichen Verletzungen und psychischen Beanspruchungen [17]. Im Bereich der psychischen Beeinträchtigungen steht das Erleben von Gewalt am Arbeitsplatz im Zusammenhang mit Gereiztheit, Ängsten, Schuldgefühlen, Hilflosigkeit, Enttäuschung sowie Depressionen, Burnout oder posttraumatischen Belastungsstörungen [18]. Eine indirekte Folge von Gewalterfahrungen kann sein, dass sich die Einstellung des Personals gegenüber Patient:innen und deren Begleitpersonen ändert. So wurde festgestellt, dass die Fähigkeit, die Bedürfnisse der Patient:innen zu verstehen, in der Folge abnimmt [18] und Kontakte zu Patient:innen sowie die Betreuungszeit minimiert werden [19]. Bei Pflegekräften gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Rate des Gewalterlebens und der Absicht, die Arbeitsstelle zu wechseln oder den Pflegeberuf gänzlich zu verlassen [20]. Mit Blick auf das Gesundheitssystem generell machen sich weitere indirekte Auswirkungen bemerkbar: Es kommt zu vermehrten Arbeitsausfällen, geringerer Produktivität [18] und zu einer verminderten Versorgungsqualität [21].

1.3 Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt

Die beschriebenen negativen Auswirkungen können durch Präventionsmaßnahmen abgemildert oder vermieden werden. Prävention bedeutet nicht nur Vorbeugung, sondern ist ein weiter gefasster Begriff, der auch Schutzmaßnahmen gegen unmittelbare Folgen und Konzepte für Erstbetreuung und Nachsorge einschließt [6]. Präventionsmaßnahmen können die Häufigkeit gewalttätiger Vorfälle reduzieren und dazu beitragen, dass Beschäftigte sich auf derartige Vorfälle besser vorbereitet fühlen [22]. Bestimmte Maßnahmen können bei Beschäftigten das Selbstvertrauen stärken, für ein Gefühl der Sicherheit sorgen [23] und darüber hinaus auch das Burnout-Risiko senken [24]. Weiterhin können eine Verringerung von Ausfallzeiten durch Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten sowie eine Senkung der damit verbundenen Kosten erreicht werden [6].

Arbeitsunfall

Jeder Gewaltvorfall im Kontext der versicherten Tätigkeit, der bei der betroffenen Person eine körperliche oder seelische Verletzung verursacht, ist versicherungsrechtlich ein Arbeitsunfall [6].

Grundlage der betrieblichen Gewaltprävention ist die Gefährdungsbeurteilung, unter Berücksichtigung derer anschließend verschiedene Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt geplant und umgesetzt werden [6]. Wichtig ist, dass Beschäftigte bei der Beurteilung der Gefährdung und der Ableitung geeigneter Maßnahmen sowie bei deren Evaluierung einbezogen werden, weil sie ihren Arbeitsbereich besonders gut kennen und Verbesserungsbedarf identifizieren können [9]. Maßnahmen zur Gewaltprävention lassen sich, wie in *Abbildung 1.3* dargestellt, gemäß dem TOP-Prinzip einteilen [6].

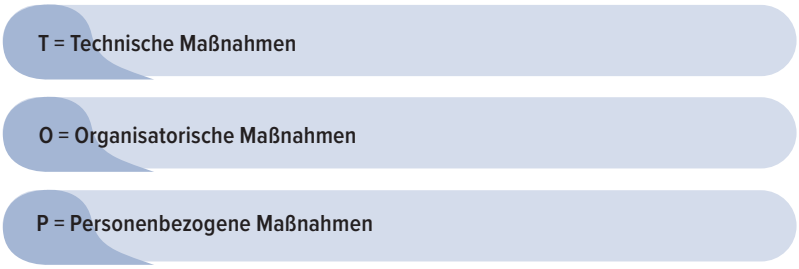


Abbildung 1.3 TOP-Prinzip

Verschiedene Maßnahmen zur Gewaltprävention fallen entweder unter die Verhältnis- oder unter die Verhaltensprävention. Während die Verhältnisprävention beim (betrieblichen) Umfeld und den Arbeitsverhältnissen ansetzt, bezieht sich die Verhaltensprävention auf das Wissen und Verhalten von Menschen [25]. *Abbildung 1.4* definiert Verhältnis- und Verhaltensprävention und zeigt, welche Arten von Maßnahmen jeweils darunterfallen.

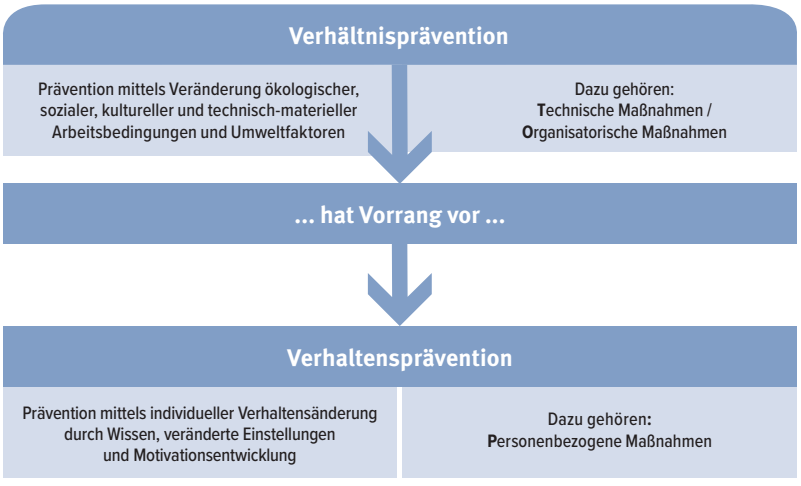


Abbildung 1.4 Verhältnis- und Verhaltensprävention [erstellt anhand: 25]

Durch § 4 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) ist festgelegt, dass individuelle Schutzmaßnahmen anderen Maßnahmen unterzuordnen sind. Damit wird Verhältnisprävention höher gewichtet als Verhaltensprävention. Konkret bedeutet dies, dass technische und organisatorische Maßnahmen Vorrang vor personenbezogenen Maßnahmen haben. Dennoch ist es wichtig, Maßnahmen aus allen drei Bereichen zu berücksichtigen und zu verknüpfen, denn erst durch deren Kombination kann ein effektiver und nachhaltiger Schutz erzielt werden [6, 26, 27].

Für eine abgestufte und auf Notaufnahmen angepasste Betrachtung wurde das TOP-Prinzip für die Verwendung in diesem Bericht modifiziert. Das modifizierte TOP-Prinzip dient als Grundlage für die Einteilung der Kapitel. Um eine differenzierte Betrachtung der technischen Maßnahmen zu ermöglichen, gibt es zwei getrennte Kapitel: In einem geht es um baulich-architektonische und im anderen um elektronisch-technische Maßnahmen. Auch die personenbezogenen Maßnahmen werden zweigeteilt: Ein Kapitel beschreibt Maßnahmen, die sich auf Beschäftigte beziehen und im anderen Kapitel geht es um Maßnahmen, die Patient:innen und Begleitpersonen betreffen. Zuletzt werden die auf Grundlage des modifizierten TOP-Prinzips entstandenen fünf Kapitel noch eingerahmt von den Kapiteln zu allgemeinen Voraussetzungen sowie zur Meldung und Nachsorge.

1.4 Vorstellung der Studien

Die Grundlage dieses Forschungsberichts bilden vier wissenschaftliche Studien. Diese wurden seit 2020 im Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM) und im Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare) durchgeführt und im weiteren Verlauf durch Expert:inneninterviews zu spezifischen Themen ergänzt. In *Tabelle 1.2* werden die Inhalte, Ziele und Methoden der vier Studien und der Expert:inneninterviews kurz vorgestellt. Die Ergebnisse der Studien, ergänzt durch das Wissen der Expert:innen, finden sich thematisch sortiert und praxisnah aufbereitet in den Kapiteln dieses Berichts wieder. Es werden Originalzitate der Interviewteilnehmenden präsentiert, die für einen besseren Lesefluss an das Schriftdeutsch angepasst wurden. Außerdem werden auch Informationen aus weiteren (wissenschaftlichen) Arbeiten zum Thema aufgeführt, die dann entsprechend mit Literaturverweisen gekennzeichnet sind. Neben nationalen werden auch internationale Arbeiten zitiert und bei Letzteren sollte bedacht werden, dass diese ggf. nur eingeschränkt auf das deutsche Notfallversorgungssystem übertragbar sind. Zudem ist anzumerken, dass für diesen Bericht aufgrund der Komplexität des Themas, trotz umfangreicher Recherchen, kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden kann.



Tabelle 1.2 Übersicht zu Studien und Expert:inneninterviews

Studien und Expert:innen-interviews	Inhalt und Ziel	Methode
Systematische Literaturübersicht [22]	Darstellung von Interventions- und Beobachtungsstudien, die sich mit Maßnahmen zur Gewaltprävention in Notaufnahmen beschäftigen.	Systematische Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken. Es wurden 15 Studien eingeschlossen, davon 11, die nur personenbezogene Maßnahmen untersuchten und 4, die technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen gemeinsam untersuchten.
Quantitative Onlinebefragung 1 [13, 28]	Erhebung von Daten über die Häufigkeit, Art und Schwere von Gewaltvorfällen gegenüber Beschäftigten in Notaufnahmen. Zudem Prüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen erlebten Gewaltvorfällen, einem möglichen Burnout-Risiko und einem starken Belastungsempfinden.	Onlinebefragung mit 349 Beschäftigten aus Notaufnahmen sowie Rettungs- und Notarztdiensten von September bis Dezember 2020.
Qualitative Interviewstudie [29]	Analyse von verfügbaren Gewaltpräventionsmaßnahmen und ihrer subjektiv empfundenen Wirksamkeit sowie Ermittlung von förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Umsetzung. Darüber hinaus Erforschung von Meldeprozessen und Nachsorgekonzepten.	Durchführung von 27 Telefoninterviews mit pflegerischen und ärztlichen Beschäftigten sowie Führungskräften aus Notaufnahmen von Juni bis September 2021.
Quantitative Onlinebefragung 2 [30]	Untersuchung des Zusammenhangs von psychischer Arbeitsbelastung bzw. gesundheitsförderlicher Führung mit einem der Gewaltprävention dienlichen Arbeitsklima.	Onlinebefragung mit 370 pflegerischen und ärztlichen Beschäftigten sowie Führungskräften aus Notaufnahmen von November 2021 bis März 2022.
Expert:innen-interviews	Erhalt von Hintergrundinformationen und Handlungsempfehlungen aus der Praxis.	**Vier Interviews mit sieben Expert:innen zu diesen Themen:** ➡„Arbeitsschutz und Präventionsmöglichkeiten aus Sicht der Unfallversicherungsträger“ mit (1) Aufsichtsperson bei der BGW und (2) Arbeitspsychologin bei der Unfallkasse. ➡„Zusammenarbeit zwischen Notaufnahme und Polizei“ mit (3) Ärztlicher Leitung einer Notaufnahme und (4) Kriminalhauptkommissar, Leiter eines Kriminal- und Ermittlungsdienstes. ➡„Zusammenhang von Angst und Gewalt in der Notaufnahme“ mit (5) Pflegerischer Leitung und (6) Gesundheits- und Krankenpfleger. ➡„Nachsorge: Der richtige Umgang mit traumatisierten Kolleg:innen“ mit (7) Psychologin, Psychotraumatologin, Referentin für Gewalt am Arbeitsplatz.

Literaturangaben

1. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV), (2022). *Statistik: Arbeitsunfallgeschehen 2021.* Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/zahlen-fakten/schwerpunkt-themen/4590/arbeitsunfall geschehen-2021
2. International Labour Organization (ILO), (2019). *C190 – Violence and harassment convention (no. 190).* [Zitiert am: 10.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:: NO::P12100_ILO_CODE:C190
3. Oud, N., Nau, J. & Walter, G., (2019). *Aggression und Gewalt – ein Problem*. In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 35–58.
4. Liu, J. et al., (2019). *Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis*. Occupational & Environmental Medicine, 76(12): S. 927-937. https://doi.org/10.1136/ oemed-2019-105849
5. Aljohani, B. et al., (2021). *Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis.* Public Health, 196: S. 186-197. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.009
6. Heidrich, C. et al., (2018). *Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege: Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207–025)*. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). Berlin. Verfügbar unter: https:// publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3429/praevention-von-gewalt-und-aggression-im-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege-eine-handlungshilfe
7. Cabilan, C. J. & Johnston, A. N., (2019). *Review article: identifying occupational violence patient risk factors and risk assessment tools in the emergency department: a scoping review.* Emergency Medicine Australasia, 31(5): S. 730–740. https://doi.org/10.1111/1742-6723.13362
8. Lindner, T. et al., (2021). *Ursachen und Auswirkungen von Gewalt in der Notfallmedizin*. Notfall + Rettungsmedizin, 24(2): S. 115-118. https://doi.org/10.1007/s10049-020-00726-3
9. Schuffenhauer, H. & Güzel-Freudenstein, G., (2019). *Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen*. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin: ASU, 54(6): S. 386-393
10. Nikathil, S. et al., (2017). *Review article: workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta analysis.* Emergency Medicine Australasia, 29(3): S. 265-275. https://doi.org/10.1111/1742-6723.12761
11. Verboket, R. et al., (2019). *Gewalt in der Notaufnahme eines Maximalversorgers.* Der Chirurg, 90(7): S. S. 570–575. https://doi.org/10.1007/s00104-018-0778-z
12. Wehler, M., Weldert, G. & Händl, T., (2011). *Konfliktherd Notaufnahme: Stellenwert von Deeskalationsprogrammen.* Notfall + Rettungsmedizin, 14(5): S. 367-370. https://doi.org/10.1007/s10049-011-1436-x
13. Schablon, A. et al., (2022). *Risk of burnout among emergency department staff as a result of violence and aggression from patients and their relatives*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(9): S. 4945. https://doi.org/10.3390/ijerph19094945
14. Schuffenhauer, H. & Hettmannsperger-Lippolt, R., (2022). *Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen: Eine explorative Analyse zu Stressbelastung, Coping und Persönlichkeit*. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin: ASU, 57(2): S. 98–105. https://doi.org/10.17147/asu-1-167090
15. Adler, M. et al., (2021). *Sexual harassment by patients, clients, and residents: investigating its prevalence, frequency and associations with impaired well-being among social and healthcare workers in germany.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(10): S. 5198. https://doi.org/10.3390/ ijerph18105198
16. Sudol, N. T. et al., (2021). *Prevalence and nature of sexist and racial/ethnic microaggressions against surgeons and anesthesiologists*. JAMA Surgery, 156(5): S. e210265. https://doi.org/10.1001/jamasurg. 2021.0265
17. Pich, J. et al., (2010). *Patient-related violence against emergency department nurses.* Nursing & Health Sciences, 12(2): S. 268-274. https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00525.x
18. D'Ettorre, G. et al., (2018). *Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments*. Acta Biomedica, 89(4): S. 28-36. https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113
19. Hamdan, M. & Abu Hamra, A., (2015). *Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study.* Human Ressources for Health, 13(28). https://doi.org/ 10.1186/s12960-015-0018-2

20. Estryn-Behar, M. et al., (2008). *Violence risks in nursing: results from the european ‚NEXT' study.* Occupational Medicine, 58(2): S. 107-114. https://doi.org/10.1093/occmed/kqm142
21. Arnetz, J. & Arnetz, B., (2001). *Violence toward healthcare staff and possible effects on the quality of patient care.* Social Science & Medicine, 52(3): S. 417–427. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00146-5
22. Wirth, T. et al., (2021). *Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: a systematic review.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(16): S. 8459. https://doi.org/10.3390/ijerph18168459
23. Krull, W. et al., (2019). *Staff perception of interprofessional simulation for verbal de-escalation and restraint application to mitigate violent patient behaviors in the emergency department.* Journal of Emergency Nursing, 45(1): S. 24–30. https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.07.001
24. Vincent-Höper, S. et al., (2020). *Workplace aggression and burnout in nursing – the moderating role of follow-up counseling.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(9): S. 3152. https://doi.org/10.3390/ijerph17093152
25. De Bock, F. et al., (2017). *Vorrang für Verhältnisprävention: Handreichung aus der Steuerungsgruppe des Zukunftsforums Public Health für alle mit Prävention in Praxis und Politik befassten Akteure.* Geschäftsstelle Zukunftsforum Public Health. Berlin. Verfügbar unter: https://zukunftsforum-public-health.de/wp-content/uploads/2018/08/Vorrang-fuer-Verhaeltnispraevention.pdf
26. Cabilan, C. J. et al., (2022). *What can we do about occupational violence in emergency departments? A survey of emergency staff.* Journal of Nursing Management, 30(6): S. 1386-1395. https://doi.org/10.1111/jonm.13294
27. Nienhaus, A. et al., (2016). *Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz: Gesundheitliche Folgen und settingbezogene Ansätze zur Prävention und Rehabilitation.* Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59(1): S. 88–97. https://doi.org/10.1007/s00103-015-2263-x
28. Beringer, V. et al., (2022). *Notfallversorgung als risikoreicher Arbeitsplatz – Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt gegen Beschäftigte.* Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin. https://doi.org/10.1007/s00063-022-00960-2
29. Reißmann, S. et al., (2023). *"I think we still do too little": measures to prevent violence and aggression in german emergency departments – a qualitative study.* BMC Health Services Research, 23(97). https://doi.org/10.1186/s12913-023-09044-z
30. Guliani, M. et al., (2023). Derzeit in Erarbeitung.

2 Voraussetzungen

In diesem Kapitel wird zunächst die übergeordnete Organisationskultur besprochen, bei der es darum geht, ein allgemeines Klinikleitbild zu entwickeln. Das Ziel ist die eindeutige Positionierung: Keine Toleranz gegenüber Gewalt. Darüber hinaus soll das Problembewusstsein auf allen Ebenen geschärft werden. Das betrifft zuallererst die Klinikleitungen sowie die ärztlichen und pflegerischen Führungskräfte in der Notaufnahme. Letztere können auf der Basis einer guten Organisationskultur das Thema der Gewaltprävention voranbringen und gestalten. Dabei ist es wichtig, Gewalt ausgehend von Patient:innen und Begleitpersonen als strukturelles Problem anzuerkennen. Beschäftigte der Notaufnahme müssen und dürfen diese Gewalt nicht einfach hinnehmen. Es werden weiterhin verschiedene Akteur:innen des Arbeitsschutzes vorgestellt. Zuletzt geht es um den Prozess der Gefährdungsbeurteilung, der die Grundlage eines jeden Konzepts zur Gewaltprävention sein sollte.

Demgegenüber stehen die Mängel an personellen und finanziellen Ressourcen, die in der Interviewstudie als die größten Hürden für Maßnahmen zur Gewaltprävention benannt wurden. Hier sind Klinikleitungen aufgefordert, die notwendigen Mittel bereitzustellen, denn Gewaltprävention ist ein wichtiger Aspekt des Arbeitsschutzes und hat das Potenzial, die Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten zu steigern. Um erste Schritte hin zu einem guten Gewaltpräventionskonzept zu gehen, lassen sich einige Maßnahmen auch bereits mit wenigen Ressourcen umsetzen.

2.1 Organisationskultur

Gewalt ist nicht Teil des Jobs und darf keinesfalls als solcher akzeptiert werden. Teilnehmende der zugrunde liegenden Interviewstudie berichteten jedoch, dass insbesondere verbale Gewalt von den Beschäftigten als Teil des Arbeitsalltags gesehen werde. Umso wichtiger ist es, dass Arbeitgebende und Führungskräfte in Notaufnahmen für dieses Thema sensibilisieren und Räume schaffen, in denen über Gewalt und Aggressionen jeglicher Art am Arbeitsplatz gesprochen wird. Hierbei ist es wichtig, eine Präventionskultur zu schaffen, in der nicht nur reagiert wird, sondern in der ein proaktiver und wertschöpfender Ansatz bezüglich Sicherheit und Gesundheit vorherrscht [1]. So kann im Team ein offener Umgang mit dieser Thematik erreicht und Gewaltprävention als Teil der Organisations- bzw. Arbeitsplatzkultur gelebt werden. Dafür ist es unabdingbar, dass Beschäftigte und Führungskräfte sich als Team verstehen, um einen konstruktiven und bewussten Umgang mit belastenden Situationen zu erreichen [2]. Insbesondere die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen in der Notaufnahme muss dabei gefördert werden. Zentrale Voraussetzungen hierfür sind eine offene Kommunikations- und Fehlerkultur, sodass ein wertschätzender Umgang vorherrscht und Mitarbeitende in Entscheidungen eingebunden werden [3].

Auf dieser Basis werden Beschäftigte ermutigt, sich mit dem Thema Gewaltprävention zu beschäftigen. Eine gute Kommunikationskultur trägt somit zur Aggressionsvermeidung bei [3].



Die Teilnehmenden der Interviewstudie wünschten sich von ihren Arbeitgebenden aktive Unterstützung und vermehrtes Bewusstsein bezüglich der Gewaltprävention. Eine klare Positionierung der Klinikleitung, z. B. in Form einer Grundsatzerklärung gegen Gewalt am Arbeitsplatz, kann ein Anfang sein [4]. Bei Beschäftigten kann so das Sicherheitsempfinden gesteigert werden und für potenzielle Täter:innen wird verdeutlicht, dass ihr Verhalten Konsequenzen hat. Eine entsprechende Erklärung sollte beinhalten, dass keine Toleranz gegenüber Aggression und Gewalt besteht, Beschäftigte im Falle eines Übergriffs Unterstützung erhalten und Straftaten konsequent dokumentiert und geahndet werden, siehe z. B. [4, S. 85]. Des Weiteren kann mit entsprechenden, in mehreren Sprachen verfügbaren Plakaten im Anmelde- und Wartebereich auf das Engagement gegen Gewalt aufmerksam gemacht werden (siehe *Abbildung 2.1*). Wichtig ist, dass solche Erklärungen nicht nur leere Worte sind, sondern die Klinikleitung in diesem Punkt hinter den Beschäftigten steht und aktiv Interesse an der Gewaltprävention zeigt.



Abbildung 2.1 Beispielaushang „Keine Toleranz" aus dem Klinikum Herford

Hinweis

Die Unfallversicherungsträger (UV-Träger), also die Unfallkassen (UK) und die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), können im Rahmen einer Organisationsberatung beim Aufbau eines Managements zur Gewaltprävention unterstützen. Informationen hierzu befinden sich z. B. auf der Internetseite der BGW, siehe: [5].
Für die Krankenhäuser können dabei in Workshops beispielsweise die Erfassung und Auswertung von Gewaltereignissen etabliert und Schulungen, betriebliche Notfallpläne sowie Nachsorgekonzepte eingeführt werden.

Wichtig ist, Gewaltvorfälle als realistischen Teil des Alltags wahrzunehmen. Es sollten standardisierte Vorgehensweisen einrichtungsübergreifend unter Beteiligung der Mitarbeitenden definiert und von Sensibilisierungsmaßnahmen begleitet werden [6]. Auf diese Weise kann ein umfassendes Konzept zur Gewaltprävention entstehen. Hierbei kommt es auf ein Zusammenwirken der verschiedenen Maßnahmen an, da sie nur in Kombination eine erfolgreiche Strategie zur Gewaltprävention darstellen [7, 8].

Gewaltprävention betrifft neben dem Arbeitsschutz auch das Qualitätsmanagement [9]. So wie es zu vielen Aspekten der Arbeit in Notaufnahmen Leitlinien gibt, so sollte in jeder Einrichtung ebenfalls eine Leitlinie zur Gewaltprävention erarbeitet werden. Diese Leitlinie kann wiederum in verschiedene Standard Operating Procedures (SOP, dt. Standardvorgehensweise) überführt werden, die konkrete Handlungsanweisungen für die Beschäftigten enthalten. Während der Interviewstudie wurde beschrieben, dass im Rahmen des Qualitätsmanagements zwar häufig Leitlinien erstellt worden waren, diese den Beschäftigten aber kaum bekannt seien. Außerdem wurde beschrieben, dass die enthaltenen Informationen häufig nicht detailliert genug seien. Dementsprechend müssen Handlungsanweisungen möglichst konkret gestaltet werden und die Beschäftigten müssen außerdem bezüglich der Abläufe unterwiesen werden, damit Handlungssicherheit besteht. Anregungen für den Inhalt entsprechender Konzepte, Leitlinien und SOPs gibt es in den Kapiteln dieses Berichts.

Hinweis

Wie gut Ihre Einrichtung bei der Gewaltprävention bereits aufgestellt ist, können Sie in einer kurzen Selbsteinschätzung der BGW ermitteln (siehe *Tabelle 2.1*).

2.2 Führungsaufgaben

Gewaltprävention ist Führungsaufgabe. Die Führungskräfte entscheiden selbst, ob sie Gewalt als Problem anerkennen; ihr Führungswille in Bezug auf Gewaltprävention ist entscheidend für die Etablierung und Umsetzung eines Präventionskonzeptes [9]. Daher muss Gewaltprävention von den pflegerischen, ärztlichen sowie administrativen Führungskräften innerhalb der Notaufnahme im Arbeitsalltag gelebt werden. Die Rolle der Führungskräfte ist auch aufgrund ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht besonders hervorzuheben. In einer der zugrunde liegenden Onlinebefragungen wurden Zusammenhänge zur gesundheitsförderlichen Mitarbeitendenführung untersucht. Ein Führungsstil, der die Gesundheit der Mitarbeitenden einbezieht, stand dabei im Zusammenhang mit einem Arbeitsklima, das für die Gewaltprävention förderlich ist. Auch die Ergebnisse der Interviewstudie zeigen, dass es in den hierarchischen Strukturen von Krankenhäusern entscheidend vom Engagement der Führungskräfte abhängt, inwiefern das Thema Gewaltprävention berücksichtigt wird. Führungskräfte haben vielfältige Aufgaben bei der Gewaltprävention, wie das Schaffen grundlegender Strukturen im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (siehe *Kapitel 2.4*)

Tabelle 2.1 Selbsteinschätzung „Gewalt und Aggression“ der BGW [1]

Nr.	Fragestellung	ja	nein	in Bearbeitung	aktueller Stand
1	Unsere Organisation besitzt ein schriftliches Konzept (oder ein Strategiepapier, eine Leitlinie, eine Dienstvereinbarung ...) zum professionellen Umgang mit Gewalt und Aggression.	☐	☐	☐	
2	Dieses Konzept ist handlungsleitend im betrieblichen Alltag.	☐	☐	☐	
3	Bei uns wird ein offener, sachlicher, konstruktiver Umgang mit dem Thema „Gewalt und Aggression“ gepflegt.	☐	☐	☐	
4	In unserem Gewaltkonzept berücksichtigen wir alle Facetten von Gewaltereignissen. Dazu zählen neben körperlicher, verbaler und non-verbaler Gewalt auch andere Gewaltarten wie z. B. sexuell, rassistisch oder religiös motivierte Gewaltereignisse.	☐	☐	☐	
5	Unsere Führungskräfte nehmen ihre Aufgaben beim Thema „Gewalt und Aggression“ wahr.	☐	☐	☐	
6	Bei dem Thema „Gewalt und Aggression“ nehmen wir die Perspektive der Angestellten ein und ernst.	☐	☐	☐	
7	Bei dem Thema „Gewalt und Aggression“ berücksichtigen wir auch die Perspektive der Patienten und Patientinnen.	☐	☐	☐	
8	Gefährdungen durch Gewaltereignisse und aggressives Verhalten werden in der Gefährdungsbeurteilung aufgegriffen.	☐	☐	☐	
9	Neben den Gefährdungen durch Personen werden in der Gefährdungsbeurteilung auch baulich-technische und organisatorische Rahmenbedingungen, die Gewaltereignisse begünstigen können, betrachtet.	☐	☐	☐	
10	Die Wirksamkeit der im Konzept und in der Gefährdungsbeurteilung vereinbarten Maßnahmen wird regelmäßig überprüft (z. B. im Arbeitsschutzausschuss = ASA).	☐	☐	☐	
11	Unsere Organisation verfügt über ein strukturiertes Meldesystem für Gewaltübergriffe und aggressive Vorfälle.	☐	☐	☐	
12	Es wird eine regelmäßige Auswertung der dokumentierten Gewaltübergriffe vorgenommen (z. B. nach Anzahl der Vorfälle pro Bereich, nach Berufserfahrung und Geschlecht der betroffenen Personen).	☐	☐	☐	
13	Aus der regelmäßigen Auswertung der dokumentierten Gewaltübergriffe werden handlungsleitende Schlussfolgerungen gezogen (z. B. Überarbeitung der betrieblichen Notfallpläne, Schulung von Führungskräften).	☐	☐	☐	
14	Es werden regelmäßig Unterweisungen zum Thema „Gewalt und Aggression“ durchgeführt.	☐	☐	☐	
15	Unsere Organisation bietet regelmäßig spezifische Trainings zu gewaltvermeidendem Verhalten für die Angestellten an (z. B. Deeskalationstraining).	☐	☐	☐	
16	Es liegt ein betrieblicher Notfallplan (Aushang) für Gewaltvorfälle vor.	☐	☐	☐	
17	Es gibt ein Betreuungskonzept für Angestellte, die einem Gewaltereignis ausgesetzt waren.	☐	☐	☐	
18	Wir sind über die Leistungen der Unfallversicherungsträger (BGW und Unfallkassen) nach Gewaltereignissen informiert (z. B. probatorische Sitzungen).	☐	☐	☐	

[1] In dieser Version wurden 3 Items verändert (Nummer 7, 11 und 18). Die Selbsteinschätzung im Original ist erhältlich unter: www.bgw-online.de/selbsteinschaetzung-gewalt

oder die Gestaltung einer offenen Gesprächskultur [9]. Auf die Aufgaben der Führungskräfte wird an verschiedenen Stellen des Berichts hingewiesen. Bei der Definition und Umsetzung dieser Aufgaben können Führungskräfte Unterstützung von den Unfallversicherungsträgern in Anspruch nehmen und sich beraten lassen oder an entsprechenden Seminaren teilnehmen, siehe z. B. [10]. Es empfiehlt sich aus Gründen der Transparenz, die Aufgaben der Führungskräfte beim Arbeitsschutz unabhängig vom Arbeitsvertrag schriftlich zu regeln und ggf. in die Stellenausschreibung aufzunehmen. So sind die Aufgaben klar und werden nicht versteckt im Arbeitsvertrag von den Arbeitgebenden an die Führungskräfte weitergereicht [11]. Aufgrund der Relevanz des Themas und knapper zeitlicher Ressourcen der Führungskräfte ist es sinnvoll, weitere Personen innerhalb der Notaufnahme bei der Etablierung von Maßnahmen zur Gewaltprävention einzubinden (siehe *Kapitel 5.1*). Die Verantwortung für den Arbeitsschutz liegt jedoch weiterhin bei Arbeitgebenden und Führungskräften.

Neben der übergeordneten Organisationskultur und den Führungsaufgaben ist auch die Teamkultur, also das interprofessionelle Miteinander der Kolleg:innen in der Notaufnahme, für eine erfolgreiche Gewaltprävention entscheidend. Auf die Teamkultur wird genauer in *Kapitel 6.2.1* eingegangen. An dieser Stelle soll bereits betont werden, wie wichtig Partizipations- und Gestaltungsmöglichkeiten für die Beschäftigten sind. Diese sollten über Beschwerde- und Qualitätsmanagementsysteme hinausgehen, damit die Mitarbeitenden aktiv mitwirken können, z. B. im Rahmen von Workshops oder Teammeetings, in denen sie ihre Vorschläge und Bedenken hinsichtlich Maßnahmen zur Gewaltprävention äußern können.

„Das Team möchte immer mit integriert sein und mit in der Entscheidung stehen. Ich finde immer, Überzeugungsarbeit leisten und dann einen Vorschlag ins Team bringen, den das Team dann selbst bearbeitet und auf den Weg bringt, ist das Beste, um Veränderung herbeizuführen – gewollte Veränderung."
(Pflegekraft)

2.3 Aufgaben verschiedener Akteur:innen im Arbeitsschutz

Gewaltprävention lohnt sich, insbesondere im Hinblick auf die Personalbindung. In einer der zugrunde liegenden Onlinebefragungen wurde eine wichtige Assoziation beobachtet: Je besser sich die Mitarbeitenden durch Arbeitgebende auf Gewaltereignisse vorbereitet fühlten, desto niedriger waren ihre Werte des subjektiv wahrgenommenen Stresses und Burnout-Risikos. Das unterstreicht die Relevanz einer guten Vorbereitung auf Gewaltereignisse.

Arbeitgebende sind laut § 3 Absatz 1 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) dazu verpflichtet, Maßnahmen des Arbeitsschutzes umzusetzen und diese auf ihre Wirksamkeit zu prüfen, wobei sie von verschiedenen Akteur:innen unterstützt werden (siehe *Tabelle 2.2*). Die in der Tabelle genannten Akteur:innen (i. d. R. mit Ausnahme der Führungskräfte) sind ständige Mitglieder des Arbeitsschutzausschusses (ASA) (siehe *Abbildung 2.2*), den es in jeder Einrichtung bei mehr als 20 Beschäftigten gibt [12]. Die Beschäftigten werden im ASA durch Vertreter:innen des Betriebs- bzw. Personalrats oder der Mitarbeitendenvertretung (MAV) repräsentiert.



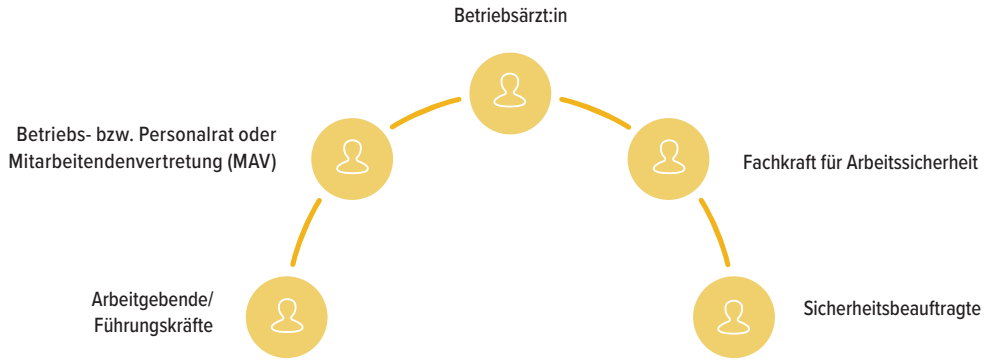


Abbildung 2.2 Zusammensetzung des Arbeitsschutzausschusses (ASA) [erstellt anhand: 12]

Tabelle 2.2 Aufgaben verschiedener Akteur:innen im Arbeitsschutz

Akteur:innen	Rechte – Pflichten
Arbeitgebende	Arbeitgebende sind dazu verpflichtet, erforderliche Maßnahmen des Arbeitsschutzes bezüglich Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten zu treffen (§ 3 Absatz 1 ArbSchG). Als allgemeiner Grundsatz gilt dabei laut Gesetzestext: „Die Arbeit ist so zu gestalten, daß eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird“ (§ 4 ArbSchG).
Führungskräfte	Die Verantwortlichkeiten nach dem Arbeitsschutzgesetz werden in der Praxis häufig von den Arbeitgebenden an die Führungskräfte weitergegeben [11], inklusive Gefährdungsbeurteilung und Unterweisung der Beschäftigten über mögliche Gefährdungen. Führungskräfte haben zudem eine Vorbildfunktion für Beschäftigte bezüglich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz. Die Einarbeitung von Führungskräften in die entsprechenden Aufgaben wird allerdings oft als unzureichend wahrgenommen [11]. Führungskräfte müssen in der Lage sein, Strukturen und Konzepte zur Gewaltprävention und Nachsorge zu etablieren. Dazu gehört z. B., die persönliche Haltung als Führungskraft zu reflektieren und mögliche Handlungsfelder der Prävention zu kennen [10].
Beschäftigte	Auch Beschäftigten kommen laut Arbeitsschutzgesetz Pflichten zu. Sie sollen nach ihren Möglichkeiten und entsprechend der Unterweisung durch die Arbeitgebenden selbst auf ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit achten (§ 15 Absatz 1 ArbSchG). Außerdem sollen sie die Arbeitgebenden (bzw. die Vorgesetzten), die Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Sifa), die Betriebsärzt:innen oder die Sicherheitsbeauftragten über Gefahren am Arbeitsplatz informieren und die Arbeitgebenden dabei unterstützen, die Sicherheit und den Gesundheitsschutz zu gewährleisten (§ 16 ArbSchG). Beschäftigte haben zudem das Recht, den Arbeitgebenden Vorschläge zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz zu machen (§ 17 Absatz 1 ArbSchG). Sie können sich z. B. an die Unfallversicherungsträger wenden, wenn sie der Auffassung sind, dass die getroffenen Maßnahmen nicht ausreichen und auch auf Beschwerde keine Abhilfe geschaffen wird. Sie dürfen sich dann außerdem an die zuständigen staatlichen Arbeitsschutzbehörden wenden (je nach Bundesland z. B. Gewerbeaufsicht oder Landesamt für Arbeitsschutz). Dadurch dürfen ihnen keine Nachteile entstehen (§ 17 Absatz 2 ArbSchG).

Fortsetzung **Tabelle 2.2** Aufgaben verschiedener Akteur:innen im Arbeitsschutz

Akteur:innen	Rechte – Pflichten
Betriebs- und Personalrat, Mitarbeitendenvertretung (MAV)	Die gewählten Vertretungen der Beschäftigten sind ... – in Betrieben des privaten Rechts: der Betriebsrat nach dem Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG), – bei öffentlichen Trägern: der Personalrat nach dem Bundespersonalvertretungsgesetz (BPersVG) und – bei kirchlichen Trägern tritt an die Stelle des Betriebs- bzw. Personalrats die Mitarbeitendenvertretung (MAV) (§ 1 Absatz 4 ArbSchG). Diese haben die Aufgabe, sich für die Verbesserung des Arbeitsschutzes einzusetzen. Sie sollen darauf hinwirken, dass Gesetze, Verordnungen und Unfallverhütungsvorschriften von den Arbeitgebenden befolgt werden. Außerdem sind sie Mitglieder des Arbeitsschutzausschusses (ASA) und nehmen an regelmäßigen internen Begehungen sowie an Besichtigungen durch externe Aufsichtsbehörden teil. Sie haben in Fragen des Arbeitsschutzes, die im Gesetz noch nicht abschließend geregelt sind, Mitbestimmungsrechte und können eigene Maßnahmen anregen.
Sicherheitsbeauftragte	Sicherheitsbeauftrage gehören zum Kollegium, melden sich freiwillig für diese Tätigkeit und üben diese während der Arbeitszeit neben ihren üblichen Aufgaben in der Einrichtung aus. Sie unterstützen die Führungskräfte bei Aufgaben bezüglich des Arbeitsschutzes, haben aber keine Weisungsbefugnis und keine rechtliche Verantwortung. Sicherheitsbeauftragte setzen sich für den Arbeitsschutz ein, indem sie sich z. B. in den Prozess der Gefährdungsbeurteilung einbringen und auf deren erforderliche Aktualisierung hinweisen. Außerdem nehmen sie an den regelmäßigen Treffen sowie internen Begehungen des Arbeitsschutzausschusses (ASA) oder an Betriebsbesichtigungen durch externe Aufsichtsbehörden teil. Darüber hinaus leisten sie Überzeugungsarbeit sowohl bei Kolleg:innen als auch bei Vorgesetzten und sind somit Multiplikator:innen, aber auch Ansprechpartner:innen für Aspekte des Arbeitsschutzes [12].
Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Sifa) [1] **und Betriebsärzt:innen** [2]	Im Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) ist geregelt, dass durch die Arbeitgebenden sowohl Betriebsärzt:innen (§ 2 Absatz 1 ASiG) als auch Fachkräfte für Arbeitssicherheit (§ 5 Absatz 1 ASiG) zu bestellen sind, die bei Aufgaben des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung unterstützen. Die Tätigkeitsfelder von Betriebsärzt:innen und Fachkräften für Arbeitssicherheit überschneiden sich teilweise und sie sollen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben zusammenarbeiten (§ 10 ASiG). Beide beraten die Arbeitgebenden beim Arbeitsschutz und bei der Unfallverhütung. Darunter fallen z. B. Aspekte zur Gestaltung von Arbeitsabläufen und der Arbeitsumgebung. Auch die Begehung der Arbeitsstätten in regelmäßigen Abständen gehört zu den Aufgaben beider Akteur:innen, um Mängel beim Arbeitsschutz festzustellen und Maßnahmen zu deren Behebung vorzuschlagen sowie auf deren Umsetzung hinzuwirken (§§ 3, 6 ASiG). Eine der Kernaufgaben von Fachkräften für Arbeitssicherheit und Betriebsärzt:innen ist zudem die Unterstützung der Arbeitgebenden bei der Gefährdungsbeurteilung [13]. Zu den Aufgaben der Sifa gehört außerdem die Untersuchung der Ursachen für Arbeitsunfälle sowie die Erarbeitung von Vorschlägen zu Maßnahmen der Unfallverhütung (§ 6 ASiG). Betriebsärzt:innen und Sifa können sowohl extern als auch intern angestellt sein (meist abhängig vom Betreuungsaufwand, der mit der Größe des Krankenhauses zusammenhängt).

[1] Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Sifa) werden je nach zugrunde liegender Qualifizierung auch als Sicherheitsingenieur:innen, -techniker:innen oder -meister:innen bezeichnet (§ 7 Absatz 1 ASiG).

[2] Betriebsärzt:innen sollten nicht mit den Durchgangsärzt:innen (D-Ärzt:innen) verwechselt werden. Betriebsärzt:innen sind, wie oben beschrieben, im Bereich des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung zuständig und übernehmen z. B. auch die arbeitsmedizinische Untersuchung der Beschäftigten (§ 3 Absatz 1 ASiG). Die Durchgangsärzt:innen sind hingegen nach einem Arbeitsunfall als Repräsentierende der gesetzlichen Unfallversicherungsträger für die Koordination des Heilverfahrens zuständig [14].

Die Unfallversicherungsträger (UV-Träger = Berufsgenossenschaften und Unfallkassen) haben laut Sozialgesetzbuch (§ 1 SGB VII) die Aufgabe, mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten (Prävention). Nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten gehören die Rehabilitation und die Entschädigung ebenfalls zu ihren Aufgaben (siehe *Kapitel 8.2* und *Kapitel 9*). Die Unfallversicherungsträger haben außerdem eine überwachende und beratende Funktion bei der Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes in den Einrichtungen (§ 17 Absatz 1 SGB VII). Hierfür beschäftigen sie speziell ausgebildete Aufsichtspersonen (§ 18 SGB VII).

Hinweis

Die Unfallversicherungsträger bieten verschiedene Maßnahmen zur Gewaltprävention an. Informieren Sie sich hierzu bei Ihrem zuständigen UV-Träger:

- Die Unfallkassen (UK) sind bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft zuständig. Die Kontaktdaten Ihrer Unfallkasse können Sie hier ermitteln, siehe: [15].
- Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ist bei allen anderen Krankenhausträgern (privat oder frei-gemeinnützig) zuständig. Die BGW bietet ebenfalls Informationen und Kontaktadressen zur Gewaltprävention auf ihrer Website, siehe: [16, 17].

Auch die staatlichen Aufsichtsbehörden üben auf Landesebene überwachende sowie beratende Tätigkeiten aus und können beispielsweise kontaktiert werden, wenn der Arbeitsschutz in der Einrichtung vernachlässigt wird. Die zuständigen Behörden auf Landesebene können hier nachgeschlagen werden, siehe: [18].

2.4 Gefährdungsbeurteilung

Das zentrale Element des Arbeitsschutzes ist die Gefährdungsbeurteilung, die dabei hilft, mögliche Gefährdungspotenziale frühzeitig zu erkennen. Demnach haben Arbeitgebende die Arbeitsbedingungen hinsichtlich möglicher Gefährdungen zu beurteilen, wobei auch psychische Belastungsfaktoren bei der Arbeit zu berücksichtigen sind (§ 5 ArbSchG). Für diesen Bereich stehen bereits verschiedene allgemeine Handlungshilfen zur Verfügung, siehe: [19–23]. In diesem Zusammenhang sollte insbesondere die hohe Arbeitsbelastung und der daraus entstehende Stress berücksichtigt werden, da diese ebenfalls die Entstehung von Gewaltvorfällen begünstigen [24] (siehe *Kapitel 6.2*).
Die Gefährdung durch Gewalt in der Notaufnahme ist längst bekannt (z. B. [25, 26]) und die hohe Zahl an Übergriffen wurde auch in einer der zugrunde liegenden Onlinebefragungen bestätigt (siehe *Tabelle 1.1* in *Kapitel 1.1*). Deshalb sollte Gewalt auch im Prozess der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt werden. In der zugrunde liegenden Interviewstudie zeigte sich allerdings, dass Gewaltprävention bei der Gefährdungsbeurteilung bisher lediglich eine untergeordnete Rolle spielt.
Die Verantwortung für die Durchführung der Gefährdungsbeurteilung liegt laut Arbeitsschutzgesetz bei den Arbeitgebenden (§ 5 Absatz 1 ArbSchG). Alle übrigen in *Tabelle 2.2* genannten Akteur:innen sollten an der Durchführung mitwirken. Bei den Führungskräften sollten sowohl ärztliche und pflegerische Führungskräfte als auch die Leitungen der administrativen Arbeitskräfte eingebunden werden. Der allgemeine Prozess der Gefährdungsbeurteilung ist in *Abbildung 2.3* dargestellt. Er beinhaltet auch die Ableitung von Maßnahmen zum Arbeitsschutz. Diese werden anschließend überprüft und fortlaufend dokumentiert (§ 6 Absatz 1 ArbSchG).

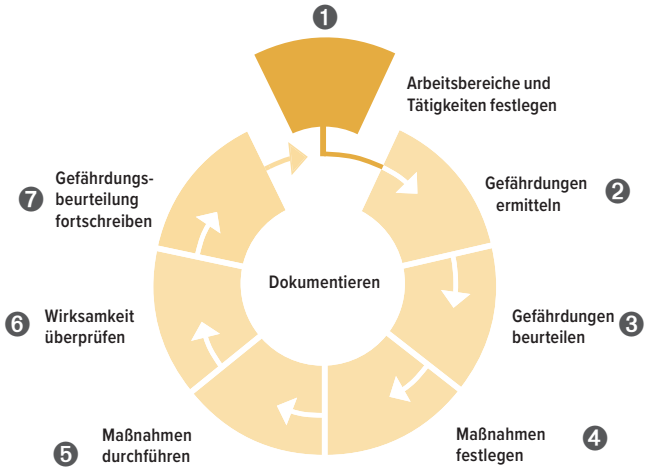


Abbildung 2.3 Die sieben Schritte der Gefährdungsbeurteilung [erstellt anhand: 27]

Doch wie kann man das Thema Gewaltprävention sinnvoll in die Gefährdungsbeurteilung einbauen?

> „Was man vielleicht noch dazu sagen muss: Das Thema Gefährdungsbeurteilung ist ja insgesamt für viele Betriebe nicht ganz leicht. Manche Kliniken machen sich ja schon auf den Weg und machen schon auch ein ganzes Konzept. Und wenn man dann nach der Gefährdungsbeurteilung fragt, ist ihnen oft gar nicht bewusst, dass das ja auch dazu zählt. Nur weil nicht ‚Gefährdungsbeurteilung' oben drübersteht, sondern ‚Gewaltkonzept'." ***(Expertinneninterview, Aufsichtsperson der BGW)***

Mögliche Instrumente, um Gefährdungen zu ermitteln (Schritt 2 in *Abbildung 2.3*), sind z. B. Betriebsbegehungen oder Personalbefragungen. Die Anwendung eines einzelnen Instruments gibt zwar wertvolle Hinweise, reicht zur umfassenden Gefährdungsbeurteilung aber meist nicht aus. Es empfiehlt sich daher, verschiedene Instrumente zu kombinieren und Betriebsbegehungen oder Fragebogenerhebungen beispielsweise durch Workshops zu ergänzen.

- Für einen orientierenden Überblick und zur Erfassung des Status quo bezüglich Gewaltprävention stellen die BGW und auch die Unfallkasse NRW umfassende **Checklisten** für den Gesundheitsdienst bereit:
  1. Exemplarische Fragen für eine Gefährdungsbeurteilung bezüglich Gewalt und Aggression von der BGW, siehe: [28].
  2. Checkliste mit Fragen zur Überwachung und Empfehlungen zur Gefährdungsbeurteilung bezüglich Übergriffen auf Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes von der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, siehe: [29].

- **Betriebsbegehungen** sind gemeinsame Besichtigungen der Arbeitsplätze. Beteiligt sind Führungskräfte, Sicherheitsbeauftrage, Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Sifa), Betriebsärzt:innen und der Personal- oder Betriebsrat bzw. die Mitarbeitendenvertretung (MAV). Externe Expert:innen können ebenfalls eingebunden werden, beispielsweise Aufsichtspersonen der Unfallversicherungsträger oder die Polizei (etwa zu Alarmierungs- und Überwachungsmöglichkeiten). Bei den Begehungen können Gefährdungen direkt vor Ort beurteilt werden. Außerdem können die Beschäftigten auf die Gefährdungen hingewiesen und bei der Besprechung von Lösungsvorschlägen aktiv eingebunden werden [4].

- Bisher sind nach Kenntnis der Autor:innen keine **Fragebögen** zur Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich Gewalt verfügbar, die spezifisch für die Notaufnahme entwickelt und validiert wurden. Ein Befragungsinstrument – speziell für die Gefährdung durch Gewalt – kann der **„FoBiK"** sein. Er wurde als Fragebogen zu **Fo**rmen der **B**edrohung **i**m **K**undenverkehr entwickelt, kann aber für Notaufnahmen angepasst werden [4, S. 91–103]. Ein weiteres und branchen-

übergreifendes Instrument zur Gefährdungsbeurteilung der psychischen Belastung bei der Arbeit ist PsyGesund [30]. Es bietet die Möglichkeit, verschiedene relevante Module einzubeziehen, so auch eines zu Aggressionen und Gewalt. Die Erhebung erfolgt online und anonym. Die Betriebe erhalten im Anschluss eine Auswertung und einen Maßnahmenkatalog bzw. Unterstützung bei der Erstellung eines solchen. Das Instrument wird bereits von einigen Unfallversicherungsträgern für deren Mitgliedsbetriebe angeboten.

- Mithilfe von **Beobachtungsinterviews** werden mögliche Gefährdungen durch Beobachtung der Tätigkeit ermittelt, ggf. ergänzt durch (Kurz-)Interviews mit den Beschäftigten. Die durchführenden Personen müssen dafür geschult sein [31].

- Moderierte **Workshops** sind eine gute Möglichkeit, um die Erfahrungen und Ansichten der Beschäftigten zu sammeln und Maßnahmen zu entwickeln, die an ihre Bedürfnisse angepasst sind [4]. Sie können auf den Ergebnissen einer Fragebogenerhebung aufbauen. Je nach vorhandener innerbetrieblicher Expertise sollten externe Moderator:innen hinzugezogen werden. Mögliche Fragen für den Workshop sind, angelehnt an [4]:
  - *In welchen Situationen kommt es zu Gewalt?*
  - *Haben Sie Ideen, mit welchen Maßnahmen man diese Situationen verhindern könnte?*

  Insgesamt wird das Thema durch Workshops greifbarer. Durch persönliche Gespräche oder Gruppendiskussionen zeigt sich in der Regel, dass Beschäftigte viel mehr Vorfälle erleben, als Unfallstatistiken zeigen [3].

- Bei der **Dokumentenanalyse** können verschiedene Daten bzw. Statistiken analysiert werden. Beispiele sind:
  - Innerbetriebliche Meldungen, (Beinahe-)Arbeitsunfälle, Unfallanzeigen, Daten aus dem Critical Incident Reporting System (CIRS)
  - Einsätze des Sicherheitsdienstes, Polizeieinsätze, Strafanzeigen, Hausverbote
  - Sonstige aggressive Zwischenfälle (z. B. Bedrohungen), Daten aus dem Beschwerdesystem

So kann man sehen, in welchen Bereichen der Notaufnahme es zu Vorfällen kommt und was die Gründe dafür sind. Zu diesem Zweck ist es wichtig, dass ein innerbetriebliches Meldesystem etabliert wird (siehe *Kapitel 8.1*), in dem alle Gewaltvorfälle erfasst werden und nicht nur die Ereignisse, die zu einer Unfallanzeige geführt haben. Die Meldungen sollten regelmäßig ausgewertet und (z. B. im Arbeitsschutzausschuss – ASA) analysiert sowie zur Gefährdungsbeurteilung herangezogen werden. Hierbei kann die Fachkraft für Abeitssicherheit (Sifa) unterstützen, da es zu ihren Aufgaben gehört, die Ursachen für Arbeitsunfälle zu untersuchen sowie den Arbeitgebenden Maßnahmen zur Unfallverhütung vorzuschlagen (§ 6 ASiG).

Hinweis

Die Gefährdungsbeurteilung umzusetzen, ist am Anfang vielleicht nicht einfach, da die notwendigen Schritte noch unbekannt sind. Daher können Führungskräfte sich Unterstützung bei verschiedenen Mitgliedern des Arbeitsschutzausschusses (ASA) einholen, insbesondere bei den Fachkräften für Arbeitssicherheit (Sifa) und den Betriebsärzt:innen.
Die Unfallversicherungsträger (Unfallkassen und BGW) stellen für die Gefährdungsbeurteilung allgemeine Handlungshilfen zur Verfügung, siehe: [32, 33]. Diese sind zwar nicht speziell auf Gewalt ausgerichtet, bieten aber eine allgemeine Übersicht über den Prozess. Außerdem können die Unfallversicherungsträger zur Beratung kontaktiert werden, siehe: [15, 34].



Die Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung ist laut § 6 Absatz 1 ArbSchG verpflichtend. Sie erlaubt es, die beschlossenen Maßnahmen zum Arbeitsschutz festzuhalten, inklusive Verantwortlichkeiten und Terminen zur Umsetzung [27]. Dokumentationshilfen können z. B. hier abgerufen werden: [35]. Über die Ergebnisse sollte außerdem innerbetrieblich diskutiert werden, z. B. im Arbeitsschutzausschuss [4]. Bei Maßnahmen, die aus der Gefährdungsbeurteilung abgeleitet werden, haben Betriebs- und Personalrat bzw. Mitarbeitendenvertretung (MAV) ein Mitbestimmungsrecht. Es lohnt sich, die Mitarbeitenden auch direkt einzubeziehen, da die Rahmenbedingungen in den Einrichtungen sehr individuell sind und kreative Lösungen erfordern [3]. So fühlen sich die Mitarbeitenden für kritische Situationen gewappnet und die Maßnahmen werden angenommen.

„‚Wir haben einen Fragebogen durchgeführt' ist ja auch noch gar keine vollständige Gefährdungsbeurteilung. Da haben Sie nur aufgezeigt, wo die Gefährdungen sind. Aber Sie haben nichts gegen die Gefährdungen getan. Das ist dann nur die halbe Arbeit, aber noch nicht der wichtige Teil. Wenn Sie eine Umfrage machen und danach passiert nichts, dann verspielen Sie da auch sehr viel Goodwill und Kooperationsbereitschaft bei den Mitarbeitenden." *(Expertinneninterview, Arbeitspsychologin der Unfallkasse)*

Der Erfolg von eingeführten Maßnahmen kann sich im Rückgang der gemeldeten Gewaltvorfälle zeigen, auch hierfür ist demnach die Einführung eines Meldesystems relevant (siehe *Kapitel 8.1*). Zusätzlich ist es wichtig, die vereinbarten Maßnahmen regelmäßig im Team zu evaluieren und dabei weiteren Bedarf abzufragen. Dies ist eine Gelegenheit für Führungskräfte, den Arbeitsschutz in der Notaufnahme aktiv zu gestalten und dabei für die Beschäftigten Partizipationsmöglichkeiten zu schaffen. Gewaltprävention kann dabei als gemeinsamer Lernprozess betrachtet werden. Somit steigt die Motivation, die gemeinsam entwickelten Maßnahmen im Arbeitsalltag umzusetzen.

Praxistipps

Es muss eine Arbeitsplatzkultur geschaffen werden, in der ein wertschätzender Umgang und eine offene Kommunikation bezüglich Gewaltprävention vorherrschen.

- ➔ Klinikleitungen sollten sich aktiv gegen Gewalt positionieren. Eine Vorlage für eine Grundsatzerklärung gegen Gewalt am Arbeitsplatz ist auf S. 85 der Broschüre zum „Aachener Modell" der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen zu finden, siehe: [4]. Diese kann für Notaufnahmen adaptiert werden. Des Weiteren kann ein Aushang zur Null-Toleranz-Politik (siehe *Abbildung 2.1*) genutzt werden.
- ➔ Die Führungskräfte in der Notaufnahme sind die zentralen Figuren bei der Gewaltprävention und haben die Verantwortung bei der Etablierung und Umsetzung entsprechender Maßnahmen.
  Die Unfallversicherungsträger bieten Seminare zur Rolle von Führungskräften im Arbeitsschutz (z. B. [36, 37]) und bei der Gewaltprävention (z. B. [10]) an. Hier können Führungskräfte lernen, ihre eigene Haltung zum Thema Gewalt zu reflektieren und die Gefährdungsbeurteilung als wirksames Führungsinstrument zu nutzen [10].
- ➔ Es sollten weitere Beauftragte aus dem Kreis der Mitarbeitenden benannt werden, die das Thema Gewaltprävention voranbringen.
- ➔ Konzepte, Leitlinien und Standard Operating Procedures (SOP) zur Gewaltprävention sollten entwickelt und die Umsetzung trainiert werden.

Die Möglichkeiten, im Rahmen des Arbeitsschutzes aktiv zu werden, sollten verstärkt für die Gewaltprävention genutzt werden:

- ➔ Zum einen gibt es den Prozess der Gefährdungsbeurteilung, der als Grundlage für die Maßnahmenentwicklung dient und dafür genutzt werden sollte, das Thema Gewaltprävention regelmäßig auf die Agenda zu bringen. Die Gefährdungsbeurteilung mag zunächst kompliziert erscheinen, doch sie lohnt sich und mit der Zeit entsteht ein kontinuierlicher Prozess. Wenn die Beschäftigten dabei eingebunden werden, profitieren am Ende alle: Die Arbeitgebenden haben dadurch Vorteile bei der Personalbindung und die Mitarbeitenden fühlen sich einbezogen und besser auf Gewaltübergriffe vorbereitet.
- ➔ Zum anderen gibt es im Arbeitsschutz verschiedene Akteur:innen, die im Arbeitsschutzausschuss (ASA) regelmäßig zusammenkommen und bei Fragen zu Rate gezogen werden können. Sie können z. B. den Führungskräften dabei helfen, die notwendigen Schritte der Gefährdungsbeurteilung zu definieren. Für die Beschäftigten können sie – neben der Führungskraft – weitere wichtige Ansprechpartner:innen sein. Diese Akteur:innen sind:
  1. Die Sicherheitsbeauftragen, die aus dem Kollegium stammen.
  2. Die Betriebsärzt:innen, zu denen im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorge regelmäßiger Kontakt besteht, sowie die Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Sifa). Beide Akteur:innen können im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung und bei regelmäßigen Begehungen ebenfalls zur Gewaltprävention beraten.
  3. Die Beschäftigten können sich außerdem an den Betriebs- oder Personalrat bzw. die Mitarbeitendenvertretung (MAV) wenden. Diese haben die Aufgabe, die Beschäftigten bei Gesprächen mit den Arbeitgebenden sowie in den regelmäßig stattfindenden Treffen des ASA zu vertreten. Dies können gute Gelegenheiten sein, um das Thema Gewaltprävention zu platzieren.
  4. Bei Bedarf kommen auch die Unfallversicherungsträger [15, 34] sowie die staatlichen Aufsichtsbehörden [18] als Ansprechpartner:innen infrage. Diese arbeiten bei der Beratung und Überwachung der Einrichtungen zusammen (§ 21 Absatz 3 ArbSchG) und nehmen Beschwerden im Falle der Missachtung von Belangen des Arbeitsschutzes entgegen. Diese externen Akteur:innen unternehmen im Rahmen ihrer Überwachungstätigkeit eigene Betriebsbesichtigungen, können aber ebenso bei internen Begehungen (z. B. der Mitglieder des ASA) zur Beratung eingeladen werden. Bei diesen internen Begehungen sowie bei externen Besichtigungen sollte Gewaltprävention thematisiert werden.
     Die Unfallversicherungsträger bieten zudem verschiedene Seminare an zur Organisation des Arbeitsschutzes in den Einrichtungen.

Literaturangaben

1. Gebauer, A., (2017). *Kollektive Achtsamkeit organisieren: Strategien und Werkzeuge für eine proaktive Risikokultur.* Schäffer-Poeschel: Stuttgart.
2. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), (2022). *Traumatische Ereignisse in Gesundheitsberufen (DGUV Information 207-012).* Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/1285/traumatische-ereignisse-in-gesundheitsberufen
3. Heidrich, C. et al., (2018). *Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege: Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207-025).* Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3429/praevention-von-gewalt-und-aggression-im-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege-eine-handlungshilfe
4. Päßler, K. & Trommer, U., (2021). *Gewaltprävention – ein Thema für öffentliche Verwaltungen?! „Das Aachener Modell": Reduzierung von Bedrohungen und Übergriffen an Arbeitsplätzen mit Publikumsverkehr*, 4. Auflage. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW): Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.unfallkasse-nrw.de/filead-min/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_37.pdf
5. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Organisationsberatung zum Umgang mit Gewalt und Aggression.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/organisationsberatung-zum-umgang-mit-gewalt-und-aggression-24594
6. Freck, S., (2021). *Das ganzheitlich-innerbetriebliche Gewaltschutzkonzept.* In: *Gewaltprävention in Pflege und Betreuung: Gefahren erkennen, konsequent handeln und deeskalieren*, Hecker, T. Jung-Lübke, M. & Freck, S., (Hrsg.), Schlütersche: Hannover. S. 190–224.
7. Cabilan, C. J. et al., (2022). *What can we do about occupational violence in emergency departments? A survey of emergency staff.* Journal of Nursing Management, 30(6): S. 1386–1395. https://doi.org/10.1111/jonm.13294
8. Wirth, T. et al., (2021). *Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: a systematic review.* International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(16): S. 8459. https://doi.org/10.3390/ijerph18168459
9. Hecker, T. & Jung-Lübke, M., (2021). *Gewaltprävention ist Führungsaufgabe.* In: *Gewaltprävention in Pflege und Betreuung: Gefahren erkennen, konsequent handeln und deeskalieren*, Hecker, T., Jung-Lübke, M. & Freck, S., (Hrsg.), Schlütersche: Hannover. S. 225–241.
10. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Gewalt und Aggression systematisch vorbeugen – eine Führungsaufgabe.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/schulung-beratung/seminare/umpu-gewalt-und-aggression-systematisch-vorbeugen-14598
11. Käsebier, J., (2022). *Frisch verantwortlich.* top eins, 5(4): S. 14–17. https://topeins.dguv.de/wp-content/uploads/2022/12/topeins_04-2022_barr_klein.pdf
12. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), (2017). *Sicherheitsbeauftragte (DGUV Information 211-042).* Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3158/sicherheitsbeauftragte
13. Kittelmann, M. et al., (2021). *Handbuch Gefährdungsbeurteilung: Teil 1 Grundlagen und Prozessschritte.* In: *Handbuch Gefährdungsbeurteilung*, Kittelmann, M. et al., (Hrsg.), Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Dortmund. S. 7–36.
14. Froese, E., (2017). *Wohin entwickelt sich das Durchgangsarztverfahren?* Trauma und Berufskrankheit, 19(3): S. 240–245. https://doi.org/10.1007/s10039-017-0274-6
15. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). *Unfallkassen*. [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.dguv.de/de/bg-uk-lv/unfallkassen/index.jsp
16. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Schutzmaßnahmen: Gewalt verhindern, Sicherheit schaffen.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/schutzmassnahmen-gewalt-verhindern-sicherheit-schaffen-24640

17. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Umgang mit Gewalt: Aggressionen und Übergriffe verhindern – Betroffenen helfen.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt
18. Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (LASI). *Über den LASI: Arbeitsschutzbehörden der Länder* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://lasi-info.com/ueber-den-lasi/arbeitsschutzbehoerden-der-laender/
19. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *BGW Personalbefragung: Psychische Belastung und Beanspruchung in der Pflege und Behindertenhilfe aufdecken.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gesundheit-managen/bgw-personalbefragung-psychische-belastung-und-beanspruchung-in-14712
20. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Personalbefragung: Stressbezogene Arbeitsanalyse für Klinikärztinnen und -ärzte.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gesundheit-managen/personabefragung-stressbezogene-arbeitsanalyse-fuer-14714
21. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), (2021). *Gefährdungsbeurteilung Psyche – Ein geeignetes Verfahren finden.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gefaehrdungsbeurteilung/instrumente-verfahren-zur-gefaehrdungsbeurteilung-psychischer-22292
22. Elsholz, D. & Ceglarek, P., (2017). *Handlungshilfe Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen,* 2. Auflage. Unfallkasse Berlin (UKB): Berlin. Verfügbar unter: https://www.unfallkasse-berlin.de/fileadmin/user_data/sicherheitundgesundheitsschutz/fuehrungundorga/ukb-handlungshilfe-gefahrdungsbeurteilung-psychischer-belastungen_web2.pdf
23. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Wie Unternehmen das Handlungsfeld Psyche systematisch bearbeiten.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gefaehrdungsbeurteilung/gefaehrdungsbeurteilung-psychischer-belastung-23100
24. Wehler, M., Weldert, G. & Händl, T., (2011). *Konfliktherd Notaufnahme: Stellenwert von Deeskalationsprogrammen.* Notfall + Rettungsmedizin, 14(5): S. 367–370. https://doi.org/10.1007/s10049-011-1436-x
25. Lindner, T. et al., (2015). *Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal: Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité - Universitätsmedizin Berlin.* Notfall + Rettungsmedizin, 18(3): S. 195–200. https://doi.org/10.1007/s10049-015-1982-8
26. Liu, J. et al., (2019). *Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis.* Occupational & Environmental Medicine, 76(12): S. 927-937. https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849
27. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *So erstellen Sie die Gefährdungsbeurteilung: Systematisch in sieben Schritten vorgehen.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gefaehrdungsbeurteilung/sieben-schritte
28. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), (2016). *Exemplarische Fragen für eine Gefährdungsbeurteilung: Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte in Betreuungsberufen.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/exemplarische-fragen-fuer-eine-gefaehrdungsbeurteilung-gewalt-20230
29. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW). *Übergriffe auf Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitsdienstes.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Checkliste-der-UK-NRW-zur-Gef%C3%A4hrdungsbeurteilung-%C3%9Cbergriffe.docx
30. Uniklinik RWTH Aachen, (2019). *PsyGesund.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://psygesund.info/
31. Beck, D. et al., (2022). *Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung – Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis,* 4. Auflage. GDA-Arbeitsprogramm Psyche: Berlin. Verfügbar unter: https://www.gda-portal.de/DE/Downloads/pdf/Psychische-Belastung-Gefaehrdungsbeurteilung-4-Auflage.html
32. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), (2016). *Gefährdungsbeurteilung in Kliniken.* Hamburg. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/gefaehrdungsbeurteilung-in-kliniken-19668



33. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), (2017). *Gefährdungsbeurteilung in der Pflege.* Hamburg. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/gefaehrdungsbeurteilung-in-der-pflege-20188
34. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Kontakt: Gewalt und Aggression.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/kontakt-gewalt-und-aggression-24662
35. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Dokumentationshilfen für Ihre Gefährdungsbeurteilung.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/sicher-mit-system/gefaehrdungsbeurteilung/dokumentationshilfen-gefaehrdungsbeurteilung-18780
36. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Arbeitsschutz für Führungskräfte – Sicherheit und Gesundheit kompetent organisieren.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/schulung-beratung/seminare/ufa1-arbeitsschutz-fuer-fuehrungskraefte-18134
37. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) & Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW), (2017). *Sicheres Krankenhaus: Gesundheit als Führungsaufgabe.* [Zitiert am: 20.03.2023]. Verfügbar unter: https://sicheres-krankenhaus.de/bereichsuebergreifende-themen/bereichsuebergreifende-themen/gesundheit-als-fuehrungsaufgabe

Kapitel 3



3 Architektonische Maßnahmen

Die Basis für die Handlungsprozesse in der Notaufnahme ist die architektonische Gestaltung des Gebäudes. Sie bestimmt, an welcher Stelle Patient:innen und deren Begleitpersonen in die Notaufnahme eintreten, wo sie sich anmelden, auf die medizinische Versorgung warten und in welchem Umfeld sie schließlich behandelt werden. Für Beschäftigte wird dadurch festgelegt, in welcher Umgebung sie arbeiten und welche Wege sie zurücklegen. Die architektonische Gestaltung der Notaufnahme beeinflusst das Befinden von Patient:innen, Begleitpersonen und Beschäftigten. Beispielsweise können räumliche Enge oder unangenehme Temperaturen im Gebäude belastend sein [1]. Ungünstige architektonische Verhältnisse können außerdem zu gewalttätigen Verhaltensweisen von Patient:innen oder deren Begleitpersonen beitragen.

„Unser Stützpunkt ist mit der Administration, mit der Pflege und den ärztlichen Kollegen zusammen. Es ist eine ungeheure Geräuschkulisse, die viel Stress verursacht in meinen Augen. Das kann sich natürlich im Patientenkontakt niederschlagen und dann Aggressivität von gegebenenfalls sowieso schon aggressiven Patienten fördern." *(Ärzt:in)*

Zur Prävention von Aggression und Gewalt nehmen immer mehr Führungskräfte und Krankenhausleitungen architektonische Veränderungen in der Notaufnahme vor. Dies geschieht weniger auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse, denn die Wirksamkeit architektonischer Maßnahmen ist bislang nicht ausreichend belegt. Vielmehr werden diese Maßnahmen umgesetzt, weil individuell gute Erfahrungen damit gemacht wurden, sowie aus der dringenden Notwendigkeit heraus, die Sicherheit des Personals zu gewährleisten [2].

Die dem Forschungsbericht zugrundeliegende Interviewstudie zeigt ebenfalls, dass in Notaufnahmen verschiedene architektonische Maßnahmen bereits umgesetzt wurden. Gleichzeitig kritisierten die Befragten, dass Gewaltprävention beim Bau von Notaufnahmen häufig nicht berücksichtigt werde und gerade ältere Gebäude die Implementierung von Schutzmaßnahmen erschwerten.

Hinweis

Nachfolgende Empfehlungen zeigen, wie die architektonische Gestaltung in der Notaufnahme für eine erfolgreiche Gewaltprävention sein sollte. Die Empfehlungen stellen ein Optimum dar und werden Ihnen daher möglicherweise mit Blick auf Ihre Notaufnahme als schwer umsetzbar erscheinen. Die architektonische Gestaltung bei bereits bestehenden Notaufnahmen lässt sich nicht oder nur mit großem Aufwand verändern. Einige der Empfehlungen lassen sich niedrigschwellig, andere nur bei einem Um- oder Neubau umsetzen. Sie sind daher eingeladen, die für Sie und Ihre Notaufnahme realistischen Empfehlungen herauszufiltern.

3.1 Allgemeine Struktur

Grundsätzlich sollte der Weg vom Haupteingang bis zur Notaufnahme kurz [1] und gut ausgeschildert sein. Zu Fuß und mit dem Rettungswagen ankommende Patient:innen sollten jeweils einen eigenen [3], barrierefreien [4] Eingang in die Notaufnahme haben. Diese Trennung kann zu einer ruhigeren Atmosphäre führen.

Der Grundriss eines Gebäudes ist entscheidend für dessen Nutzungsmöglichkeiten, kann nachträglich aber nur schwer korrigiert werden. Lange Wege werden von den Beschäftigten kritisiert. Alternativen können kreuz-, stern- oder ringförmige Grundrisse sein [5]. Kurze Wege in der Notaufnahme haben unter anderem den Vorteil, dass isoliertes Arbeiten in abgelegenen Bereichen vermieden wird. Zudem sollte die Notaufnahme kein Durchgangs-, sondern ein separater, räumlich abgegrenzter Bereich im Krankenhaus sein [4]. Bei der Grundrissplanung gibt es weitere Möglichkeiten, für mehr Schutz zu sorgen: Räumliche Enge, unübersichtliche Gänge und nicht einsehbare Nischen sollten vermieden werden [1]. Eine geräumige, übersichtliche Gestaltung der Notaufnahme ist zu empfehlen.

Grundsätzlich gibt es für die bauliche Konzeption einer Notaufnahme zwei verschiedene Optionen: die geschlossene und die offene Gestaltung. Bei einer geschlossenen Gestaltung liegt der Anmelde- und Wartebereich außerhalb des Behandlungsbereichs. Die beiden Bereiche können z. B. durch Automatiktüren voneinander getrennt sein, die nur von autorisierten Personen mit Transpondern, Keycards oder Codes (siehe *Kapitel 4.1*) geöffnet werden können. Durch eine solche Trennung ergeben sich die in *Abbildung 3.1* aufgeführten Vorteile.

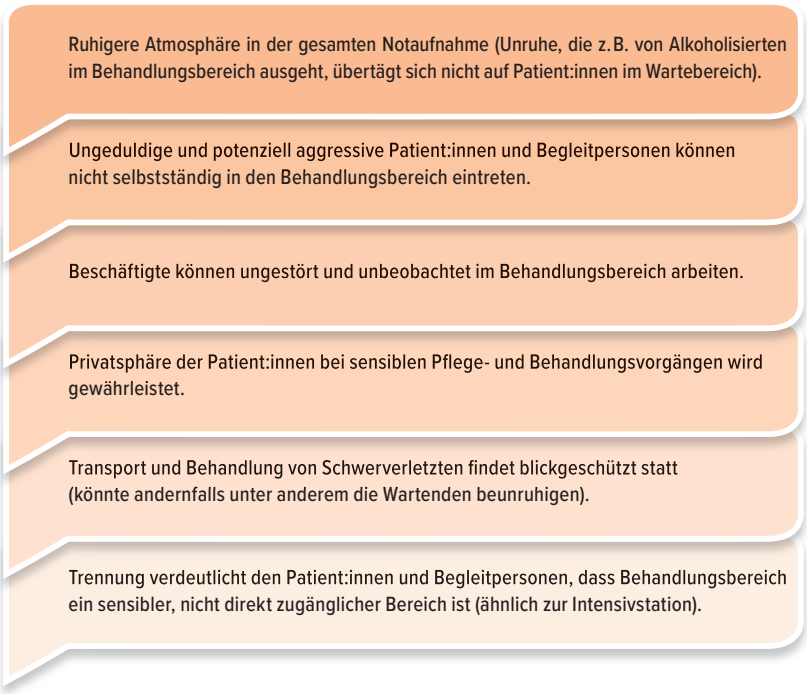


Abbildung 3.1 Vorteile der geschlossenen Gestaltung

„Wir haben den Wartebereich komplett aus dem Behandlungsbereich verbannt, weil früher war es so, dass wir im Vorbeigehen regelhaft angesprochen wurden: ‚Wieso komme ich noch nicht dran?' Und diese Trennung hat deutlich zur Entspannung beigetragen, sowohl beim Personal als auch beim Patienten."
(Ärztliche Leitung)

Bei einer offenen Gestaltung gibt es wenig räumliche Trennung von Anmelde-, Warte- und Behandlungsbereich. Diese Möglichkeit bietet ebenfalls Vorteile (siehe *Abbildung 3.2*).

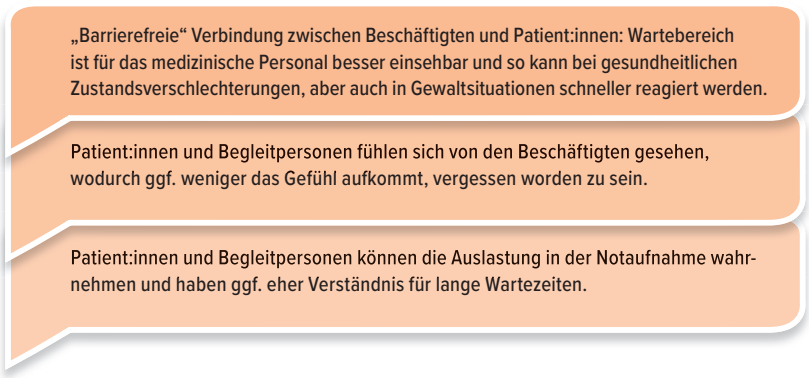


Abbildung 3.2 Vorteile der offenen Gestaltung

Hinweis

Auf Basis der durchgeführten Studien kann die geschlossene Gestaltung, also eine Trennung des Anmelde- und Wartebereichs vom Behandlungsbereich im Kontext der Gewaltprävention empfohlen werden. Hierbei muss sichergestellt werden, dass Patient:innen und Begleitpersonen trotzdem im Blick behalten werden und jederzeit Kontakt zu medizinischem Personal aufnehmen können.

Die Frage nach offener oder geschlossener Gestaltung bezieht sich auch auf den Behandlungsbereich. Dieser kann so gestaltet sein, dass die meisten Bereiche einsehbar und zugänglich sind, weil es z. B. Glastüren oder generell weniger Türen gibt. Mit Blick auf Gewaltprävention ist wichtig, dass es ausreichend geschützte Behandlungszimmer gibt, in denen potenziell aggressive Patient:innen separiert werden können (siehe *Kapitel 3.3*). Außerdem sollten sich kritische Bereiche, wie beispielsweise der Schockraum, in Arealen befinden, die nur berechtigten Personen zugänglich sind.

Mitarbeitende an der Anmeldung und in den Behandlungszimmern müssen ihren Arbeitsplatz in gefährlichen Situationen schnell verlassen können. Daher muss sichergestellt werden, dass die Flucht aus einem Raum möglich ist [1] – durch bauliche Gegebenheiten, aber auch durch eine sinnvolle Platzierung der Einrichtungsgegenstände (siehe *Abbildung 3.3*).

Flucht ermöglichen durch …

… bauliche Gegebenheiten

- Zweite Tür im Raum, die als Fluchtweg genutzt werden kann
- Abschließbarer Schutzraum, in dem sich gefährdete und attackierte Beschäftigte in Sicherheit bringen können

… Platzierung der Einrichtung

- Keine Gegenstände, die die Flucht aus dem Raum behindern
- Beispielweise würde ein Schreibtisch, der gegenüber der Tür steht, die Flucht aus dem Raum erschweren

Abbildung 3.3 Gestaltung von Fluchtwegen

Ein zentral gelegenes Dienstzimmer ist vorteilhaft, weil so von dort aus viele Bereiche der Notaufnahme eingesehen werden können [6]. Für Beschäftigte sollte es auch einen separaten Rückzugsort geben, in dem eine ungestörte Pause möglich ist.

„Die Cafeteria ist bei uns für Mitarbeiter und für Patienten und sie liegt mitten im Haus, wo ständig Leute vorbeilaufen. Ich finde, das müsste man räumlich trennen, dass man da wirklich seine Ruhe hat und seine Mittagspause machen kann." *(Ärzt:in)*

Alle Gegenstände, die als Waffe verwendet werden können, sollten entfernt bzw. befestigt werden [7]. So können Stühle und Tische beispielweise an der Wand oder am Boden montiert und Glas- durch Plastikflaschen ersetzt werden. Behandlungsutensilien und Arbeitsplätze können auf einem Rollwagen außerhalb des Raumes positioniert werden.

„Wenig mobiles Mobiliar, weil je weniger irgendwie beweglich ist, desto weniger kann man schmeißen." *(Ärztliche Leitung)*

Für eine angenehme Atmosphäre sollten Notaufnahmen angemessen klimatisiert sein [1]. Darüber hinaus sind auch die Lichtverhältnisse von Bedeutung – möglichst alle Räume, mindestens aber der Wartebereich und die Behandlungszimmer, sollten über Fenster verfügen. Räume ohne Fenster können Unzufriedenheit bei Patient:innen auslösen und damit auch die Gewaltbereitschaft erhöhen. Zudem können Patient:innen so die Orientierung verlieren, was vor allem bei Patient:innen mit Demenzerkrankungen problematisch ist.

„Wenn Patienten dann vier Stunden alleine da die Wand anstarren, dann provoziert das Delir. Ich hatte letztens eine Patientin: ‚Ja, es ist doch schon Nacht' – ‚Ne, es ist elf Uhr morgens'. Und das löst natürlich dann auch Aggressionen aus." *(Ärztliche Leitung)*

Bei Wänden und Türen mit Verglasung wird zum Schutz vor Gewalteinwirkung empfohlen, die Fensterinnenseite mit 4 mm Polycarbonatscheiben oder mit einer PVB-Folie der Widerstandsklasse P2 A auszustatten [1].

Zudem gibt es weitere Einzelheiten zu beachten, die einen gewaltvorbeugenden Effekt haben können. Die folgenden Empfehlungen stammen von der Arbeitsgruppe „Gewaltprävention im Gesundheitsdienst" [5]. Wenn künstliche Lichtquellen verwendet werden (z. B. abends und nachts), sollten sie eine ausreichende Helligkeit und natürliche Farben haben. Zudem sollte auf eine einladende Gestaltung mit angenehmen Wandfarben geachtet werden. Zu empfehlen sind warme Farbtöne, Volltöne und die Vermeidung einer einseitigen Farbgestaltung. In diesem Zusammenhang ist auch die Oberflächengestaltung zum Lärmschutz relevant. Durch die Wahl geeigneter Materialien lässt sich eine deutliche Senkung des Lärmpegels erreichen – Wände, Decken und Böden sollten den Schall nicht vollständig reflektieren. Eine angemessene Helligkeit und Farbgestaltung, entsprechende Materialien zur Lärmreduktion, aber auch angenehme Gerüche in der Notaufnahme können beruhigende Effekte auf Beschäftigte, Patient:innen und Begleitpersonen haben und so über eine Stressreduktion auch das Risiko für Gewaltvorfälle senken.



3.2 Anmelde- und Wartebereich



Grundsätzlich ist es von Vorteil, wenn der Wartebereich geräumig, übersichtlich und für Beschäftigte gut einsehbar ist [1]. Eine räumliche Nähe zwischen Anmeldung bzw. Ersteinschätzung und Wartebereich ist daher sinnvoll.

Die Arbeitsplätze im Anmeldebereich sollten mit bruchsicherem Glas verkleidet werden. Der Schutz der Beschäftigten an der Anmeldung wird dadurch gewährleistet und dennoch können sie das Geschehen im Wartebereich im Blick behalten. Die Zugänglichkeit für Patient:innen und Begleitpersonen bleibt bestehen, sie haben weiterhin die Möglichkeit, das Personal an der Anmeldung anzusprechen.

> „Jederzeit können sie fragen: ‚Warum geht es nicht voran?' oder ‚worauf warte ich überhaupt?' Und so kommt man, hoffen wir, nicht in diesen Strudel der Gedanken, der dann auch zu Unmut führt."
> *(Ärztliche Leitung)*

Mit Blick auf den Patient:innenfluss ist ein One-Way-System zu empfehlen, bei dem sich Patient:innen durch verschiedene (Sub-)Wartebereiche immer vorwärts bewegen. Zwischen verschiedenen Schritten (z. B. Blutentnahme und Gespräch mit Ärzt:in) kehren sie nicht wieder in denselben Wartebereich zurück, sondern warten in einem anderen Bereich. Dadurch kann Frustration und dem Gefühl, in den Abläufen der Notaufnahme „festzustecken", vorgebeugt werden. In diesem Zusammenhang kann das von Walker, Betz und Kolleg:innen entwickelte Notfall-Flusskonzept als Anregung dienen, um die Prozesse in der Notaufnahme zu optimieren, die Wartezeit zu reduzieren und damit die Zufriedenheit aller Beteiligten zu steigern [3].

Es sollten Getränke- und Snackautomaten sowie kostenloses Wasser im Wartebereich der Notaufnahme bereitgestellt werden. Während der langen Wartezeiten entstehen unweigerlich Durst und Hunger, was zu Unzufriedenheit führen und damit das Gewaltrisiko erhöhen kann. Darüber hinaus sollten sich Toiletten in räumlicher Nähe zum Warte- sowie Behandlungsbereich befinden. So können auch ältere Menschen diese alleine erreichen und Beschäftigte werden entlastet.

> „Menschen liegen bei uns Stunden auf einer relativ unbequemen Pritsche ohne Getränke, ohne Essen und mit einem sehr langen Weg zur Toilette. Und da fängt es schon an, dass sie unzufrieden werden und die ersten verbalen Aggressionen kommen." *(Pflegekraft)*

Zusätzlich ist bei der Gestaltung des Wartebereichs auch auf die Platzierung der Sitzgelegenheiten zu achten. Diese sollten in ausreichendem Abstand zueinander platziert werden. Kommen sich verschiedene Patient:innen und deren Begleitpersonen durch eine ungünstige Aufstellung der Stühle zu nahe, kann das den Stress zusätzlich erhöhen [5]. Denkbar ist auch eine Reihenbestuhlung. So sitzen die Wartenden sich nicht gegenüber (wie sonst üblich), sondern hintereinander. Dies sorgt dafür, dass Personen, die sich ggf. leicht provozieren lassen, weniger Reizen ausgesetzt sind und Aggressionen damit vorgebeugt werden kann. In jedem Fall sollte vermieden werden, dass Patient:innen im Behandlungsbereich vor den Zimmern bzw. auf den Fluren warten müssen. Außerdem kann für wartende Kinder eine geeignete Spielecke eingerichtet werden [5]. Weitere praktische Anregungen, mit denen Beschäftigte die Wartesituation für Patient:innen und Begleitpersonen positiv beeinflussen können, hat Quernheim in einem Praxishandbuch zusammengetragen [8].

3.3 Behandlungsbereich

Auch bei der Einrichtung der Behandlungsräume gibt es Maßnahmen, mit denen gewalttätigen Übergriffen vorgebeugt oder zumindest ein besserer Umgang damit erzielt werden kann. Schreibtische sollten so platziert werden, dass zum einen Fluchtwege frei bleiben und zum anderen Patient:innen und Begleitpersonen jederzeit im Blick behalten werden können. Bei Verdacht auf aggressives Verhalten können mobile Arbeitsplätze außerhalb des Raumes genutzt werden.

„Wenn wir am Computer sitzen in den Behandlungsräumen, sitzen wir mit dem Rücken zum Patienten. Das ist der gänzlich schlechteste Sitzplatz." *(Ärztliche Leitung)*

Generell sollte es im Behandlungsbereich genügend Einzelzimmer geben, um (potenziell) aggressive Patient:innen dort isoliert behandeln zu können. Sie werden so vom restlichen Betrieb und den damit einhergehenden Reizen abgeschirmt, was deeskalierend wirken kann. Im besten Fall kann so verhindert werden, dass es überhaupt zu Gewalt kommt, womit den Einzelzimmern auch eine präventive Funktion zuzuschreiben ist.
Für Patient:innen in akuten psychischen Erregungszuständen sind spezielle Schutzräume denkbar. In diesen Räumen können sie bereits für die Wartezeit reizabgeschirmt untergebracht und anschließend auch dort behandelt werden.

„Wenn man vier, fünf Psych-Patienten bekommt, denkt man sich halt: ‚Ja wo sollen die jetzt alle hin?' Man kann die gar nicht so richtig räumlich trennen, sodass die sich gegenseitig auch häufig so ein bisschen anstacheln." *(Pflegekraft)*

Für intoxikierte Menschen sollten spezielle „Ausnüchterungsräume" mit medizinischer Überwachung verfügbar sein. Diese Patient:innen können sich so in einer reizarmen Umgebung erholen und das Personal sowie andere Patient:innen werden vor ihnen geschützt. Derartige Räume sollten über Schallschutzmaßnahmen, Alarmierungsmöglichkeiten und einen Vorraum als Schleuse verfügen [1].

„Wenn man alte bauliche Strukturen hat, weswegen man zum Beispiel einen Betrunkenen mit vier anderen in einen Überwachungsraum legen muss, dann ist das eine Katastrophe, dann sind immer die anderen Patienten gefährdet." *(Ärztliche Leitung)*

Die Schutzräume sollten für Beschäftigte auch von außen gut einsehbar sein, sodass sie Gewaltsituationen oder Verschlechterungen im Zustand der Patient:innen zügig erkennen können. Dies kann beispielsweise mithilfe von Glasscheiben oder Videoüberwachung gewährleistet werden. Bei Letzterem müssen spezielle datenschutzrechtliche Auflagen berücksichtigt werden (siehe *Kapitel 4.4*). Außerdem sollten die Räume mit einer zweiten Tür und nur mit den nötigsten beweglichen Gegenständen ausgestattet sein. Diese Räume werden normalerweise nicht verschlossen. In absoluten Ausnahmefällen können hochaggressive und gewalttätige Patient:innen in diesen Räumen aber bis zum Eintreffen der Polizei separiert werden.

Für einen flexibleren Patient:innenfluss in der Notaufnahme können Fast-Track-Räume hilfreich sein [3]. In diesem Kontext werden räumliche Kapazitäten geschaffen, um Patient:innen zügig die Erstversorgung anzubieten. Beschäftigte können so ohne Zeitverlust im nächsten Zimmer weiterbehandeln, wodurch eine Reduktion der Prozesszeit erreicht wird. Gerade für Patient:innen mit leichteren Erkrankungen wird dadurch die Wartezeit verkürzt [3, 9], da sie nicht aufgrund von mangelnden Raumkapazitäten warten müssen. Allein dadurch wird das Aggressionspotenzial gesenkt und zudem halten sich weniger Menschen im Wartebereich auf, was sich wiederum positiv auf die oft angespannte Situation dort auswirken kann.



Praxistipps

Allgemeine Struktur

- Kurzer, gut ausgeschilderter Weg vom Haupteingang zur Notaufnahme
- Getrennte Eingänge für zu Fuß und mit dem Rettungswagen ankommende Patient:innen
- Notaufnahme kein Durchgangs-, sondern separater Bereich
- Entzerrte und übersichtliche Gestaltung mit Fluchtwegen
- Der Anmelde- und Wartebereich sollte räumlich vom Behandlungsbereich abgegrenzt sein (z. B. durch Automatiktür)
- Definierte Schutzräume für das Personal, die bei der Flucht aufgesucht und unkompliziert verschlossen werden können sowie über Notrufsysteme verfügen
- Zentral gelegenes Dienstzimmer und separater Pausenraum
- Keine unbefestigten Gegenstände, die als Waffe genutzt werden können
- Möglichst viele Fenster für Tageslicht, zumindest im Wartebereich und in den Behandlungszimmern
- Ausreichende Helligkeit und natürliche Farben bei künstlichem Licht
- Oberflächenmaterialien zur Lärmreduktion sowie angenehme Wandfarben und Gerüche (z. B. Duftöl im Anmeldebereich)

Anmelde- und Wartebereich

- Räumliche Nähe zwischen Anmeldung bzw. Ersteinschätzung und dem Wartebereich
- Bruchsicheres Glas zum Schutz der Beschäftigten im Anmeldebereich
- One-Way-System mit verschiedenen (Sub-)Wartebereichen
- Getränke- und Snackautomaten sowie kostenloses Wasser
- Platzierung der Sitzgelegenheiten in ausreichendem Abstand zueinander und nicht in Kreis-, sondern in Reihenform
- Kein Warten auf Fluren vor den Behandlungszimmern
- Spielecke für wartende Kinder

Behandlungsbereich

- Ausreichende Anzahl an Einzelzimmern, sodass potenziell aggressive Personen separiert werden können
- Spezielle, reizabgeschirmte Behandlungsräume für (potenziell) aggressive, psychisch erkrankte oder intoxikierte Patient:innen
- Fast-Track-Räume für einen verbesserten, flexibleren Behandlungsablauf
- Positionierung von Schreibtischen: Fluchtwege sollten frei und Patient:innen im Blickfeld sein

Literaturangaben

1. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) & Unfallkasse Nord rhein-Westfalen (UK NRW), (2020). *Sicheres Krankenhaus: Planungsbüro.* Verfügbar unter: https://www.sicheres-krankenhaus.de/planungsbuero/pdf-broschuere
2. Weiland, T. J., Ivory, S. & Hutton, J., (2017). *Managing acute behavioural disturbances in the emergency department using the environment, policies and practices: a systematic review.* Western Journal of Emergency Medicine, 18(4): S. 647-661. https://doi.org/10.5811/westjem.2017.4.33411
3. Walker, D. & Betz, P., (2013). *Jetzt kommt der Patient: Das Notfall-Flusskonzept.* Walkerproject: Zürich.
4. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), (2020). *Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).* Bundesanzeiger (BAnz AT 24.12.2020 B2). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf
5. Arbeitsgruppe „Gewaltprävention im Gesundheitsdienst", (2009). *Räumliches Umfeld.* Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW). Verfügbar unter: https://www.gesundheitsdienstportal.de/files/Gewaltpraevention-Raeumliches-Umfeld.pdf
6. El-Hadedy, N. & El-Husseiny, M., (2022). *Evidence-based design for workplace violence prevention in emergency departments utilizing CPTED and space syntax analyses.* Health Environments Research & Design Journal, 15(1): S. 333–352. https://doi.org/10.1177/19375867211042902
7. Morphet, J. et al., (2018). *Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: a scoping review.* Collegian, 25(6): S. 621-632. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.04.003
8. Quernheim, G., (2017). *Warten, aber richtig! Praxishandbuch zum Management wartender Patienten.* Hogrefe: Bern.
9. Sartini, M. et al., (2022). *Overcrowding in emergency department: causes, consequences, and solutions – a narrative review.* Healthcare, 10(9): S. 1625. https://doi.org/10.3390/healthcare1009162500

4 Technische Maßnahmen

Technische Maßnahmen tragen einen essenziellen Teil zur Gewaltprävention und damit zum Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei. Durch geeignete Schließ- und Alarmsysteme, Vermerke im Computersystem oder Videoüberwachung kann ein verbesserter Umgang mit Aggression und Gewalt erzielt werden. Außerdem kann das Gewaltvorkommen durch Aufrufsysteme und Infotainment während der Wartezeit reduziert werden. Hinweise zur praktischen Umsetzung dieser Maßnahmen sind nachfolgend aufgeführt.

4.1 Schließsysteme

Eine wirksame Maßnahme, um gewalttätigen Übergriffen in der Notaufnahme vorzubeugen, sind Schließsysteme. Meist sind die Eingangstüren (tagsüber) offen, sodass ein freier Zugang in die Notaufnahme besteht. In der zugrundeliegenden Onlinebefragung kritisierten Beschäftigte dies und auch Teilnehmende einer anderen Befragung [1] forderten verschlossene Eingangstüren als Präventionsmaßnahme.

Offene oder geschlossene Eingangstüren?

Grundsätzlich besteht bei dieser Frage ein Konflikt zwischen dem Schutz der Mitarbeitenden einerseits und dem ungehinderten Zugang andererseits, den Patient:innen zur Notaufnahme haben müssen. Selbstverständlich müssen akut Erkrankte und Verletzte jederzeit und barrierefrei in die Notaufnahme kommen können. Auf der anderen Seite müssen Mitarbeitende davor geschützt werden, dass beispielsweise aggressive Personen unbemerkt ins Gebäude gelangen.

Insbesondere nachts können die Eingangstüren der Notaufnahme daher verschlossen werden, sodass Beschäftigte sich sicher fühlen. In diesem Zeitraum können Patient:innen und Begleitpersonen z. B. über ein Klingelsystem Zutritt zur Notaufnahme erhalten.

> „Der Zutritt ist nachts nur durch Klingeln möglich. Es ist also immer einsehbar, wer vor der Tür steht und entsprechend können sich Mitarbeiter dann auch entscheiden, die Tür nicht zu öffnen.“ *(Ärztliche Leitung)*

Grundsätzlich muss Hilfesuchenden der Zutritt zur Notaufnahme jederzeit möglich sein. Bei verschlossenen Türen muss der Zugangsbereich daher z. B. durch Beschäftigte der Notaufnahme oder Pförtner:innen (entweder persönlich oder durch Videoüberwachung) eingesehen werden. Damit wird verhindert, dass akut gefährdete Patient:innen sich nicht bemerkbar machen können und ggf. vor der Eingangstür kollabieren.

Auch innerhalb der Notaufnahme können Schließanlagen die Sicherheit für Mitarbeitende erhöhen. Sofern der Anmelde- und Wartebereich räumlich vom Behandlungsbereich getrennt ist, kann hier eine solche Anlage eingesetzt werden. In einigen Notaufnahmen wurden hingegen aber auch positive Erfahrungen mit einer offenen Bauweise gemacht (siehe *Kapitel 3.1*).

Hinweis

➜ Es gibt die Möglichkeit, den Behandlungsbereich mit verschließbaren Türen von den übrigen Bereichen der Notaufnahme zu trennen, sodass aggressive Patient:innen und Begleitpersonen nicht vorzeitig eintreten können. Ein schneller Zutritt für medizinisches Personal muss aber weiterhin ungehindert möglich sein.
➜ Hinsichtlich der Öffnungs- und Schließweise von Türen sind elektronische Lösungen zu empfehlen: Autorisierten Personen werden Transponder, Keycards oder Codes ausgehändigt, die ihnen den Zutritt zu bestimmten Bereichen ermöglichen. Autorisierte Personen können Beschäftigte der Notaufnahme, des Rettungsdienstes sowie der Polizei sein.

„Jede Streifenwagenbesatzung im Landkreis hat so einen elektronischen Schlüssel, um bei uns in Gebäudeteile reinkommen zu können, in denen es eine Bedrohungslage gibt." *(Ärztliche Leitung)*

Grundsätzlich sollten bei vielgenutzen Durchgängen (z. B. Eingang oder Durchgang zum Behandlungsbereich) kraftbetätigte Türen eingebaut werden, bei denen die Türflügel automatisch durch einen Motor bewegt werden [2]. Bestimmte manuell zu öffnende Türen (wie beispielsweise die zum Dienstzimmer) sollten mit einem Türknauf (keinem Türgriff) versehen werden, sodass kein unbefugtes Betreten möglich ist [3].



4.2 Anzeige- und Aufrufsysteme

Direkt im Eingangsbereich kann in Form eines Ampelsystems die aktuelle Auslastung der Notaufnahme angezeigt werden. Hierbei steht Grün für geringe Auslastung, Gelb für mittlere und Rot für hohe Auslastung. So besteht die Möglichkeit, dass Patient:innen sich bei hoher Auslastung schlussendlich doch für eine Behandlung in einer allgemein- oder fachärztlichen Praxis bzw. Notdienstpraxis entscheiden und damit das Patient:innenaufkommen in der Notaufnahme reduzieren. Auch im Wartebereich kann eine solche Ampel platziert werden, um (bei hoher Auslastung) Verständnis für (lange) Wartezeiten zu schaffen. Nachteilig ist, dass Unmut entstehen kann, wenn Patient:innen und Begleitpersonen trotz grüner Anzeige lange auf ihre Behandlung warten müssen.



Eine Anzeige mit der voraussichtlichen Wartezeit wurde in der zugrundeliegenden Interviewstudie als weniger sinnvoll bewertet. Sie führt bei Patient:innen und Begleitpersonen zu der Erwartung, innerhalb der angezeigten Zeit auch wirklich aufgerufen zu werden. Wird diese Erwartung nicht erfüllt, so steigt das Risiko für Frustration und ggf. aggressives Verhalten. Ähnlich verhält es sich bei der Möglichkeit, die aktuelle Anzahl der sich in der Notaufnahme befindenden Patient:innen anzuzeigen. Zwar kann die Auskunft darüber, dass derzeit eine bestimmte Anzahl (schwerverletzter) Personen behandelt wird, das Verständnis bei Wartenden steigern, aber Patient:innen und Begleitpersonen kennen die Kapazität der Notaufnahme nicht, haben keine Vergleichswerte und können daher schwer einschätzen, ob es verhältnismäßig viele oder wenige Patient:innen sind. Außerdem ist diese absolute Zahl wenig aussagekräftig, weil sie nichts über die aktuelle Auslastung in den einzelnen Fachbereichen der Notaufnahme aussagt. Technische Wartezimmermanagementsysteme führen zu einem klar geregelten Vorgehen beim Informieren wartender Patient:innen über Behandlungsbeginn und -raum. Sie können den organisatorischen Aufwand für Mitarbeitende und damit auch Stress reduzieren. Die Systeme können bei allen Patient:innen angewandt werden, die keine schwerwiegenden Notfälle sind und daher warten müssen. Zwei Möglichkeiten stellen sich als empfehlenswert heraus:

1. Nummernvergabe

Um Arbeitsabläufe zu erleichtern, erhalten Patient:innen bei der Anmeldung eine Nummer. Anschließend werden sie mithilfe von Monitoren oder Durchsagen über ihren Behandlungsbeginn und den Raum informiert, in dem diese stattfinden wird *(siehe Abbildung 4.1)*. Durchsagen sollten laut, deutlich und auch im Bereich der Toiletten zu verstehen sein [4]. Mit Blick auf gehörlose Patient:innen ist wichtig, dass die Informationen auch visuell (z. B. über Monitore) übermittelt werden. Es ist wichtig, dass nicht der Eindruck entsteht, es würde in der Reihenfolge der Nummern behandelt werden. Es muss darüber aufgeklärt werden (z. B. durch Plakate), dass die Behandlung nach Dringlichkeit erfolgt. Trotzdem kann die Nummernvergabe vorteilhaft sein: Die Wartenden sehen, dass es voran geht und sie haben nicht so schnell das Gefühl, man hätte sie vergessen. Außerdem kann der Datenschutz erhöht werden, da nicht Namen, sondern Nummern aufgerufen werden. Letzteres hat allerdings den Nachteil, dass Patient:innen sich ggf. weniger als Mensch gesehen fühlen.

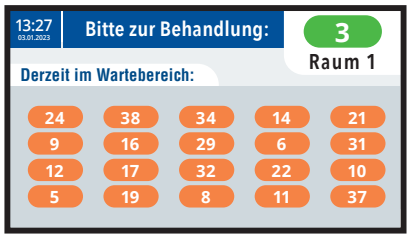


Abbildung 4.1 Nummernvergabe

2. WLAN-basiertes Pagersystem

Patient:innen erhalten bei der Anmeldung einen Pager, mit dem sie sich in einem bestimmten Radius frei im und ums Gebäude bewegen können. Sie werden dann durch eine digitale Anzeige auf dem Pager über den Behandlungsbeginn und -raum informiert. Dieses Vorgehen kann ausschließlich bei mobilen Patient:innen angewandt werden, sofern es deren Gesundheitszustand erlaubt.

4.3 Alarmsysteme

In der zugrundeliegenden Onlinebefragung gab rund ein Drittel der Teilnehmenden an, dass es in ihrer Notaufnahme technische Alarmsysteme gebe. Gleichzeitig wurden bei der Frage nach Ansätzen zur Verbesserung der Gewaltprävention mehrfach Notfallknöpfe thematisiert. Technische Alarmsysteme scheinen eine als wichtig erachtete, aber nicht flächendeckend umgesetzte Maßnahme zu sein. Auch ein Blick in die Literatur zeigt, dass Alarmsysteme in Notaufnahmen als wichtiger Teil der Gewaltprävention betrachtet [2, 5, 6] und von Beschäftigten gefordert werden [1].
Durch technische Alarmsysteme kann auf laute oder stille Weise in gefährlichen Situationen eine bestimmte Person(engruppe) informiert und Unterstützung angefordert werden. In den meisten Fällen geht es darum, Kolleg:innen (der eigenen oder anderer Abteilungen), den Sicherheitsdienst oder die Polizei zu benachrichtigen. Es gibt verschiedene Alarmierungsmöglichkeiten und im Alltag der Notaufnahme können eine, aber auch mehrere Systeme verwendet werden.

Klingelanlagen und Notfallknöpfe

- Fest installierte, ortsgebundene Alarmsysteme.
- Herkömmliche **Klingelanlagen** für Patient:innen, mit denen auch Beschäftigte einen Notfallalarm auslösen können:
  - Sollten in allen Behandlungsräumen und Toiletten (vor allem aber in Räumen für intoxikierte Patient:innen) vorhanden sein.
  - Können einen lauten Alarm auslösen, um Kolleg:innen in unmittelbarer Umgebung zu informieren.



- Spezielle **Notfallknöpfe**:
  - Sollten im Anmelde- und Wartebereich, in den Dienstzimmern sowie in Bereichen, in denen vermehrt mit Gewalt zu rechnen ist, installiert werden (sichtbar oder versteckt).
  - Können entweder lauten oder stillen Alarm auslösen, um z. B. den Sicherheitsdienst oder die Polizei zu informieren – ohne, dass Täter:innen es mitbekommen.
- Schwierigkeit: Klingelanlagen und Notfallknöpfe können im Akutfall unerreichbar und damit nutzlos sein.

Drahtlose Telefon- und Pagersysteme mit Notfalltaste

- Besonders wirksam ist, wenn Telefon- und Pagersysteme nach dem Betätigen der Notfalltaste automatisch den Standort versenden (z. B. an Telefone der Kolleg:innen, ans Dienstzimmer, den Sicherheitsdienst oder an die Polizei).
- Zudem sollten sie als Gegensprechanlage fungieren, sodass direkte Kommunikation möglich ist oder z. B. der Sicherheitsdienst mithören kann, ohne dass die aggressive Person es direkt bemerkt. Dies erfordert klare Absprachen im Vorhinein und ein sensibles Vorgehen seitens der Mithörenden (Täter:in könnte getriggert werden, wenn bemerkt wird, dass ein Alarm ausgelöst wurde).
- Es können Kurzwahltasten am Telefon oder Tastenkombinationen bzw. Notfallsymbole am PC eingerichtet werden, um z. B. den Sicherheitsdienst oder die Polizei direkt zu alarmieren und das Einwählen längerer Nummern zu vermeiden.
- Alle Mitarbeitenden können kleine Pagersysteme bei sich tragen, um immer eine Alarmierungsmöglichkeit sowie ein Gefühl der Sicherheit zu haben.

„Es bringt eine gefühlte Sicherheit und Sicherheit macht ja souverän." *(Ärztliche Leitung)*

- Schwierigkeit: Geräte müssen in ausreichender Menge vorhanden sein und die Anschaffung ist kostspielig.

Akustische Taschenalarmgeräte und Schrillalarme

- Alarme, die z. B. am Schlüsselbund getragen werden und bei Betätigung einen lauten Alarm auslösen. Auch sie erleichtern den Beschäftigten ein sicheres und selbstbewusstes Auftreten.
- Sie sind kostengünstiger, einfach zu tragen und immer verfügbar, sofern das Gerät am Körper getragen wird. Es muss bedacht werden, dass entsprechende Geräte nicht an einer Schnur getragen werden dürfen (insbesondere nicht um den Hals), damit nicht daran gezogen werden kann.

4.4 Videoüberwachung

Die Installation einer Videoüberwachung in bestimmten Bereichen der Notaufnahme nahmen einige Teilnehmende der Onlinebefragung und der Interviewstudie als wirksame Maßnahme der Gewaltprävention wahr. Videoüberwachung sei beispielsweise in Eingangs- und Wartebereichen sowie in Überwachungsräumen für Patient:innen nach Substanzkonsum sinnvoll. Interviewpartner:innen gaben an, dass die Videoübertragung im Dienstzimmer der Pflegekräfte und Ärzt:innen oder vom Sicherheitspersonal angeschaut werden könne. Dadurch können Mitarbeitende ihre Kolleg:innen im Blick behalten, während diese potenziell aggressive Patient:innen behandeln. Die Anwesenheit zusätzlicher Personen im Behandlungsraum, die eine Eskalation fördern könnte, wird dadurch vermieden. Insbesondere kritische Bereiche wie zum Beispiel der Behandlungsraum für Menschen nach Substanzkonsum sollte mit Videoüberwachung ausgestattet werden [2], um den Beschäftigten eine gefahrlose Überwachung und Versorgung der Patient:innen zu ermöglichen. Grundsätzlich kann Videoüberwachung eine präventive, abschreckende Wirkung auf gewaltbereite Patient:innen und Begleitpersonen haben und zu einer Reduktion von Gewaltereignissen führen [7]. Videoüberwachung in Notaufnahmen bedeutet eine Beeinträchtigung des Datenschutzes für Mit-

„Eine Ausweitung der Videoüberwachung fände ich prima. Prinzipiell sind wir technisch darauf vorbereitet, aber es muss erst noch vom Datenschutz und vom Personalrat geprüft werden. Denn wenn man Kameras aufstellt, gibt es Interessenkonflikte zwischen der Mitarbeitersicherheit und der Privatsphäre." *(Ärztliche Leitung)*

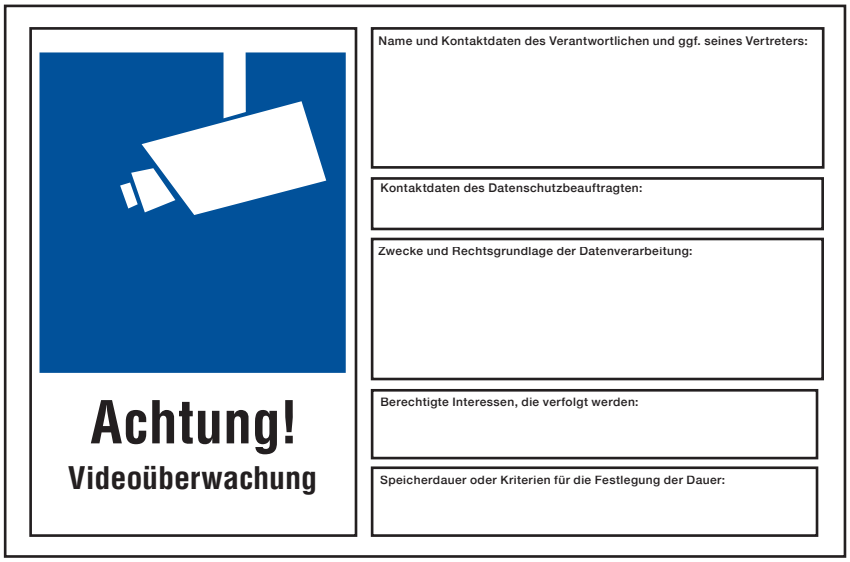
arbeitende, Patient:innen und Begleitpersonen gleichermaßen und ist rechtlich daher ein sensibles Thema. Vor der Installation einer Überwachungskamera in der Notaufnahme muss die Gewährleistung des Datenschutzes geklärt werden. Für jede Datenverarbeitung muss eine rechtliche Grundlage vorliegen. Für die Videoüberwachung kommt hierfür Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e und f der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) infrage. Demnach ist eine Videoüberwachung rechtmäßig, wenn (1) sie für eine Aufgabe erforderlich ist, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt oder (2) wenn sie zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte der gefilmten Person überwiegen.

Liegt eine rechtliche Grundlage zur Datenverarbeitung vor, so muss anschließend geklärt werden, wie der Schutz der verarbeiteten Daten gewährleistet wird (Artikel 5 DS-GVO). Zudem müssen Verantwortliche in der Notaufnahme vorab eine Datenschutz-Folgenabschätzung zu den vorgesehenen Verarbeitungsvorgängen durchführen (Artikel 35 DS-GVO). Betroffene Personen (z. B. Beschäftigte, Patient:innen und Begleitpersonen) müssen zwingend über die Videoüberwachung informiert werden (Artikel 13 DS-GVO). Dies kann, wie in *Abbildung 4.2* gezeigt, in Form eines gut sichtbaren Hinweisschildes in der Notaufnahme geschehen.

Darf ich in meiner Notaufnahme eine Videoüberwachung installieren?



Die Frage, ob Videoüberwachung in der Notaufnahme datenschutzrechtlich zulässig ist oder nicht, kann nicht pauschal beantwortet werden. Es gibt viele verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten von Videoüberwachung: Ist das Video verpixelt oder nicht? Wird das Video gespeichert oder nicht? Welche Bereiche der Notaufnahme sind auf dem Video ersichtlich? Verantwortliche in Notaufnahmen sollten den individuellen Sachverhalt gemeinsam mit den Datenschutzbeauftragten der Einrichtung klären und die Rechtsgrundlage unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzgesetze prüfen.



Das Hinweisschild ist in der Orientierungshilfe Videoüberwachung durch nicht-öffentliche Stellen der Datenschutzkonferenz (DSK) zu finden.

Abbildung 4.2 Beispiel für ein Hinweisschild bei Videoüberwachung

4.5 Vermerk in der Akte

Wenn sich Patient:innen oder deren Begleitpersonen bei einem Besuch in der Notaufnahme den Beschäftigten gegenüber aggressiv verhalten, kann anschließend ein Vermerk in der (digitalen) Akte vorgenommen werden. In einigen Systemen gibt es die Möglichkeit, ein Merkmal wie „aggressives Auftreten" zu hinterlegen oder als Sonderkennzeichnung zu vergeben, welches zukünftig als Warnhinweis (Cave-Eintrag) erscheint. Andernfalls kann der Vorfall als Verlaufseintrag stichpunktartig dokumentiert werden (z. B. verbale oder körperliche Gewalt sowie daraus erfolgte Konsequenzen wie polizeiliche Anzeige oder Hausverbot). Einige Interviewteilnehmende berichteten, dass ein Aggressionsprotokoll im Patient:innenenfall angelegt werden kann. Bei einer erneuten Behandlung in der Notaufnahme sehen die Beschäftigten bereits beim Öffnen der Patient:innenakte, ob es in der Vergangenheit Schwierigkeiten in der Notaufnahme gab und ob z. B. gerade ein Hausverbot besteht (siehe *Kapitel 7.3*). Wichtig ist, dass dieser Eintrag gut ersichtlich ist (am besten als hervorgehobener Warnhinweis) und sich nicht verborgen in der Akte befindet. Damit diese Maßnahme wirkungsvoll ist, sollten alle (auch vermeintlich unbedeutende verbale Vorfälle) dokumentiert werden.

„Dann sieht man direkt in der Triage schon: Okay, da ist was gewesen, da muss ich vielleicht von vornherein anders rangehen, ein bisschen einfühlsamer, verständnisvoller oder deeskalierender." *(Pflegerische Leitung)*

Vorteile

- Vermerke dienen als Frühwarnhinweise und Beschäftigte können von Beginn an wachsamer mit entsprechenden Patient:innen umgehen (dadurch verbesserte Sicherheit und Kontrolle für Beschäftigte).

Nachteile

- Wird ein Vorfall für lange Zeit in der Akte gespeichert, können Patient:innen von den Beschäftigten zu Unrecht vorverurteilt werden (aber: Vermerke könnten auch ergänzt oder gelöscht werden, sobald die Person nicht mehr aggressiv auftritt).

4.6 Infotainment und mehr

Teilnehmende der Onlinebefragung erachteten Aushänge über bestimmte Themen zur Aufklärung und Information für Patient:innen und Begleitpersonen als eine wichtige Maßnahme der Gewaltprävention. So können den Wartenden beispielsweise über Aushänge in Papierform die Gründe für die Wartezeiten in der Notaufnahme dargelegt werden. Informationen können, wie in diesem Fall, analog transportiert werden – digitale Wege spielen aber die wichtigere Rolle. Daher ist zu empfehlen, den Wartebereich mit Bildschirmen auszustatten, über die sowohl Aufklärung und Information als auch Entertainment angeboten werden kann. Aufklärung über die Abläufe in der Notaufnahme schafft Transparenz und kann das Verständnis von Patient:innen und Begleitpersonen erhöhen (siehe *Kapitel 7.1*).

Neben dem Eingangs- und Wartebereich sind auch die Behandlungszimmer ein wichtiger Ort, an dem Bildschirme installiert werden sollten. Manche Patient:innen und deren Begleitpersonen müssen längere Zeit in den Behandlungszimmern warten, deshalb können auch dort Informationen und Entertainment bereitgestellt werden. Alternativ können Radios die Wartezeit verkürzen. Bei den Infotainmentsystemen ist grundsätzlich darauf zu achten, dass die Lärmbelastung in der Notaufnahme geringgehalten wird. Im besten Fall ist der Ton der Geräte leise, es sind Kopfhörer bereitgestellt oder Wartende können ihre eigenen (Bluetooth-)Kopfhörer verbinden.



Was könnte auf den Bildschirmen im Wartebereich und in den Behandlungszimmern gezeigt werden?

- Wartende können im Eingangs- und Wartebereich über die aktuelle Auslastung in der Notaufnahme informiert werden.
- Sofern in der Notaufnahme ein Nummernvergabe-System verwendet wird, können Wartende durch die Bildschirme über den Behandlungsbeginn und -raum informiert werden.
- Wartende können in Form von ansprechenden Videoclips über generelle Prozesse in der Notaufnahme aufgeklärt werden:
  - Warum müssen Patient:innen und Begleitpersonen teils lange warten?
  - Wie funktioniert die Ersteinschätzung und die damit einhergehende Priorisierung von Patient:innen? Und was hat das mit der Wartezeit zu tun?
- Wartende können durch die Bildschirme im Warte- und Behandlungsbereich unterhalten werden:
  - (Beruhigende) Musik, Filme oder Nachrichten.
  - Übertragung von Sportereignissen.

Praxistipps

➔ Insbesondere nachts können Eingangstüren verschlossen bleiben. Der Eingangsbereich muss dann aber zur Gewährleistung der Zugänglichkeit für Hilfesuchende durch Mitarbeitende, den Sicherheitsdienst oder Pförtner:innen durchgängig überwacht werden.

➔ Das Öffnen und Schließen von Türen sollte über elektronische Lösungen (nicht über Schlüssel) erfolgen: Autorisierten Personen werden hierfür Transponder, Keycards oder Codes ausgehändigt.

➔ In Form einer Ampel kann im Eingangs- und Wartebereich die aktuelle Auslastung der Notaufnahme angezeigt werden. Anzeigen, die die voraussichtliche Wartezeit oder die aktuelle Patient:innenzahl übermitteln, sind weniger zu empfehlen.

➔ Über verschiedene Alarmsysteme (z. B. Notfallknöpfe, Pagersysteme mit Notfalltasten, Schrillalarme) können auf laute oder leise Weise bestimmte Personen, z. B. Kolleg:innen, der Sicherheitsdienst oder die Polizei benachrichtigt werden.

➔ Gewaltvorfälle sollten in den (digitalen) Akten vermerkt werden, sodass Beschäftigte beim nächsten Besuch der Patient:innen darauf aufmerksam werden und von Beginn an deeskalierend mit den Personen umgehen können.

➔ Patient:innen können über TVs im Warte- und Behandlungsbereich informiert (z. B. über Gründe für lange Wartezeiten) und unterhalten werden (z. B. durch Filme oder Musik).

➔ Der überwiegende Teil der Patient:innen und Begleitpersonen hat das eigene Smartphone dabei. Daher ist es hilfreich, frei zugängliches WLAN sowie Steckdosen und Ladekabel zur Verfügung zu stellen.

Literaturangaben

1. Schuffenhauer, H. & Güzel-Freudenstein, G., (2019). *Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen.* Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin: ASU, 54(6): S. 386–393
2. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) & Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW), (2020). *Sicheres Krankenhaus: Planungsbüro*. Verfügbar unter: https://www.sicheres-krankenhaus.de/planungsbuero/pdf-broschuere
3. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) & Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW), (2017). *Sicheres Krankenhaus: Dienstraum.* [Zitiert am: 31.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.sicheres-krankenhaus.de/notfall-ambulanz/notfall-ambulanz/dienstraum
4. Marx, D., Richter, L. & Quernheim, G., (2022). *Kommunikation in der Notaufnahme*. In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis,* Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 53–69.
5. Cabilan, C. J. et al., (2022). *What can we do about occupational violence in emergency departments? A survey of emergency staff.* Journal of Nursing Management, 30(6): S. 1386–1395. https://doi.org/10.1111/jonm.13294
6. El-Hadedy, N. & El-Husseiny, M., (2022). *Evidence-based design for workplace violence prevention in emergency departments utilizing CPTED and space syntax analyses.* Health Environments Research & Design Journal, 15(1): S. 333-352. https://doi.org/10.1177/19375867211042902
7. Touzet, S. et al., (2019). *Impact of a comprehensive prevention programme aimed at reducing incivility and verbal violence against healthcare workers in a french ophthalmic emergency deparment: an interrupted time-series study.* BMJ Open, 9(9): S. e031054. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031054

5 Organisatorische Maßnahmen

Auch auf organisatorischer Ebene gibt es zahlreiche Maßnahmen, durch die ein verbesserter Umgang mit Gewaltvorfällen in der Notaufnahme erreicht werden kann. Sie betreffen die Organisation des Teams, die Früherkennung von Gewaltpotenzial sowie die Kooperation mit anderen Einrichtungen, einem Sicherheitsdienst oder der Polizei. Diese Maßnahmen und Anregungen für ihre praktische Umsetzung werden nachfolgend präsentiert.

5.1 Personalorganisation

Die angespannte Personalsituation in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist allgegenwärtig. Einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) zufolge besteht in 99 % der Notaufnahmen Personalmangel. Ursächlich hierfür sind Krankheitsausfälle sowie die fehlende Besetzung pflegerischer und ärztlicher Stellen [1]. Der Personalmangel betrifft insbesondere die Pflege. Trotz der Notwendigkeit einer angemessenen Personalausstattung sind Notaufnahmen bislang nicht als pflegesensitive Bereiche anerkannt [2], weshalb dort keine Pflegepersonaluntergrenzen gelten [3].

Der Personalmangel in der Notaufnahme erhöht die Arbeitsbelastung für die einzelnen Beschäftigten und damit auch ihr Stressempfinden. Ungestörte Pausen sind selten möglich. Dies kann zu einem knappen Umgangston gegenüber Patient:innen und Begleitpersonen [4] und damit wiederum zu Gewaltereignissen beitragen.

„Es sollte nicht so sein, dass man während der Mittagspause 50 Anrufe erhält und eigentlich keine Mittagspause hat, sondern nebenbei die Notaufnahme managt." *(Ärzt:in)*

Für Deeskalationsschulungen muss mehr Personal eingeplant werden, da das Personal im Schulungszeitraum nicht in der Notaufnahme eingesetzt werden kann. Außerdem erfordert die strukturierte Aufarbeitung von Gewaltvorfällen in Form von Teambesprechungen oder Supervisionen ebenfalls personelle und zeitliche Ressourcen.

Nur mit einer ausreichenden Personalstärke haben Beschäftigte die Zeit, Frühwarnzeichen für aggressives Verhalten durch aufmerksame Beobachtung zu erkennen sowie geduldig und deeskalierend auf die Bedürfnisse aggressiver Personen einzugehen (siehe *Kapitel 6.1.2*). Gerade in Extremsituationen und unter Zeitdruck ist das im Deeskalationstraining Gelernte weniger präsent. Nicht nur zur Prävention von Gewalt ist demnach gerade in anspruchsvollen Arbeitsfeldern wie der Notaufnahme eine ausreichende Besetzung unerlässlich. Verschiedene Fachgesellschaften äußern sich hinsichtlich der pflegerischen Mindestbesetzung so: Eine vollzeitig tätige Pflegekraft sollte nicht mehr als 1.200 Notfallpatient:innen pro Jahr in der Initialbetreuung versorgen [2].

„Dass man mit einer minimalen Besetzung schwerste Gewaltszenarien abdecken soll, ist geradezu bizarr. Es muss einem klar sein, dass ein aggressiver Patient in der Notaufnahme mindestens den gleichen Personalaufwand braucht wie ein Polytrauma." *(Ärztliche Leitung)*

Grundsätzlich empfiehlt es sich, eine Person im Team zu benennen, die – neben der Führungskraft – speziell für das Thema Gewaltprävention zuständig ist. Natürlich liegt die Verantwortung weiterhin bei den Führungskräften. Durch eine entsprechende Aufgabenverteilung werden diese aber entlastet und die Gewaltprävention wird gezielt vorangebracht. Diese Aufgabe können beispielsweise ausgebildete Deeskalationstrainer:innen (siehe *Kapitel 6.1*) oder Sicherheitsbeauftragte (siehe *Kapitel 2.3*) übernehmen.

Die Person, die für Gewaltprävention zuständig ist, kann beispielsweise ...

- Ansprechpartner:in zu Themen rund um Gewaltprävention sein.
- Führungskräfte bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Gewaltprävention und deren Evaluation unterstützen.
- Vorschläge und Forderungen von Beschäftigten an Vorgesetzte weiterleiten.
- Deeskalationstrainings organisieren und Beschäftigte dazu einladen. Außerdem kann sie die Teilnahme an Deeskalationstrainings dokumentieren und darauf achten, dass alle Beschäftigten regelmäßig Trainings erhalten.
- Führungskräften bei der Aufarbeitung von Gewaltvorfällen zur Seite stehen, etwa indem sie sich bei der Aufklärungsarbeit zur Meldung engagiert, Hinweise (z. B. Flyer) auf Nachsorgeangebote bereithält oder bei der Dokumentation der Vorfälle unterstützt.

Da Wartezeiten in der Notaufnahme eine bedeutende Ursache für die Entstehung von Gewalt sind [5], ist es wichtig, die Prozesszeiten so kurz wie möglich zu halten. Detaillierte Ideen zur Prozessoptimierung in Notaufnahmen zu beschreiben, würde den Rahmen dieses Berichts überschreiten. Mit der Beschreibung des One-Way-Systems (siehe *Kapitel 3.2*) und der Fast-Track-Räume (siehe *Kapitel 3.3*) wird kurz darauf eingegangen. Darüber hinaus soll an dieser Stelle betont werden, wie wichtig die zügige Ersteinschätzung [6] und die Spiegelung ihrer Ergebnisse an die Patient:innen und ihre Begleitpersonen ist, um Angst und Unsicherheit zu reduzieren [7].

Eine weitere Möglichkeit, Angst, Unsicherheit und damit ggf. auch das Aggressionsrisiko zu senken, ist **Primary Nursing**. Bei diesem Konzept ist eine Pflegekraft von der Aufnahme bis zur Entlassung für bestimmte Patient:innen zuständig. Patient:innen erhalten dadurch eine verlässliche Ansprechperson und Pflegekräfte mehr Kontrolle über das eigene Tun [8]. In der Notaufnahme ist ein solches Konzept aufgrund der hohen Patient:innenfluktuation nur schwer umsetzbar. Dennoch können auch dort verschiedene Patient:innen bestimmten Pflegekräften zugeordnet werden, die dann überwiegend die Betreuung und auch die Kommunikation mit den Begleitpersonen übernehmen. Dieses Konzept kann bei der Gewaltprävention von Nutzen sein, unter anderem, da vertrauensvolle Beziehungen entstehen und Patient:innen bzw. Begleitpersonen feste Ansprechpartner:innen haben, was Orientierung gibt.

„Ich schaffe es oft, mit den Leuten eine gute Beziehung aufzubauen. Dann muss ich aber plötzlich zu einem dringenderen Fall. Das macht es für die Person noch schlimmer, da war jemand, mit dem hat man eine Beziehung aufgebaut und plötzlich bricht die weg. Es braucht also eine Struktur, bei der es nicht so ist, dass ich kurz nach dem Beziehungsaufbau die Person nie wiedersehe." *(Experteninterview, Gesundheits- und Krankenpfleger)*

Wenn (potenziell) aggressive Patient:innen in der Notaufnahme behandelt werden, sollten Beschäftigte darauf achten, mit der Person nie alleine bzw. in Sichtweite von Kolleg:innen zu sein. Die Tür des Behandlungszimmers kann in solchen Fällen offengelassen werden. Die Betreuung solcher Patient:innen nimmt viel Zeit und Energie in Anspruch – Ressourcen, die dann nicht mehr für die Versorgung anderer Patient:innen zur Verfügung stehen. Zur Entlastung der Beschäftigten könnte

die (nicht-medizinische) Betreuung potenziell aggressiver Personen (insbesondere nach Substanzkonsum, mit Demenz oder psychischer Erkrankung) auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden. Gemeint sind in Deeskalation geschulte Mitarbeitende des Sicherheitsdienstes, des Krankentransports, Studierende oder auch Ehrenamtliche (etwa bekannt als die „Grünen Damen/Herren"). Sie könnten ohne Zeitdruck auf die außermedizinischen Bedürfnisse (Durst, Hunger, Toilettengang) der Patient:innen eingehen und sie bei allen Schritten in der Notaufnahme begleiten, sodass Frustration bestenfalls vermieden wird.

„‚Du willst was trinken? Kein Problem, ich schütte dir was ein. Und du musst pinkeln? Warte, ich hol dir eine Flasche.' Wir haben in der Notaufnahme eingeführt, dass der Sicherheitsdienst das übernimmt. Damit konnten ganz viele von den Konflikten schon im Keim erstickt werden." *(Ärztliche Leitung)*

Zwischen Beschäftigten und Patient:innen sowie Begleitpersonen mit keinen oder wenigen Deutschkenntnissen können Verständigungsbarrieren aufkommen [9], die wiederum Konfliktpotenzial bergen (siehe *Kapitel 7.1.3*).

5.1.1 Dienstplangestaltung

Trotz personellem Engpass sollte versucht werden, bei der Schichtplanung bestimmte Punkte zu berücksichtigen, die der Prävention von Gewaltvorfällen dienen. Prinzipiell sollten alle Beschäftigten in Deeskalation geschult sein (siehe *Kapitel 6.1*). Ist dies nicht der Fall, so ist darauf zu achten, dass jede Schicht mit einer bestimmten Anzahl an Personen besetzt ist, die entsprechend geschult sind. Diese können das richtige Verhalten im Umgang mit aggressiven Patient:innen und Begleitpersonen vorleben, von anderen Kolleg:innen um Rat gefragt und zur Deeskalation hinzugezogen werden. Insbesondere für Mitarbeitende, die Anmeldung und Ersteinschätzung vornehmen, sind Deeskalationsfähigkeiten wichtig. So können direkt zu Beginn Anzeichen für aggressives Verhalten erkannt und die weiterbehandelnden Kolleg:innen entsprechend vorgewarnt werden. Dies gilt im Verlauf insbesondere auch für die Übergabe, bei der die Kolleg:innen standardmäßig über potenziell aggressive Personen informiert werden sollten.

Hinsichtlich der Geschlechterverhältnisse sollte angestrebt werden, im ärztlichen und pflegerischen Bereich pro Schicht mindestens je eine männliche Fachkraft zur Verfügung zu haben, die den oft männlichen Aggressoren aufgrund der physischen Voraussetzung ggf. leichter gegenübertreten kann. In der Interviewstudie äußerte eine Teilnehmerin zudem, dass sie die Behandlung an einen männlichen Kollegen abgeben würde, wenn sie einen sexuellen Übergriff bzw. sexuelle Belästigung seitens eines männlichen Patienten befürchtete.

„Wenn ich einen aggressiven Patienten oder Patientin habe, achte ich darauf, dass ich mindestens eine zweite Person, bestenfalls einen Mann, dabeihabe." *(Pflegekraft)*

Auch mit Blick auf die Altersstruktur lohnt sich eine ausgeglichene Schichtbesetzung. Menschen verschiedenen Alters bringen ein unterschiedliches Maß an Berufserfahrung sowie unterschiedliche Sicht- und Verhaltensweisen mit und können sich bei der gemeinsamen Arbeit in der Notaufnahme ergänzen.

„Ein guter Mix aus Generationen im Team macht was aus, weil ich sehe, dass die Älteren es häufig eher draufhaben, mehr den Menschen auch wieder als Ganzes zu sehen."
(Expertinneninterview, pflegerische Leitung)

Außerdem ist denkbar, die Dienstzeiten flexibler zu gestalten. Beschäftigte könnten dann kurzfristig an Tagen, beispielsweise mit außerberuflichen Verpflichtungen oder gesundheitlichen Einschränkungen, ihre Dienste – oder Teile der Dienste – mit anderen Kolleg:innen tauschen. So kann der Beruf besser mit den Anforderungen des Privatlebens vereinbart werden, was wiederum die Zufriedenheit der Beschäftigten erhöht sowie den Stress und somit auch das Aggressionspotenzial senkt. Außerdem werden mögliche Eskalationen vermieden, wenn der Umgang mit potenziell aggressiven Patient:innen und Begleitpersonen von Beschäftigten übernommen wird, die beispielsweise aktuell über mehr mentale Ressourcen verfügen.

„Wenn mir jemand sagt, er macht heute nur bis zehn und um zehn tauscht er dann bis 14 Uhr mit dem anderen Kollegen, dann sollen die das gerne so machen." *(Pflegerische Leitung)*

5.2 Kooperation mit anderen Einrichtungen

Nicht nur die kollegiale Zusammenarbeit innerhalb der Notaufnahme, sondern auch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Notaufnahme mit anderen Einrichtungen im Gesundheitswesen trägt zur Gewaltprävention bei. Zunächst muss aber ein damit zusammenhängendes Grundproblem beleuchtet werden: Die Überlastung der Notaufnahmen.

5.2.1 Overcrowding

Notaufnahmen verzeichnen täglich ein hohes Aufkommen an Patient:innen, was in Kombination mit den Begleitenden dazu führt, dass sich teilweise sehr viele Menschen in der Notaufnahme aufhalten. Eine solche Situation kann im „Overcrowding" gipfeln – ein Zustand, bei dem die Anzahl der Patient:innen die personellen, räumlichen und materiellen Kapazitäten der Notaufnahme übersteigt [10]. In einer Blitzumfrage der DGINA berichteten 66 % der Notaufnahmen über eine gefährliche Überbelegung am Tag der Befragung [1]. Die Ursachen einer solchen Überlastung lassen sich in drei Faktoren [11] einteilen und werden in *Abbildung 5.1* erläutert.

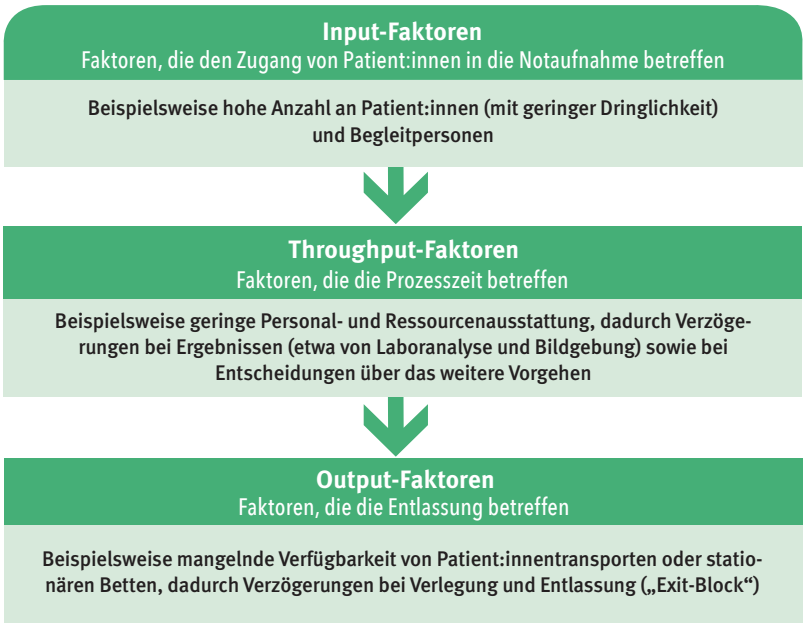


Abbildung 5.1 Ursachen der Überlastung [erstellt anhand: 11, 12]

Überbelegung in der Notaufnahme führt zu einer unzureichenden medizinischen Versorgung [13–15] und zu einem längeren Gesamtaufenthalt von Patient:innen [16]. Zudem erhöht sich bei Patient:innen die Unzufriedenheit [17] und auch für Beschäftigte geht eine solche Situation mit erheblichem Stress einher [18]. Darüber hinaus ist Überbelegung in der Notaufnahme ein Hauptrisikofaktor für Gewalt [19].

„Wir haben viele Patienten, die gar nicht zu uns gehören. Das verstopft die Notaufnahme, das erhöht die persönliche Belastung der Mitarbeiter und das lässt die Geduld bei Patienten schwinden." *(Pflegerische Leitung)*

Um dem entgegenzusteuern sind „Overcrowding-Konzepte" erforderlich, die je nach Grund für die Überbelegungssituation z. B. bestimmte Bereiche im Krankenhaus definieren, aus denen personelle Unterstützung angefordert werden kann oder Maßnahmen bereithalten, die einem Exit-Block entgegenwirken.

Hinweis

Um das Ausmaß der Überfüllung in Notaufnahmen einzuschätzen, ist CEDOCS ein hilfreiches Tool. CEDOCS steht für Community Emergency Department Overcrowding Score. Unter Berücksichtigung der Kapazität der Notaufnahme, der aktuellen Anzahl an Patient:innen sowie der Wartezeit wird die gegenwärtige Auslastung der Notaufnahme berechnet. Die Berechnung kann online erfolgen, siehe: [20].

5.2.2 Formen der Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit der Notaufnahme mit verschiedenen anderen Einrichtungen kann ein erfolgreicher Lösungsansatz sein. Eine verbesserte Kommunikation zwischen einzelnen Abteilungen und damit einhergehend eine effizientere Verlegung können dazu beitragen, einer Überbelegung entgegenzuwirken [11]. So ist es wichtig, dass sich Mitarbeitende der Notaufnahme mit Stationen innerhalb des Krankenhauses, aber auch mit externen Stellen (z. B. Pflegeheimen, Hospizen) gut absprechen, um Patient:innen rechtzeitig verlegen zu können.

Für eine erweiterte Zusammenarbeit können auch übergeordnete Gesprächsplattformen etabliert werden, in die beispielsweise Vertreter:innen der Polizei oder des Amtsgerichts einbezogen werden. Beim sogenannten „Runden Tisch" werden potenzielle Probleme besprochen sowie Abläufe und Verantwortlichkeiten geklärt [21]. In Bezug auf Gewaltprävention wird bei einem „Runden Tisch psychiatrische Notfälle" etwa diskutiert, unter welchen Voraussetzungen eine Verlegung von Menschen mit psychischen Erkrankungen von der Notaufnahme in eine andere (psychiatrische) Einrichtung erfolgt.

Darüber hinaus tragen Patient:innen zu einer Überbelegung in der Notaufnahme bei, die sich trotz fehlender klassischer Notfallindikation dort vorstellen [22]. Abhilfe schaffen kann das von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vorgelegte Konzept zur Reform der Notfall- und Akutversorgung [23]. Demnach sollen flächendeckend integrierte Leitstellen (ILS) eingerichtet werden. Hilfesuchende erreichen die Leitstellen über die Nummern 112 oder 116117 und erhalten daraufhin eine telefonische oder telemedizinische Ersteinschätzung. Auf deren Basis wird ihnen dann die für sie am besten geeignete Notfallstruktur zugewiesen. Mit diesem Vorgehen werden nur jene Hilfesuchende an eine Notaufnahme übermittelt, die eine dortige medizinische Versorgung auch wirklich benötigen.

Das Leistungsangebot der integrierten Leitstellen umfasst [23]:

- Telemedizinische Beratung
- Verordnung von Notfallmedikamenten
- Verweis auf eine Vorstellung in:
  - Regulärer (KV-)Praxis zu Öffnungszeiten (KV = Kassenärztliche Vereinigungen)
  - KV-Notdienstpraxis
  - Notaufnahme
- Entsendung eines aufsuchenden Dienstes:
  - KV-Bereitschaftsdienst
  - Pflegerische Notfallversorgung
  - Krankentransport
  - Notfallrettung



Die DGINA begrüßt die Empfehlung der Regierungskommission und fordert, dass Notfallzentren nur noch Patient:innen behandeln sollten, die durch einen vorherigen medizinischen Kontakt dorthin weitergeleitet wurden. Dies kann in Form eines verpflichtenden Kontakts mit der integrierten Leitstelle, durch die vertragsärztliche Einweisung oder durch die Rettungsdienste erfolgen [24].

Zudem empfiehlt die Regierungskommission integrierte Notfallzentren (INZ) in allen Krankenhäusern der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung [23]. Ein integriertes Notfallzentrum besteht aus:

- → der Notaufnahme des Krankenhauses,
- → einer KV-Notdienstpraxis (im oder direkt am Krankenhaus) sowie
- → einer zentralen Ersteinschätzungsstelle („Tresen").

Die Ersteinschätzung wird durch qualifiziertes Personal unter Verwendung eines standardisierten Instruments durchgeführt. Auf dieser Basis erfolgt die Entscheidung über die weitere Versorgung der Hilfesuchenden, einschließlich der Zuweisung in die KV-Notdienstpraxis oder in die Notaufnahme. Der aufsuchende KV-Bereitschaftsdienst bleibt erhalten und soll flächendeckend rund um die Uhr verfügbar sein. Die detaillierten Erläuterungen dazu finden sich unter [23]. In der Interviewstudie zeigte sich, dass KV-Praxen vor Ort oder in der Nähe der Notaufnahme als hilfreich wahrgenommen werden, jedoch noch nicht flächendeckend verfügbar sind.

„Es wäre gut, wenn bei uns eine KV-Notfallpraxis noch mit drin wäre. Das würde auf jeden Fall sehr viel Gewalt reduzieren, denn wir könnten viele Patienten weiterleiten."
(Ärztliche Leitung)

Eine im Rahmen der Interviewstudie thematisierte Idee zur Entlastung von Notaufnahmen betrifft die Behandlung von intoxikierten Menschen. Diese Patient:innengruppe beansprucht in der Notaufnahme enorme personelle und zeitliche Ressourcen. Denkbar ist daher die Einrichtung spezialisierter Behandlungszentren für Menschen mit Substanzmissbrauch (insbesondere in Städten). Intoxikierte Menschen können vom Rettungsdienst direkt dorthin gebracht oder von der Notaufnahme dorthin überwiesen werden. So können das Potenzial für aggressives Verhalten in der Notaufnahme und die Arbeitsbelastung für die Beschäftigten verringert werden. Dafür spricht zudem, dass das Personal in entsprechenden Behandlungszentren speziell im Umgang mit intoxikierten Menschen geschult und auch die räumliche Ausstattung auf diese Patient:innengruppe ausgerichtet ist.

5.3 Screening

Um Risikofaktoren und damit potenziell aggressive oder gewalttätige Personen frühzeitig zu identifizieren, können Screening-Instrumente verwendet werden. Bei gegebenem Anlass können Kolleg:innen dann gewarnt und weitere Interventionen veranlasst werden [25]. Gut validierte Screening-Instrumente zur Bewertung des Gewaltrisikos bei Patient:innen können in Notaufnahmen sehr hilfreich sein [26, 27].

5.3.1 Brøset Violence Checklist

In mehreren Studien, die verschiedene Screening-Instrumente miteinander verglichen, schnitt die Brøset Violence Checklist (BVC) mitunter am besten ab [28–30]. Die BVC ist ein wirksames Instrument zur Einschätzung des Gewaltrisikos in den nachfolgenden 24 Stunden. Ihre Stärken sind neben der Vorhersagekraft für aggressives Verhalten auch die wissenschaftliche Fundiertheit sowie die praktikable und kostengünstige Anwendung. Das in Norwegen entwickelte Instrument wird mittlerweile weltweit angewandt [31]. Nachteilig ist, dass die BVC andere wichtige Faktoren (klinisches Erscheinungsbild oder Krankheitsgeschichte) nicht berücksichtigt und nicht zur Einschätzung des Risikos für verbale Gewalt gedacht ist [28]. Zudem beansprucht die Anwendung der BVC die ohnehin schon knappen zeitlichen Ressourcen in der Notaufnahme. Um die Beschäftigten zu entlasten, ist daher auch denkbar, dass das Ausfüllen der BVC vom dafür geschulten Sicherheitsdienst übernommen wird [32]. *Abbildung 5.2* zeigt die aus dem Englischen übersetzte und beispielhaft ausgefüllte Checkliste.

Patient:in: Uli Mustermensch
Datum, Uhrzeit: 26. Juni 2023, 15:02 Uhr
Ausgefüllt von: Alexis Mustermensch

Verwirrt	0
Reizbar	1
Übermütig	1
Droht verbal	1
Droht körperlich	1
Greift Gegenstände an	0
SUMME	4

Abbildung 5.2 Brøset Violence Checklist nach Almvik und Woods [erstellt anhand: 33]

Anwendung der Brøset Violence Checklist [33]

- Es wird das Vorhandensein bzw. Fehlen von drei Eigenschaften und drei Verhaltensweisen erfasst, die auf ein Gewaltrisiko hinweisen können.
- Das Vorhandensein gibt einen, das Fehlen keinen Punkt – so kann eine maximale Punktzahl von sechs erreicht werden.
- Damit wird ein Score gebildet, der das Gewaltrisiko vorhersagt: Bei einem Wert von 0 ist das Gewaltrisiko in den nächsten 24 Stunden gering, bei 1 bis 2 ist es mäßig und bei einem Wert von 3 oder mehr ist es hoch.

In Notaufnahmen kann die BVC zur Früherkennung von potenziell aggressiven Patient:innen bereits im Rahmen der Ersteinschätzung (digital) ausgefüllt werden. Patient:innen mit einem Ergebnis von drei oder höher sollten dann im weiteren Verlauf besonders im Blick behalten werden.
Außer den sechs in der BVC aufgeführten gibt es noch weitere charakteristische Elemente beobachtbaren Verhaltens, die auf ein Gewaltpotenzial bei Patient:innen oder Begleitpersonen in der Notaufnahme hinweisen könnten. Personen können unter anderem auch anhand ihres Blickkontakts, ihres Tonfalls und der Lautstärke der Stimme sowie ihrer Gangart als (potenziell) aggressiv identifiziert werden [34] (siehe *Kapitel 6.1.2.1*).

5.3.2 Angst-Skala

Patient:innen und Begleitpersonen in der Notaufnahme befinden sich in einer für sie stress- und angstbehafteten Ausnahmesituation (siehe *Kapitel 7.1.1*). Daraus können Unsicherheit, Überforderung und Frustration resultieren. Auch Impulse zu aggressiven Reaktionsweisen können in solchen Situationen schlechter unterdrückt werden – Aggression und Gewalt können also ein Ausdruck von Angst sein [35].
Dietz-Wittstock [36] entwickelte auf Basis der Schmerz-Skala eine Angst-Skala mit zehn Punkten zur Bewertung von Angstzuständen bei Patient:innen (siehe *Abbildung 5.3*). Die Angstabfrage kann direkt bei der Aufnahme oder auch später durch das behandelnde Personal erfolgen. Wichtig ist, dass sie nicht „zwischen Tür und Angel" stattfindet – ein behutsames Vorgehen seitens der Mitarbeitenden sowie eine geschützte Umgebung sind wichtig. 83 % der befragten Pflegekräfte gaben an, dass das Ergebnis der Angstabfrage den weiteren Behandlungsverlauf von Patient:innen beeinflusse [37]. So werden jene Patient:innen, die ein höheres Angstniveau aufweisen, beispielsweise häufiger über den Behandlungsablauf und die erforderlichen Schritte informiert.

„Viele Patienten, die wir nach Angst gefragt haben, haben mir berichtet, dass sie sich im Krankenhaus das erste Mal wirklich als Mensch mit einem Seelen- und Gefühlsleben akzeptiert gefühlt haben. Viele von denen, die sonst vielleicht pampig geworden wären, haben ganz anders reagiert haben." *(Pflegerische Leitung)*

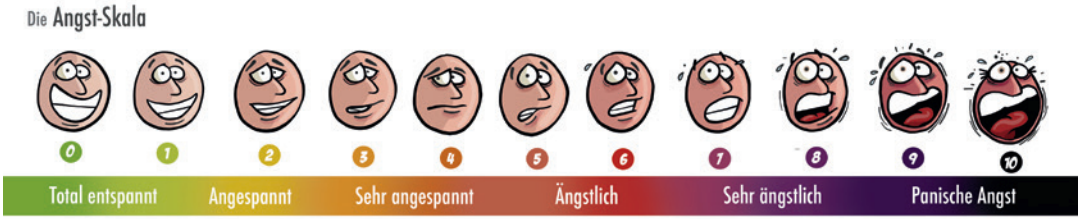


Abbildung 5.3 Angst-Skala nach Dietz-Wittstock [37]

Eine weitere, wichtige Möglichkeit der vorzeitigen Warnung vor (potenziell) aggressiven Personen betrifft die Übergabe der Patient:innen durch das Rettungsdienstpersonal oder Notärzt:innen an Mitarbeitende der Notaufnahme. So können Letztere bereits bei oder vor der Einlieferung darüber informiert werden, dass Patient:innen beispielsweise bei der präklinischen Versorgung aggressiv auftraten, dass sie in Polizeibegleitung kommen oder dass voraussichtlich aggressive Begleitpersonen in der Notaufnahme eintreffen werden.

Egal wie (durch ein Instrument, durch Vorabinformationen oder auch ganz intuitiv) Beschäftigte eine potenziell aggressive Person schlussendlich erkennen – es sollte dann dementsprechend gehandelt werden. Wichtig ist, dass die Beschäftigten im Anmeldebereich ihren Eindruck frühzeitig

weitergeben und die potenziell aggresve Person so die ganze Aufenthaltsdauer – zunächst im Warte- und später im Behandlungsbereich – besonders im Auge behalten werden kann. Kolleg:innen sollten informiert und um Unterstützung bei der Behandlung gebeten werden. Eine weitere Möglichkeit besteht darin, die Person bei der Ersteinschätzung höher zu priorisieren, sodass die Behandlung zügiger erfolgt. Mit dem Ersteinschätzungsinstrument Emergency Severity Index (ESI) ist dies möglich: Über das Kriterium „großes Leid" [38] kann die Erfassung von Angst bei der Ersteinschätzung berücksichtigt und entsprechenden Patient:innen die zweite Dringlichkeitsstufe zugeordnet werden [36].



5.4 Sicherheitsdienst

In der zugrundeliegenden Onlinebefragung gaben 67 % der Leitungskräfte an, keinen Sicherheitsdienst in der Notaufnahme zu haben. Gleichzeitig war die Einführung oder personelle Verstärkung von Sicherheitspersonal der am häufigsten genannte Vorschlag zur Verbesserung der Situation im Hinblick auf Gewalt. Eine andere Befragung kam zu ähnlichen Ergebnissen: Die von Pflegekräften in Notaufnahmen am häufigsten genannte Verbesserungsanregung betraf die Implementierung eines (besser organisierten) Sicherheitsdienstes [39]. Zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe gehören unter anderem die Vermittlung von Sicherheit für die Anwesenden sowie Unterstützung in Situationen mit aggressiven und gewalttätigen Patient:innen [40]. Die Präsenz eines Sicherheitsdienstes in der Notaufnahme wird grundsätzlich als wirksame Maßnahme zur Reduktion von Gewaltvorfällen angesehen [41].

Allerdings gibt es nicht „den einen Sicherheitsdienst". Vielmehr gibt es unterschiedliche Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich der Anwesenheitszeit, des Einsatzortes, des Aufgabenbereichs, des Handlungsspielraums und der Dienstkleidung. Diese Faktoren bestimmen maßgeblich mit, ob der Sicherheitsdienst von Beschäftigten als hilfreich oder als weniger hilfreich wahrgenommen wird.

Gestaltungsmöglichkeiten des Sicherheitsdienstes

- Sicherheitspersonal kann, angepasst an den Bedarf, an 365 Tagen rund um die Uhr oder nur nachts, am Wochenende und / oder an Feiertagen in der Notaufnahme anwesend sein. Denkbar ist auch Sicherheitspersonal, das lediglich auf Abruf in die Notaufnahme kommt und ansonsten woanders stationiert ist.
- Sicherheitspersonal, das fest in der Notaufnahme stationiert ist, kann direkt beim Eingang, im Anmelde- und Wartebereich oder bei den Behandlungsräumen platziert werden. Auch wechselnde Einsatzorte bzw. Rundgänge in zeitlichen Abständen durch die Notaufnahme sind denkbar.
- Sicherheitspersonal kann unterschiedliche Aufgabenbereiche haben: Eingangskontrolle, Screening der Patient:innen auf Aggressionspotenzial während des Aufnahmeprozesses, Beobachtung des Geschehens (im Eingangs-, Warte- und Anmeldebereich), Begleitung potenziell aggressiver Personen während des gesamten Aufenthalts, Deeskalation in Gefahrensituationen.
- Sicherheitspersonal kann unterschiedliche Handlungsspielräume haben. In der Interviewstudie wurde berichtet, dass das Sicherheitspersonal teils nicht physisch intervenieren durfte.
- Sicherheitspersonal kann in Uniform oder in Zivilkleidung arbeiten: Teilweise reicht allein die Anwesenheit von uniformiertem Personal, um aggressives Verhalten zu reduzieren oder es erst gar nicht entstehen zu lassen. Unter Umständen unterdrückt die Uniform aggresives Verhalten lediglich und dann besteht die Gefahr, dass es ausbricht, sobald der Sicherheitsdienst nicht mehr anwesend ist. Außerdem kann es vorkommen, dass sich Personen durch den Anblick einer Uniform erst recht provoziert fühlen.



Auf Basis der durchgeführten Studien lässt sich zusammenfassen, unter welchen Umständen Beschäftigte in der Notaufnahme die Anwesenheit und Unterstützung von Sicherheitspersonal als hilfreich wahrnehmen.

Sicherheitspersonal wird als hilfreich wahrgenommen, wenn ...

... es für den Job ausgebildet ist, deeskalierend auftritt und über gute kommunikative Fähigkeiten verfügt.
... es schnell in der Notaufnahme verfügbar ist:
  – im Idealfall an 365 Tagen rund um die Uhr,
  – ansonsten zumindest nachts und / oder am Wochenende.
... es in ausreichender Personalstärke vorhanden ist (idealerweise zu zweit).
... es aggressive Personen den gesamten Aufenthalt über begleitet und auf ihre Fragen und Wünsche eingeht (Arbeitsbelastung für Beschäftigte wird dadurch verringert).
... es im Notfall bei körperlichen Interventionen unterstützt.

Insgesamt wird deutlich, dass der Einsatz von Sicherheitspersonal grundsätzlich eine wirksame Maßnahme der Gewaltprävention ist, sofern bestimmte Punkte bei der Gestaltung berücksichtigt werden. Eine durchdachte, auf die jeweilige Notaufnahme zugeschnittene Organisation des Sicherheitsdienstes mit kompetentem Personal und genügend Kapazitäten ist wichtig. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) betont, wie wichtig die persönlichen und sozialen Kompetenzen von Sicherheitskräften seien: *„Ein ‚reiner Türsteher', der sich nur durch eine stabile, muskulöse Statur, aber nicht die nötige Sozialkompetenz auszeichnet, kommt nicht infrage"*. Außerdem wird empfohlen, den Einsatz des Sicherheitsdienstes im Rahmen der Qualitätssicherung zu evaluieren. Dafür können das subjektive Sicherheitsempfinden in der Belegschaft sowie die Zahl und Schwere der Gewaltsituationen vor und nach der Implementierung von Sicherheitspersonal erhoben und miteinander verglichen werden [21].

5.5 Kooperation mit der Polizei

Neben Sicherheitskräften spielt auch die Polizei im Umgang mit gewalttätigen Personen eine zentrale Rolle. Insbesondere wenn es sich um körperliche Übergriffe handelt, sollte die Polizei alarmiert werden [42]. Beschäftigte in der Notaufnahme erleben diese Unterstützung überwiegend als sehr hilfreich.



„Also da, wo ich schon Schiss habe, ist die Polizei sehr abgeklärt, weil die das schon oft gesehen haben und so routiniert damit umgehen. Man ist diese Bürde der Verantwortung plötzlich los. Da kommt einer, der ist ganz klar für Gewaltvorfälle zuständig und kümmert sich drum."
(Experteninterview, ärztliche Leitung)

Hinweis

Bei Handgreiflichkeiten und anderer körperlicher Gewalt, bei Bedrohungen und Nötigung sowie bei der Durchsetzung eines Hausverweises bzw. Hausverbotes (*siehe Kapitel 7.3*) kann die Polizei gerufen werden. Sofern in der Notaufnahme kein Sicherheitsdienst verfügbar ist, sollte sie in solchen Situationen gerufen werden. Kommt es zum Einsatz von Waffen und Werkzeugen oder zu einer Bombendrohung, so sollte in jedem Fall die Polizei alarmiert werden [42].



Zu empfehlen ist eine strukturierte Kooperation und Netzwerkarbeit zwischen der Notaufnahme und einer Polizeidienststelle in der Nähe [21]. Insbesondere dann, wenn die Notaufnahme über keinen eigenen Sicherheitsdienst verfügt, ist eine solche Zusammenarbeit sinnvoll – denn dann wird die Polizei gegebenenfalls häufiger alarmiert. Anregungen zur Initiierung und Ausgestaltung einer solchen Kooperation sind nachfolgend aufgeführt.

Kooperation zwischen der Notaufnahme und einer Polizeidienststelle

- Mit örtlicher Polizeidienststelle Kontakt aufnehmen und strukturierte Zusammenarbeit anbieten.
- Eine verantwortliche Person in der Notaufnahme und eine bei der Polizei benennen.
- Eindrücke und Wünsche von Beschäftigten der Notaufnahme sammeln (z. B. in Form von persönlichen Gesprächen oder eines kurzen Fragebogens).
- Erster Austausch und Klärung:
  - → Wo braucht die Notaufnahme polizeiliche Hilfe?
  - → Wie kann eine Zusammenarbeit ausgestaltet werden?
- Gestaltung der Zusammenarbeit (beispielhaft):
  - → Notaufnahme erhält direkte Durchwahl zur örtlichen Polizeidienststelle (Vermeidung von Anruf bei übergeordneter Leitstelle, dadurch Zeitersparnis).
  - → Durchwahlnummer wird gut sichtbar im Dienstzimmer angebracht.
  - → Codewort zur schnellen Verständigung wird vereinbart, z. B. „gewalttätige Person".
  - → Alternativ kann die Benachrichtigung der Polizei auch über einen Notfallknopf erfolgen.
  - → Polizeibeamt:innen der betreffenden Dienststelle erhalten Transponder, Keycards oder den Code, wodurch sie schnell und unkompliziert in die Notaufnahme eintreten können.
- Verantwortliche Person kommuniziert die getroffenen Absprachen mit dem Team in der Notaufnahme.
- **Wichtig ist, dass Ansprechpersonen, Informationswege und mögliche Hilfeleistungen allen Beteiligten bekannt und Einsatzstrategien zwischen der Einrichtung und der Polizei verbindlich festgelegt sind [42].**

„Wenn ich bei der übergeordneten Leitstelle anrufe, muss ich erstmal anfangen zu erklären: Wo ist das Klinikum? Von wo müssen die Leute anfahren? Und, und, und. Das ist hier ganz anders, man kann sehr zielgerichtet einen Notruf absetzen, der dann sehr schnell bearbeitet wird und in einer immer ähnlichen Form stattfindet."
(Experteninterview, ärztliche Leitung)

Eine Kooperation zwischen der Notaufnahme und einer sich in der Nähe befindenden Polizeidienststelle ermöglicht einen strukturierten, planvollen Umgang mit Gewaltvorfällen. Beschäftigte in Notaufnahmen verfügen so über eine direkte Anlaufstelle, von der sie in gefährlichen Situationen schnelle und professionelle Hilfe erhalten. Als hilfreich wird vor allem wahrgenommen, wenn die Polizeibeamt:innen schnell in der erforderlichen Personenanzahl eintreffen und bei Bedarf während der ganzen Behandlung zur Unterstützung vor Ort bleiben. Polizeibeamt:innen sind für die Bewältigung solcher Situationen geschult und verfügen häufig über einen routinierten Umgang mit Aggression und Gewalt. Mit der Zeit kennen sie die Räumlichkeiten der Notaufnahme und können sich zielgerichtet darin bewegen. Außerdem kennen sich bei einer länger bestehenden Kooperation auch Beschäftigte der Notaufnahme und der Polizeidienststelle gegenseitig, wodurch die Zusammenarbeit leichter und effektiver werden kann.

„Es ist für die Mitarbeiter der Notaufnahme vorteilhaft, wenn in einer Gewaltsituation Leute von der Polizei reinkommen, die sie schon kennen. Das schafft Vertrauen und bringt viel Ruhe rein, was für uns natürlich auch von Vorteil ist.“ *(Experteninterview, Kriminalhauptkommissar)*

Teilnehmende der zugrundeliegenden Interviewstudie beschrieben, wie wichtig es ist, dass Polizeibeamt:innen deeskalierend auftreten und sich selbst nicht aggressiv oder provozierend verhalten.

„Wobei die Polizei in ihrer Taktik auch dazugelernt hat. Sie stürmen nicht mehr mit sechs Mann die Notaufnahme, sondern es bleiben erst fünf draußen, einer kommt kurz rein und fragt, wie die Lage ist. Es ist ein großer Fortschritt, dass sie nicht gleich so mächtig auftreten und alles niederwalzen ohne zu wissen, worum es jetzt eigentlich geht.“ *(Ärztliche Leitung)*

Eine solche Kooperation scheint in ländlicheren Gegenden einfacher umsetzbar zu sein, ist aber auch in größeren Städten möglich.

„In Hamburg ist der Gang über die Leitstelle schon sinnvoll, weil die immer weiß, welche Fahrzeuge aktuell frei sind. Aber trotzdem, auch wenn da eine Notaufnahme gerne Kontakt zur örtlichen Polizei hätte, dann würde ich die einfach anschreiben.“ *(Experteninterview, Kriminalhauptkommissar)*

Hinweis

Die Polizei hat bei vielen Aspekten im Zusammenhang mit Gewalt Expertise, die sie zur Verfügung stellt:

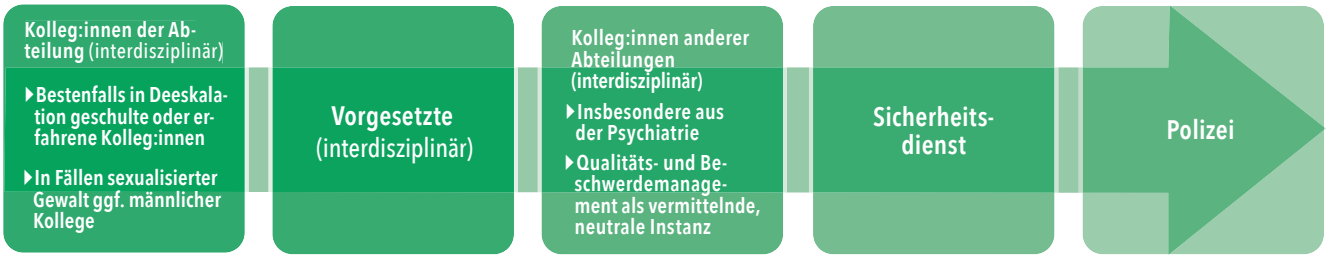
- Polizeibeamt:innen kennen viele Tipps und Kniffe zur Deeskalation einer Situation, die praktisch und einfach umzusetzen sind. Teilweise werden hierzu Schulungen seitens der Polizei angeboten.
- Bei Begehungen der Notaufnahme kann die Polizei hinzugezogen werden und zur Gewaltprävention beraten.
- Bei der Erstellung von zuverlässigen Alarmierungsketten kann mit der Polizei zusammengearbeitet werden.
- Die Polizei ist dafür zuständig, Strafanzeigen aufzunehmen und Straftaten zu verfolgen. Das Stellen einer Strafanzeige trägt dazu bei, die Dunkelziffer in den Übergriffstatistiken zu senken.

Praxistipps

- Im Team sollten eine oder mehrere Personen benannt werden, die für das Thema Gewaltprävention zuständig sind und diesbezüglich verschiedene Aufgaben übernehmen, um die Führungskräfte zu entlasten und die Gewaltprävention gezielt voranzubringen.
- Bei der Dienstplangestaltung sollte beachtet werden, dass jeweils auch Mitarbeitende in der Schicht anwesend sind, die in Deeskalation geschult, männlich sowie verschiedenen Alters sind.
- Notaufnahmen sollten Konzepte entwickeln, die genau festlegen, welche Maßnahmen in einer Overcrowding-Situation zu ergreifen sind, z. B. wann und wo personelle Unterstützung angefordert wird.
- Mithilfe der Brøset Violence Checklist können Beschäftigte das Gewaltrisiko bei Patient:innen einschätzen. Zur Entlastung des Personals kann diese auch durch den Sicherheitsdienst ausgefüllt werden.
- Durch eine strukturierte Kooperation zwischen der Notaufnahme und einer örtlichen Polizeidienststelle kann ein lösungsorientierter Umgang mit Gewaltvorfällen erreicht werden.

Alarmierungskette

- In jeder Notaufnahme sollte eine individuell an den Bedarf und die Möglichkeiten angepasste Alarmierungskette erarbeitet werden, wobei Polizei und Sicherheitsdienst in die Absprachen einzubinden sind (etwa zur Absprache von Codewörtern bei der Alarmierung) (siehe *Abbildung 5.4*).
- Für die Nacht, wenn insbesondere in kleineren Notaufnahmen weniger Kolleg:innen anwesend sind, sollte es speziell darauf ausgerichtete Alarmierungsketten geben (z. B. direkte Alarmierung anderer Abteilungen oder des Sicherheitsdienstes).
- Die Alarmierungskette muss gut sichtbar in Form eines Notfallplans zur Verfügung stehen und Beschäftigte müssen diesbezüglich regelmäßig unterwiesen werden.
- Zudem sollte besprochen werden, in welchen Situationen bestimmte Schritte der Kette übersprungen werden (z. B. Bedrohung mit Waffe ➜ direkte Alarmierung der Polizei).
- Die Alarmierungsart (z. B. Alarmknopf am tragbaren Telefon), (Kurzwahl-)Rufnummern und Codewörter sollen allgemein bekannt und gut sichtbar ausgehängt sein (z. B. im Dienstzimmer).
- Die weiteren Schritte im Umgang mit aggressiven Personen müssen ebenfalls erarbeitet werden, sodass die Alarmierungskette einen definierten Prozess mit eingeübten Vorgehensweisen auslöst (z. B. in Deeskalation geschulte Kolleg:innen versuchen gemeinsam mit Patient:innen und Begleitpersonen die Herstellung eines Konsens, Erwägung eines Hausverweises, etc.).



In allen Schritten sollte der Alarmierungsweg (z. B. Alarmsysteme, Rufnummern) sowie ein Codewort (z. B. „gewalttätige Person“) vereinbart werden.

Abbildung 5.4 Beispielhafte Alarmierungskette

Literaturangaben

1. Pin, M. et al., (2022). *Notfallkrankenhäuser: Massive Belastungssituationen.* Deutsches Ärzteblatt, 119(33-34): S. 1392–1393
2. Behringer, W. et al., (2019). *Empfehlungen der notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA, AAEM, SGNOR, DIVI, DGAI und DGIIN zur pflegerischen Besetzung von Klinischen Notfallzentren.* Notfall + Rettungsmedzin, 22(4): S. 330–333. https://doi.org/10.1007/s10049-019-0585-1
3. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2023). *Pflegepersonaluntergrenzen.* [Zitiert am: 30.03. 2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegepersonaluntergrenzen.html
4. Wehler, M., Weldert, G. & Händl, T., (2011). *Konfliktherd Notaufnahme: Stellenwert von Deeskalationsprogrammen.* Notfall + Rettungsmedizin, 14(5): S. 367–370. https://doi.org/10.1007/s10049-011-1436-x
5. D'Ettorre, G. et al., (2018). *Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments.* Acta Biomedica, 89(4-S): S. 28-36. https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), (2020). *Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V),* Bundesanzeiger (BAnz AT 24.12.2020 B2). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2340/Not-Kra-R_2020-11-20_iK-2020-11-01.pdf
7. Weihers, K. & Dormann, P., (2023). *Das Phänomen der Angst innerhalb von Notaufnahmeabteilungen.* intensiv, 31(1): S. 27–31. https://doi.org/10.1055/a-1970-7515
8. Manthey, M., (2011). *Primary Nursing: Ein personenbezogenes Pflegesystem*. 3. Auflage. Huber: Bern.
9. Glien, P. et al., (2022). *Besondere Patientengruppen in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis*, Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 265–300.
10. Trzeczak, S., (2013). *Überfüllte Notaufnahme: Ursachen, Folgen und Lösungen*. Notfall + Rettungsmedizin, 16(2): S. 103–108. https://doi.org/10.1007/s10049-012-1625-2
11. Savioli, G. et al., *Emergency department overcrowding: understanding the factors to find corresponding solutions.* Journal of Personalized Medicine, 2022. 12, 279. https://doi.org/10.3390/jpm12020279
12. Sartini, M. et al., *Overcrowding in emergency department: causes, consequences, and solutions – a narrative review*. Healthcare, 2022. 10(9), 1625. https://doi.org/10.3390/healthcare10091625
13. Hwang, U. et al., (2008). *Emergency department crowding and decreased quality of pain care*. Academic Emergency Medicine, 15(12): S. 1248–1255. https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2008.00267.x
14. Kulstad, E. B. et al., (2010). *ED overcrowding is associated with an increased frequency of medication errors*. American Journal of Emergency Medicine, 28(3): S. 304–309. https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.12.014
15. Pines, J. M. et al., (2007). *The impact of emergency department crowding measures on time to antibiotics for patients with community-acquired pneumonia*. Annals of Emergency Medicine, 50(5): S. 510–516. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2007.07.021
16. Van der Linden, M. C., Meester, B. E. A. M. & Van der Linden, N., (2016). *Emergency department crowding affects triage processes.* International Emergency Nursing, 29: S. 27-31. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.02.003
17. Wang, H. et al., (2017). *The role of patient perception of crowding in the determination of real-time patient satisfaction at emergency department*. International Journal for Quality in Health Care, 29(5): S. 722–727. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx097
18. Australasian College for Emergency Medicine (ACEM), (2020). *2019 Sustainable Workforce Survey: Findings.* Melbourne. Verfügbar unter: https://acem.org.au/getmedia/451cd2ba-f4d9-405f-90f9-2fbc414e3969/2019-Sustainable-Workforce-Survey-Report-R3
19. Timmins, F. et al., (2022). *Nursing management of emergency department violence – can we do more?* Journal of Clinical Nursing, 32(7-8): S. 1487–1494. https://doi.org/10.1111/jocn.16211

20. Medical calculators (MDCalc). *CEDOCS score for emergency department overcrowding*. [Zitiert am: 30.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.mdcalc.com/calc/3142/cedocs-score-emergency-department-overcrowding
21. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Im Krankenhaus einen Sicherheitsdienst einsetzen? Anmerkungen und Tipps der BGW.* [Zitiert am: 30.03.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/im-krankenhaus-einen-sicherheitsdienst-einsetzen-24636
22. Searle, J. et al., (2015). *Überfüllung der Notaufnahmen: Gründe und populationsbezogene Einflussfaktoren.* Notfall + Rettungsmedizin, 18(4): S. 306-315. https://doi.org/10.1007/s10049-015-0011-2
23. Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung, (2023). *Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung: Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland: Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen.* Berlin. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/Vierte_Stellungnahme_Regierungskommission_Notfall_ILS_und_INZ.pdf
24. Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA), (2023). *Kommentar der DGINA zur Vierten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission zur Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland, 13.02.2023.* Verfügbar unter: https://www.dgina.de/images/news/2023/pressemitteilung_2023-02-15_kommentar.pdf
25. Cabilan, C. J. et al., (2022). *What can we do about occupational violence in emergency departments? A survey of emergency staff.* Journal of Nursing Management, 30(6): S. 1386–1395. https://doi.org/10.1111/jonm.13294
26. Morphet, J. et al., (2018). *Prevention and management of occupational violence and aggression in healthcare: a scoping review.* Collegian, 25(6): S. 621-632. https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.04.003
27. Senz, A. et al., (2021). *Development, implementation and evaluation of a process to recognise and reduce aggression and violence in an australian emergency department.* Emergency Medicine Australasia, 33(4): S. 665–671. https://doi.org/10.1111/1742-6723.13702
28. Cabilan, C. J. & Johnston, A. N., (2019). *Review article: identifying occupational violence patient risk factors and risk assessment tools in the emergency department: a scoping review.* Emergency Medicine Australasia, 31(5): S. 730–740. https://doi.org/10.1111/1742-6723.13362
29. Dickens, G. L., O'Shea, L. E. & Christensen, M., (2020). *Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: systematic review and meta-analysis.* International Journal of Nursing Studies, 104: S. 103526. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103526
30. Whittington, R. et al., (2013). *A systematic review of risk assessment strategies for populations at high risk of engaging in violent behaviour: update 2002-8*. Health Technology Assessment, 17(50): S. 1–128. https://doi.org/10.3310/hta17500
31. Hvidhjelm, J. et al., (2023). *Short-term risk assessment in the long term: a scoping review and meta-analysis of the brøset violence checklist.* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. https://doi.org/10.1111/jpm.12905
32. Partridge, B. & Affleck, J., (2018). *Predicting aggressive patient behaviour in a hospital emergency department: an empirical study of security officers using the brøset violence checklist.* Australasian Emergency Care, 21(1): S. 31–35. https://doi.org/10.1016/j.auec.2017.11.001
33. Woods, P. & Almvik, R., (2002). *The brøset violence checklist (BVC).* Acta Psychiatrica Scandinavica, 106(s412): S. 103–105. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.106.s412.22.x
34. Luck, L., Jackson, D. & Usher, K., (2007). *STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments.* Journal of Advanced Nursing, 59(1): S. 11–19. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04308.x
35. Nau, J. & Walter, G., (2019). *Theorie und Modelle: Stand der Wissenschaft.* In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 59–92.
36. Nickoleit, M., Dietz-Wittstock, M. & Friesdorf, M., (2022). *Gewaltfrei in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis*, Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 353–368.

37. Dietz-Wittstock, M., (2019). *Angst im Notfallzentrum.* [Zitiert am: 30.03.2023]. Verfügbar unter: https://112podcast.de/2019/angst-im-notfallzentrum-ist-ein-bisher-unbeachtetes-thema-in-der-notfall-und-akutmedizin/

38. Grossmann, F. F., Delport, K. & Keller, D. I., (2009). *Emergency Severity Index: Deutsche Übersetzung eines validen Triageinstruments.* Notfall + Rettungsmedizin, 12(4): S. 290–292. https://doi.org/10.1007/s10049-009-1156-7

39. Schuffenhauer, H. & Güzel-Freudenstein, G., (2019). *Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen.* Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin: ASU, 54(6): S. 386–393

40. Frick, J. et al., (2016). *Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen.* Notfall + Rettungsmedizin, 19(8): S. 666–670. https://doi.org/10.1007/s10049-016-0179-0

41. Ramacciati, N. et al., (2016). *Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches.* Open Access Emergency Medicine, 8: S. 17–27. https://doi.org/10.2147/oaem.S69976

42. Päßler, K. & Trommer, U., (2021). *Gewaltprävention – ein Thema für öffentliche Verwaltungen?! „Das Aachener Modell": Reduzierung von Bedrohungen und Übergriffen an Arbeitsplätzen mit Publikumsverkehr,* 4. Auflage, Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW): Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_37.pdf

6 Personenbezogene Maßnahmen für Beschäftigte

Nach § 9 Absatz 2 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) haben die Arbeitgebenden Vorkehrungen zu treffen, damit Beschäftigte, die einer unmittelbaren erheblichen Gefahr ausgesetzt sein können, frühzeitig über diese Gefahr und die zu treffenden Schutzmaßnahmen unterrichtet sind. Nach § 12 Absatz 1 ArbSchG haben die Arbeitgebenden die Beschäftigten zudem regelmäßig zur Sicherheit und zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zu unterweisen.
Bezüglich der personenbezogenen Maßnahmen sind Schulungen und Trainings zur Deeskalation ein wichtiges Element der Gewaltprävention, das auch in den Notaufnahmen der Interviewteilnehmenden bereits umgesetzt wurde. Hinter Aggressionen verbergen sich oft nur die Angst der Patient:innen und die Sorge der Begleitpersonen. Dieser Angst bzw. Sorge kann mit vergleichsweise einfachen Mitteln entgegengewirkt werden (siehe *Kapitel 7.1.1*). Dabei ist die einfühlsame Kommunikation unter Berücksichtigung der Emotionen von Patient:innen und Begleitpersonen der Schlüssel zur Deeskalation. Insbesondere die Umsetzung dieser Emotionsarbeit erfordert allerdings viel Zeit und mentale Ressourcen seitens der Beschäftigten. Daher finden sich in diesem Kapitel auch Hinweise zur Mitarbeitendenfürsorge: Es ist wichtig, die emotionalen Anforderungen, die von Beschäftigten bei der Deeskalationsarbeit bewältigt werden müssen, seitens der Führungskräfte und Klinikleitungen wieder auszugleichen.
Die Interviewten hoben die fehlenden personellen Ressourcen als zentrale Hürde bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Gewaltprävention hervor. Aus diesem Grund mag es so erscheinen, als ob die nachfolgend dargestellten Deeskalationstechniken unter den gegebenen Voraussetzungen kaum umzusetzen sind. Daher steht zu Beginn des Kapitels der Appell an die Klinikleitungen, eine ausreichende personelle Besetzung der Notaufnahmen sicherzustellen (siehe *Kapitel 5.1*). Es ist sinnvoller, Personalarbeitsstunden in die Schaffung präventiver Rahmenbedingungen zu investieren, als denselben Zeitaufwand für die Deeskalation und Nachbearbeitung von Gewaltereignissen aufzubringen [1].

„Wenn ich entsprechend ruhig auf den Patienten eingehen kann, dann kann ich die – sicherlich nicht alle –, aber ich kann bestimmt einige solcher Übergriffe vermeiden. Aber dafür brauche ich halt auch die entsprechende Qualifikation, Resilienz gegenüber Stress und eine entsprechende Personaldecke." *(Pflegerische Leitung)*

Gleichzeitig soll das Kapitel als Ermutigung für die Beschäftigten verstanden werden, die genannten Maßnahmen schrittweise in den Arbeitsalltag zu integrieren, denn damit haben sie wirksame Instrumente zur Hand.

6.1 Schulungsmaßnahmen

Aus einer der zugrunde liegenden Onlinebefragungen wurde ersichtlich, dass die Beschäftigten der Notaufnahme sich durch ihre Einrichtungen nur unzureichend auf Gewaltereignisse vorbereitet fühlten. Nur ca. 10 % fühlten sich gut vorbereitet, während sich je etwa 45 % moderat oder schlecht vorbereitet fühlten. Es ist demnach wichtig, die Mitarbeitenden zur besseren Vorbereitung auf Gewaltereignisse zu schulen. In den durchgeführten Forschungsarbeiten wurden verschiedene Schulungsmaßnahmen in Bezug auf Gewaltprävention beschrieben, allen voran das Deeskalationstraining. Es muss jedoch betont werden, dass eine umfassende Strategie zur Gewaltprävention nicht allein darauf aufbauen darf, die Beschäftigten im Umgang mit aggressiven Patient:innen oder Begleitpersonen zu schulen. Umgebungsbezogene und organisatorische

Defizite können nicht durch Trainingsmaßnahmen ausgeglichen werden. Daher sind Arbeitgebende und Führungskräfte dazu angehalten, die in den übrigen Kapiteln geschilderten grundlegenden Strukturen zu schaffen. Auf dieser Basis können entsprechende Schulungsmaßnahmen einen weiteren wichtigen Baustein zur Gewaltprävention darstellen. Es gibt verschiedene Aspekte, die bei der Organisation von Schulungsmaßnahmen berücksichtigt werden sollten (siehe *Tabelle 6.1*).

Tabelle 6.1 Organisation von Schulungsmaßnahmen

Zeitpunkt des Trainings	Es ist sinnvoll, eine erste Schulung zur Gewaltprävention bereits während der Einarbeitung durchzuführen, damit auch bei hoher Personalfluktuation (z. B. rotierende Einsätze von Ärzt:innen) die Grundlagen vorab vermittelt werden. Idealerweise sollte Gewaltprävention zudem ein fester Bestandteil der ärztlichen und pflegerischen Grundausbildung werden.
Auffrischungskurse	In der Interviewstudie wurde angegeben, dass Auffrischungskurse aufgrund des Personalmangels schwierig zu realisieren seien. Um das erlernte Wissen aufrechtzuerhalten und die richtigen Verhaltensweisen auch unter Stress abrufen zu können, ist regelmäßiges Wiederholen wichtig, z. B. im Rahmen des allgemeinen Fortbildungsprogramms der Einrichtung. Um täglich an das erlernte Wissen zu erinnern, können Poster aufgehängt werden, die die Schulungsinhalte übersichtlich zusammenfassen. Die Poster können an Stellen platziert werden, an denen die Beschäftigten im Arbeitsablauf Wartezeiten haben und sie sollten regelmäßig durchgetauscht werden, damit sie nicht so schnell wieder übersehen werden. *Abbildung 6.1* zeigt ein Beispiel aus der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Motivation zur Teilnahme	Ein wichtiger Punkt ist die Motivation der Mitarbeitenden zur Teilnahme an den Fortbildungsangeboten. Es wurde zum Teil fehlendes Interesse geschildert, oft begründet mit der großen Arbeitsbelastung. Daher sollte die Teilnahme an Trainingsmaßnahmen als Arbeitszeit angerechnet und ggf. verpflichtend eingeführt werden. Die Beschäftigten können außerdem in die regelmäßige Evaluation und Verbesserung der Trainingsmaßnahmen eingebunden werden.
Zielgruppe	Bestenfalls nehmen alle Mitarbeitenden der Notaufnahme an Schulungen zur Gewaltprävention teil. In der Interviewstudie wurden Schulungsmodelle beschrieben, in denen bestimmte Gruppen priorisiert wurden, da diese häufiger von Gewalt betroffen seien (z. B. Pflegekräfte, Beschäftigte der Anmeldung oder unerfahrene Kolleg:innen). Allerdings waren auch die ärztlichen Beschäftigten von Gewalt betroffen oder wurden in zweiter Instanz zur Schlichtung hinzugerufen und sollten daher über dieselben Fähigkeiten verfügen.
Ausbildung von Multiplikator:innen	Ein Modell, das bereits bei vielen Interviewteilnehmenden umgesetzt wurde und das auch von den Unfallversicherungsträgern (UV-Trägern) empfohlen wird [2, 3], ist die Ausbildung von Deeskalationstrainer:innen. Dabei nehmen einzelne Beschäftigte an einer umfassenden Schulung im Deeskalationsmanagement teil, die sie dazu qualifiziert, das erlernte Wissen als Multiplikator:innen an die Kolleg:innen weiterzugeben. Dieser Ansatz hat mehrere Vorteile, da die geschulten Mitarbeitenden regelmäßig vor Ort sind. Sie können daher als Vorbild agieren oder zur Unterstützung hinzugerufen werden und so ihr Wissen anschaulich vermitteln.
Schulungsangebote	Schulungen, die von der Polizei oder von Anbietern mit Expertise in der Gesundheitsbranche ausgerichtet wurden, bewerteten die Teilnehmenden der Interviewstudie positiv. Schulungen von branchenfremden und eher serviceorientierten Anbietern wurden als weniger hilfreich für den Kontext der Notaufnahme empfunden.
Lehrmethoden	Besonders wichtig ist das gemeinsame Lernen in Präsenz mithilfe von Gruppenübungen und Rollenspielen, um die Verhaltensweisen zu verinnerlichen. Lerneinheiten sind zudem online möglich. Hierfür gibt es z. B. ein Portal der Unfallkassen, das umfangreiche Informationen und Materialien zum Konfliktmanagement im Gesundheitswesen bereitstellt, siehe: [4].

Hinweis

Die Unfallversicherungsträger empfehlen und fördern die Qualifizierung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainer:innen bei verschiedenen Anbietern, siehe: [2, 3].

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

One Minute Wonder – Deeskalation

HINTERGRUND

- Das Auftreten von Konflikten, herausfordernden und aggressiven Verhaltensweisen ist in der ZNA sehr hoch → gesteigerte Belastung für Mitarbeitende.
- Die Sicherheit der Mitarbeitenden vor physischen und psychischen Verletzungen sind zentrale Ziele der Deeskalation.
- **Deeskalation schließt ALLE Berufsgruppen ein!**

FRÜHWARNSIGNALE

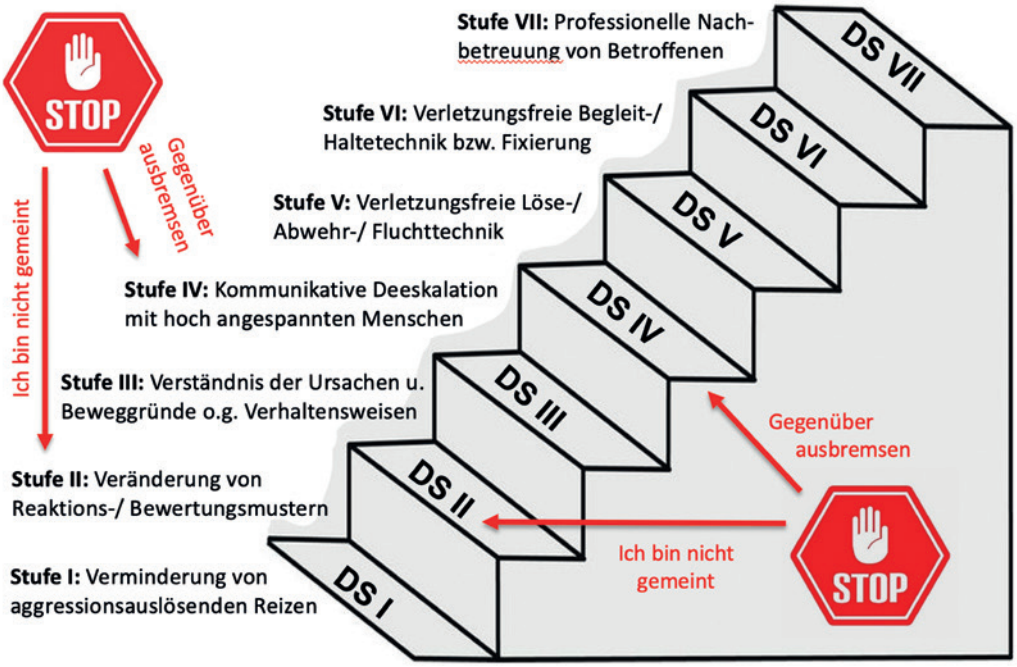
- Motorische Unruhe (Umherlaufen), Ballen der Fäuste, Schwitzen, starrer Blick.
- Akustische Signale: Stöhnen, Schnalzen.

VORGEHEN

Frühwarnsignale erkennen und reagieren:

1. Direkter Kontakt: Namentliche Ansprache, Blickkontakt.
2. Beziehungsaufbau: Spiegeln wahrgenommener / vermuteter Emotionen.
3. Konkretisierung der Beweggründe: Wer? Was? Wie? Bsp.: „Was genau hat Sie so aufgeregt?"
4. Lösungsphase: Auf Lösungsvorschläge und Bedürfnisse des Gegenübers vorrangig eingehen.

Aktuellen zeitlichen und örtlichen Bezug herstellen!



© J. Ramlow, L. Spengler

ProDeMa® Professionelles Deeskalationsmanagement

Abbildung 6.1 One Minute Wonder zur Deeskalation aus der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Im Folgenden werden mögliche Inhalte für Schulungsmaßahmen entsprechend der *Abbildung 6.2* genauer dargestellt – mit Ausnahme der Aspekte, die unter „Sonstige Bestandteile eines Konzepts zur Gewaltprävention" genannt werden. Die zugehörigen Maßnahmen werden in den übrigen Kapiteln bereits ausführlich beschrieben. An dieser Stelle wird nur darauf hingewiesen, dass es wichtig ist, die Beschäftigten in Schulungen auch über diese Maßnahmen umfassend zu informieren, damit sie Anwendung finden.

Hintergrundwissen

- Arten von Gewalt (nonverbal, verbal, körperlich, sexualisiert, rassistisch, ...)
- Folgen von Gewalt
- Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Gewalt

Deeskalationsstrategien und Körperinterventionen

- Grenzen von Deeskalationstechniken: Eigenschutz bedenken, rechtzeitig Hilfe holen und die Situation verlassen
- Erkennen von Frühwarnsignalen
- Deeskalation durch Kommunikation
- Flucht und Körperinterventionen

Persönliche Faktoren und Selbstreflexion

- Individuelle Voraussetzungen (z. B. Persönlichkeitsstruktur, Kompetenzen, Berufserfahrung)
- Persönliche Haltung und Verhaltensweisen sowie deren Einfluss auf Eskalationen hinterfragen
- Die Machtposition gegenüber Patient:innen und Begleitpersonen verstehen
- Umgang mit den eigenen Emotionen

Sonstige Bestandteile eines Konzepts zur Gewaltprävention

- Aufklärung über Regelungen des Arbeitsschutzes und die entsprechenden Akteur:innen
- Informationen zu architektonischen, technischen und organisatorischen Maßnahmen
- Informationsbereitstellung für den Umgang mit verschiedenen Gruppen von Patient:innen und Begleitpersonen (z. B. besonders ängstliche Menschen); Zugangsbeschränkungen, Hausverweise und Hausverbote
- Aufklärung zur innerbetrieblichen Meldung, zur Meldung eines Arbeitsunfalls an die Unfallversicherungsträger und zur Strafanzeige
- Hinweise auf Angebote zur Nachsorge

Abbildung 6.2 Mögliche Schulungsinhalte zur Gewaltprävention

6.1.1 Vermittlung von Hintergrundwissen

Als wichtigen Teil von Schulungsmaßnahmen nannten Interviewteilnehmende die Vermittlung von Hintergrundwissen zum Auftreten von Gewalt. Hierzu gehört die Aufklärung über die verschiedenen Arten der Gewalt sowie über die möglichen Auswirkungen für Mitarbeitende, Patient:innen und Arbeitgebende (siehe *Kapitel 1*). In der Konsequenz erfolgt damit eine Sensibilisierung für das Thema, die ein wesentlicher Bestandteil der Gewaltprävention ist.

„Dass man bei den Mitarbeitern das Bewusstsein geschaffen hat: ‚It is not part of the job! Es ist eben nicht in Ordnung, dass ich angeschrien oder bedroht werde.' Das ist ein Erfolg des Deeskalationsmanagements." *(Ärztliche Leitung)*

Zur Information bezüglich der Risikofaktoren und Auslöser von Gewalt (siehe *Kapitel 1.1*) gehört auch die Aufklärung über die Ausnahmesituation, in der Patient:innen und Begleitpersonen sich in der Notaufnahme befinden – einhergehend mit den Gefühlen von Angst und Kontrollverlust [5]. Des Weiteren ist Grundwissen zu verschiedenen Erkrankungen relevant, die das Aggressionspotenzial von Patient:innen steigern können ebenso wie die Kenntnis des richtigen Umgangs damit (siehe *Kapitel 7.1.2*). Hier wurden beispielsweise Demenz oder psychiatrische Erkrankungen genannt. Auf diese Weise soll den Mitarbeitenden ein besseres Verständnis für die Situation vermittelt werden, sodass sie das Verhalten von Patient:innen und Begleitpersonen besser einordnen können und nicht auf sich beziehen. Das kann die innere Haltung der Beschäftigten und somit ihren Umgang mit Patient:innen und Begleitpersonen verändern.

6.1.2 Deeskalationsstrategien und Körperinterventionen

In diesem Abschnitt werden zunächst das Erkennen von Frühwarnsignalen und der Prozess der Deeskalation thematisiert. Anschließend werden Flucht und Körperinterventionen besprochen.

Grenzen von Deeskalationstechniken



Gewaltvorfälle sind sehr heterogen und es gibt keine Standardintervention, die grundsätzlich hilft. Vielmehr ist eine reflektierte Auswahl der passenden Intervention erforderlich und es müssen unbedingt die Grenzen der von den Mitarbeitenden anzuwendenden Techniken erkannt werden [1].

Grundsätzlich gilt, dass die Beschäftigten sich frühzeitig beim Verdacht auf aggressives Verhalten des Gegenübers Hilfe von Kolleg:innen, Vorgesetzten, dem Sicherheitsdienst oder der Polizei holen und sich rechtzeitig aus gefährlichen Situationen zurückziehen sollen.

„Es ist egal, wenn der Patient die ganze Notaufnahme auseinandernimmt. Hauptsache euch, den Kollegen und anderen Patienten passiert nichts. Kaputtes Equipment kann man ersetzen, euch nicht!“ *(Ärztliche Leitung)*

6.1.2.1 Erkennen von Frühwarnsignalen

Wesentlich, um zu verhindern, dass es überhaupt zu einem Gewaltvorfall kommt (Primärprävention), ist das Erkennen von Frühwarnsignalen für aggressives Verhalten durch Beobachtung von Patient:innen und Begleitpersonen. Wenn die Beschäftigten hierfür sensibilisiert sind und ein Augenmerk darauf haben, kann das die Deeskalationsarbeit durch möglichst frühes Eingreifen erleichtern und somit durch gesteigertes Gefahrenbewusstsein für mehr Sicherheit sorgen. Frühwarnsignale zu erkennen, sollte demnach ein Teil von Schulungsmaßnahmen sein. Beispiele hierfür sind unruhiges Auf- und Abgehen, Schwitzen, das Ballen der Fäuste, ein starrer Blick oder das Schlagen gegen Objekte. Wenn die Beschäftigten entsprechendes Verhalten erkennen, können sie frühzeitig auf diese Personen zugehen, um deeskalierend einzuwirken. Dabei ist die Berücksichtigung der Ursache für das aggressive Verhalten wichtig: Handelt es sich um reine Ungeduld, ist die Person besonders ängstlich oder liegt eine Grunderkrankung vor, die das Aggressionspotenzial erhöht (siehe *Kapitel 7.1*)?

„Die beste Deeskalation ist die, die nicht stattfinden muss, weil man das Verhalten rechtzeitig erkennt und sich traut, den Patienten direkt anzusprechen.“ *(Pflegekraft)*

Auch wenn das Beobachten der potenziell aggressiven Personen und das Bauchgefühl der Beschäftigten wertvolle Hinweise geben können, sollte die Einführung eines Screenings zur frühen Identifizierung von Gewaltpotenzial erwogen werden (siehe *Kapitel 5.3*).

6.1.2.2 Deeskalation durch Kommunikation

Walter, Nau und Oud [1, S. 138–139] beschreiben als eines der übergeordneten Ziele der Deeskalation die Herstellung von physischer und psychosozialer Sicherheit, wobei alle Beteiligten das größtmögliche Maß an Steuerungsfähigkeit über sich und die Situation erhalten sollen. Dazu ist eine wertschätzende Grundhaltung erforderlich, die von Unterstützungs- und Entwicklungswillen geprägt ist. So werden Zuversicht und Kontinuität vermittelt. Erreicht werden soll ein reflektierter und proaktiver Umgang mit potenziell aggressiven Personen, durch den das Auftreten von Gewalt reguliert werden kann, ohne die professionelle Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Patient:innen bzw. Begleitpersonen zu gefährden.

„Die wirksamste Maßnahme ist Kommunikationstraining. Ich glaube, das ist für 90 % der Fälle der Schlüssel zur Lösung der Gewaltsituation.“ *(Ärztliche Leitung)*

Wichtig ist, dass verbale, nonverbale und paraverbale Kommunikationskanäle berücksichtigt werden. Das gilt sowohl für die eigene Kommunikation als auch in der Wahrnehmung der Kommunikation von Patient:innen und Begleitpersonen.
Die Arten der Kommunikation sind [6]:

- → Die verbale Kommunikation, die den tatsächlichen Inhalt des Gesagten meint.
- → Die nonverbale Kommunikation, die den nichtsprachlichen Anteil betrifft, z. B. die Körpersprache inklusive Mimik, Gestik oder Blickkontakt.
- → Die paraverbale Kommunikation, die sich z. B. auf die Stimmlage und -lautstärke oder auf das Sprechtempo bezieht.

Während die verbale Kommunikation mit zunehmenden Emotionen immer weniger erfasst werden kann, können nonverbale Botschaften noch verarbeitet werden. Daher ist es wichtig, auch die Stimme und Körpersprache gezielt einzusetzen und darauf zu achten, dass die Botschaften dieser verschiedenen Kommunikationskanäle übereinstimmen [7]. Die Fähigkeit, gut zu kommunizieren, ist wichtig und muss ebenso in Aus-, Fort- und Weiterbildung erlernt werden wie medizinisches Fachwissen [8]. Es gibt diesbezüglich einige Verhaltensweisen, die bei der Deeskalation helfen können (siehe *Abbildung 6.3*).

Wertschätzen des Gegenübers	• Verständnisvoll und empathisch kommunizieren, aktives Zuhören und Interesse zeigen. Zum Weitersprechen ermutigen. Gefühle des Gegenübers validieren. • Eigene Sorgen ausdrücken und dabei auf abwertende, verniedlichende, überhebliche oder bagatellisierende Aussagen verzichten.
Ruhe bewahren	• Leise, ruhig und langsam sprechen, relevante Dinge wiederholen und zusammenfassen. • Selbstsicher auftreten und die eigenen Gefühle regulieren.
Angst beim Gegenüber reduzieren	• Hoffnung vermitteln, Hilfe anbieten, positive Ziele gemeinsam definieren (z. B. Besserung des Befindens). • Keine Versprechungen und Drohungen aussprechen, Anforderungen möglichst gering halten, Ich-Botschaften verwenden.
Wünsche und Ängste erfragen	• Gründe für Wut und das aggressive Verhalten sowie Emotionen und Kognitionen erfragen. • Verständnis zeigen.
Lösungen ausarbeiten	• Auswahlmöglichkeiten anbieten und zur Kooperation ermutigen. • Verschiedene Sichtweisen akzeptieren, Machtkämpfe vermeiden, möglichst flexibel agieren, Kompromisse als bestmögliche Lösung für alle Beteiligten finden.
Sicherheit schaffen	• Risiken vermeiden, Abstand halten, Gegenüber nicht bedrängen. • Möglichkeiten zum Verlassen der Situation offen halten (zur Tür positionieren).
Gemeinsame Haltung anbieten	• Alternativem zum aggressiven Verhalten aufzeigen. • Interventionen zur Ablenkung und Entspannung anbieten.

Abbildung 6.3 Hilfreiche Verhaltensweisen zur Deeskalation [gemäß: 9, S. 114]

Dieser Weg der Deeskalation lässt sich leicht initiieren, indem den Bedürfnissen der aggressiven Person mit einer einfachen Aufforderung zum Erzählen Raum gegeben wird [1]:

„Ich würde direkt auf ihn zugehen und ihm Wer-, Wie-, Was-Fragen stellen: Was ist denn los? Wie kann ich Ihnen weiterhelfen?“ *(Pflegekraft)*

„Ich höre, dass Sie sehr laut mit uns sprechen …“ [1, S. 145]
„Erzählen Sie mir doch bitte, ich höre zu …“ [1, S. 144]

„Validierungsstrategien, also dass man aktiv dem Patienten zuhört: ‚Ja, ich merke, dass Sie jetzt aufgebracht sind. Was macht Sie denn gerade so aufgebracht?‘ Das schafft eine Vertrauensbasis, das beruhigt.“ *(Pflegekraft)*

Es empfiehlt sich, dem aggressiven Gegenüber dessen Verhalten frei von Bewertungen zu spiegeln, indem man benennt, was man sieht, und den Eindruck beschreibt, den man von dessen emotionaler Verfassung hat (siehe *Abbildung 6.4*). Hierbei werden Ich-Botschaften mit dem Ziel eingesetzt, dass die andere Person sich verstanden fühlt, beispielsweise: „Ich habe den Eindruck, dass Sie besorgt sind." Inakzeptable Verhaltensweisen können die Beschäftigten ebenfalls ansprechen und widerspiegeln [1], etwa verbunden mit der Bitte, in einem höflichen Tonfall zu bleiben [10].

„Herr Winter, Sie stehen sehr nahe vor mir. Bitte gehen Sie doch ein paar Schritte zurück." [1, S. 173]

Ironie, Sarkasmus und Drohungen sollen unbedingt vermieden werden [11], ebenso wie rhetorische Fragen, die als Vorwurf verstanden werden können [10]. Außerdem sollten keine Zurechtweisungen zur Unterdrückung des unerwünschten Verhaltens erfolgen, da diese häufig die Aggression verstärken [1].

„Was glauben Sie denn, wo Sie sind?" [1, S. 144]

„Du wartest jetzt da!" *(Pflegekfraft)*

Es ist außerdem sinnvoll, unangemessenes Verhalten nicht auszudiskutieren, sondern zu „containern" [1]. Damit ist das gedankliche Beiseitelegen gemeint, bis die Stresssituation überstanden und eine respektvolle Kommunikation mit den Aggressor:innen wieder möglich ist. Es kann zudem helfen, wenn man frühzeitig versucht, die Situation aufzulockern.

„‚Das geht heute nicht schnell, sondern gründlich.' Das sind so Sprüche, die ich auch in den Schulungen immer wieder weitergebe und sage: ‚Leute, überlegt euch einfach ein neues Repertoire an kleinen Tricks'." ***(Pflegekraft)***

Das Verständnis für Patient:innen und Begleitpersonen steht bei der Deeskalation im Vordergrund, da diese sich in einer Ausnahmesituation befinden, in der sie Angst um ihre eigene Gesundheit bzw. die Gesundheit der Angehörigen haben. Das von den Beschäftigten geforderte Verhalten ist oft kontraintuitiv, da sie gegenüber den Aggressor:innen keine automatische Verteidigungshaltung einnehmen dürfen, sondern eine sorgende Grundhaltung beibehalten und systematisch deeskalieren müssen. Ein Perspektivwechsel kann hier helfen: Hinter vordergründig aggressivem Verhalten verbergen sich oft Verzweiflung, Hilflosigkeit, Angst oder das Gefühl, nicht verstanden zu werden [1].

Hinweis

Von Walter, Nau und Oud wurden zwei Gedanken als Hilfestellung formuliert, um eine passende Einstellung gegenüber aggressiven Personen einzunehmen [1, S. 145]:

1. Wenn jemand lautstark schimpft, ist das eine Person, die mächtig ist, oder erkennt man in ihr eher den Verlust der Souveränität über die eigene Situation und daher Hilfsbedürftigkeit?
2. Empfindet man aggressive Personen als böse Menschen oder als Personen in großer Not und Bedrängnis, denen kein Zugriff auf angemessene Verhaltensweisen mehr möglich ist?

Eine weitere Technik ist die „Gewaltfreie Kommunikation" nach Rosenberg [12]. Eine ausführliche Darstellung dieser Technik für die Gewaltprävention in der Pflege wurde von Hecker verfasst, siehe: [10].

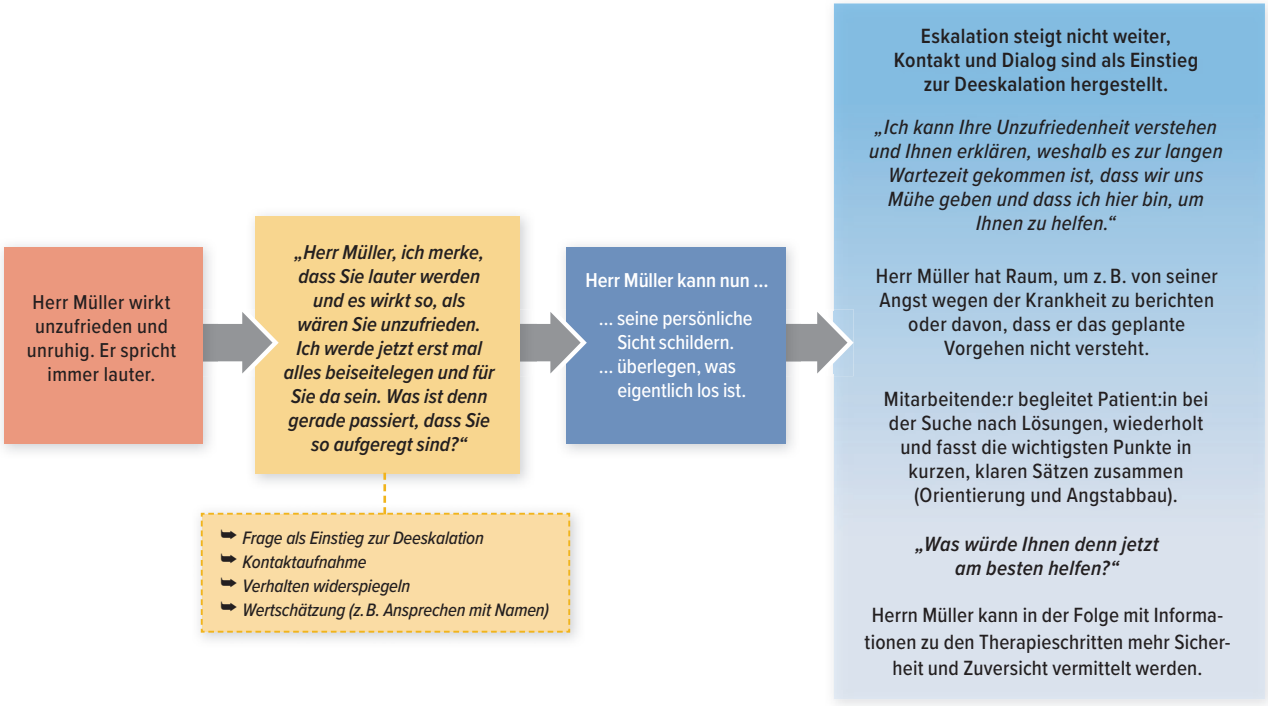


Abbildung 6.4 Beispiel einer Deeskalation aus der Interviewstudie [angelehnt an und aufbereitet anhand: 1, S. 147–148]

6.1.2.3 Flucht und Köperinterventionen

Ziel ist, dass körperliche Interventionen nicht zum Einsatz kommen müssen – die Deeskalation mittels Kommunikation hat Priorität. Konfrontation soll vermieden werden, gerade im Umgang mit offenkundig erkrankten Menschen [13]. Dennoch muss festgehalten werden, dass sich die Anwendung entsprechender Maßnahmen nicht immer vermeiden lässt, und daher sollte sie auch nicht tabuisiert werden. Stattdessen sollte der kontrollierte und verantwortungsbewusste Ablauf in entsprechenden Situationen im Vorhinein vereinbart und geschult werden [1].

„Es ist halt einfach so: Es gibt Situationen, in denen müssen wir einen Patienten gegen seinen Willen in Fixierung bringen. Und dafür gibt es halt schon Techniken, wie man das risikoärmer machen kann, damit das so atraumatisch wie möglich ist und weder den Patienten noch diejenigen, die es durchführen, gefährdet.“ *(Ärztliche Leitung)*

Es sollte immer die mildeste Form der unten aufgeführten Maßnahmen angewendet werden [1], mit dem Ziel eine weitere Eskalation zu verhindern. Die Körperinterventionen können wie folgt eingeteilt werden [angelehnt an: 1, S. 185]:

1. **Strategien, die vor einem körperlichen Übergriff schützen (Flucht und Alarmierung)**
2. **Strategien, um Distanz zu schaffen und sich zu befreien**
3. **Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit gegen den Willen der Person einschränken**



1 Bei **Strategien, die vor einem körperlichen Übergriff schützen**, ist das Wissen um Flucht- und Alarmierungsmöglichkeiten zentral

Flucht und Alarmierung

- **Grundsätzlich sollte vorsorglich Hilfe geholt werden:**
  - Kolleg:innen frühzeitig beim Verdacht auf aggressives Verhalten informieren [11]. Ggf. (tragbare) Alarmsysteme nutzen (siehe *Kapitel 4.3*). Notfalls nach Hilfe rufen [1].
  - Kenntnis der Fluchtwege bzw. -räume und der Alarmierungskette (siehe „Praxistipps" in *Kapitel 5*) sowie der vereinbarten Stichworte zur schnellen Alarmierung.
- Trainieren, wie man Fluchtwege offen hält: Sich nahe der (offenen) Tür positionieren [11], aggressiven Personen nicht den Rücken zudrehen [1], sich nicht in die Ecke drängen lassen und von Treppen, Geländern oder Fenstern Abstand halten.
- Festlegen und trainieren, wann eine Situation verlassen werden sollte:
  Grundsätzlich sollten Situationen frühzeitig verlassen werden, z. B. wenn …
  … eine Deeskalation mithilfe von Kommunikation nicht möglich erscheint.
  … Patient:innen oder Begleitpersonen aggressiv wirken und Beschäftigte sich bedroht fühlen, da eine Eskalation bzw. ein körperlicher Übergriff im Raum steht.

Eine Aussage, um die Situation ohne weitere Eskalation zu verlassen und Hilfe zu organisieren, ist beispielsweise: „Ich muss kurz noch etwas holen".

Auch die Kleidung sollte berücksichtigt werden. Zusammengetragen aus den Quellen [14, 15], ergänzt durch Informationen aus den Studien, ist dabei folgendes zu beachten:

- Die Kleidung darf die Bewegungsfreiheit nicht einschränken.
- Das Tragen von Schlüsselbändern um den Hals, von langen / offenen Haaren und von Schmuck sollte vermieden werden. Aggressive Personen könnten daran reißen.
- Auch Halstücher bergen das Risiko, daran festgehalten oder gewürgt zu werden.
- Es sollte geschlossenes, standsicheres und rutschfestes Schuhwerk mit Schnürung getragen werden, um eine Flucht oder die Anwendung von Befreiungstechniken zu erleichtern.
- Möglichst alle Gegenstände aus den Taschen der Kleidung entfernen, damit sie nicht als Waffe genutzt werden können. Hier besteht der Konflikt, dass es dennoch wichtig ist, Alarmierungsmöglichkeiten (z. B. Notfallknopf am Telefon) bei sich zu haben.

2 In nächster Instanz greifen **Strategien, um Distanz zu schaffen und sich zu befreien**

Mit Worten und der Ausstrahlung sollte vermittelt werden, dass man eine körperliche Auseinandersetzung vermeiden, aber für die Sicherheit aller Anwesenden sorgen möchte. Die eigene Angst und Anspannung muss dabei reguliert werden, um Sicherheit auszustrahlen und selbstreflektiert sowie koordiniert handeln zu können. Dazu braucht es das entsprechende Wissen sowie Sicherheit bei der Anwendung der Techniken. Beides muss den Beschäftigten in Schulungen vermittelt werden [1].
Es sollte ein Sicherheitsabstand eingehalten und die richtige Körperhaltung gegenüber aggressiven Personen eingenommen werden: Füße in Hüftbreite aufstellen, Knie leicht beugen (Beweglichkeit zum Ausweichen) sowie die Hände sichtbar und geöffnet halten (größere Handlungsfähigkeit, verringerte Bedrohlichkeit) [1]. Zugleich sollen die Hände des Gegenübers im Blick behalten werden. Wenn aufgeregt wirkende Personen auf Beschäftigte zukommen, können diese den Arm mit der flachen Hand voraus ausstrecken, laut „Stopp" rufen und zum Stehenbleiben auffordern.
Ggf. können Gegenstände zwischen sich selbst und die andere Person gebracht, der Abstand so aufrechterhalten und die Situation zur Flucht genutzt werden. Notfalls können auch weiche Gegenstände genutzt werden (Kissen, Kleidungsstück), um sie der angreifenden Person entgegenzuwerfen und dann zu flüchten oder um sich zu schützen [1].

Definierte Befreiungstechniken und körperliche Interventionsmaßnahmen werden hier nicht näher beschrieben, da sie im Training vermittelt werden müssen. Einige Beispiele sind in der Literatur zu finden [16, 17]. Sie sollten aber nicht ohne Einweisung durch Expert:innen und regelmäßige Übung angewendet werden.

Befreiungstechniken

➲ **Wichtig:** Es geht nicht im klassischen Sinne um Selbstverteidigung, da eine Verletzung des Gegenübers oder ein Kampf vermieden und die therapeutische Beziehung nach Möglichkeit aufrechterhalten werden sollen. Die Befreiungstechniken sollen zudem Teil eines ganzheitlichen Konzepts sein, das kommunikatives Konfliktmanagement berücksichtigt [1].

➲ Bezüglich der Befreiungstechniken äußerten die Interviewteilnehmenden einen Nachteil: Entsprechende Techniken sind nach einmaligem bzw. unregelmäßigem Training nicht in Stresssituationen abrufbar. Stattdessen wäre wiederholte bzw. regelmäßige Übung erforderlich, um die Techniken automatisiert anwenden zu können. Somit besteht das Risiko, dass die Beschäftigten sich nach kurzem Training zwar sicher fühlen, die Techniken aber nicht sicher anwenden können. Andererseits besteht auch die Gefahr, dass gut eingeübte Techniken zu früh eingesetzt werden, also zu einem Zeitpunkt, zu dem auch mildere Mittel noch gewirkt hätten [1]. Dennoch ist es wichtig, Techniken zu schulen, mit denen man sich leicht befreien kann, da sie wenig Kraft erfordern und keine Gegenaggression auslösen, sodass möglichst keine weitere körperliche Auseinandersetzung folgt.

➲ **Grundsätzlich gilt: Man darf Angriffe und Gefahren von sich selbst, Kolleg:innen oder umstehenden Personen abwenden (Notwehr bzw. Nothilfe und Notstand).** Die Strafbarkeit entfällt, sofern die Handlungen zur Verteidigung erforderlich und verhältnismäßig sind [18], z. B. bei einem Schlag gegen eine angreifende Person, wenn dieser dazu geeignet ist, den Angriff abzuwehren. Im Unterschied zur Notwehr liegt beim Notstand kein konkreter Angriff vor, sondern es wird eine vorsätzliche Handlung begangen, um gegen eine nicht anders abwendbare Gefahr, etwa für Leib und Leben von sich selbst oder anderen, vorzugehen. Unter Abwägung der widerstreitenden Interessen muss dabei eine Rechtsgutverletzung in Kauf genommen werden, die nur deshalb nicht strafrechtlich sanktioniert wird, da sie dem Zweck der Gefahrenabwehr dient (Notwehr und Notstand, §§ 32-35 Strafgesetzbuch – StGB).

3 Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit gegen den Willen der Person einschränken

Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit gegen den Willen der Person einschränken, sollen das letzte Mittel der Wahl sein, wenn zuvor alle Deeskalationsversuche gescheitert sind und das Eingreifen wegen unmittelbarer Gefahr unbedingt erforderlich ist. Die Anwendung sollte nur durch geschulte Mitarbeitende stattfinden und die Dauer so kurz wie möglich gehalten werden [9].



Die zu ergreifenden Maßnahmen sollten zuvor definiert werden ebenso wie die Umstände, unter denen sie angewendet werden. Den Mitarbeitenden sollten auch die rechtlichen Grundlagen zu den Maßnahmen vermittelt werden [1]. Der Fokus in Schulungen sollte dabei auf konkreten Tipps zur Praxis liegen. So wissen die Beschäftigten, worauf sie achten müssen, damit ihr Vorgehen rechtens ist.

Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit gegen den Willen der Person einschränken

Wichtig: Diese Maßnahmen sollen verhindern, dass die Aggressor:innen sich selbst, die Beschäftigten oder weitere Personen verletzen. Sie sollen ebenfalls unter Aufrechterhaltung der Kommunikation sowie unter Vermittlung von Sorge und Wertschätzung angewendet werden [1]. Menschenrechte und die Menschenwürde müssen dabei geachtet werden [9]. Zwangsmaßnahmen und freiheitseinschränkende bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen haben enge rechtliche Vorgaben (u. a. Psychisch-Kranken-Gesetze der Bundesländer, §§ 1631b, 1831, 1832 Bürgerliches Gesetzbuch – BGB). Außerdem besteht die nationale S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang, die seitens der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) entwickelt wurde, siehe: [9].

Hinweis: Der Begriff „freiheitseinschränkende bzw. freiheitsentziehende Maßnahme" ist nicht gleichzusetzen mit „Zwangsmaßnahme". Letzteres bezieht sich allgemeiner auf alles, was gegen den Willen einer Person erfolgt, also auch auf Maßnahmen unabhängig von einer Einschränkung der Bewegungsfreiheit. In diesem Kontext ist die Zwangsbehandlung zu nennen. Dabei handelt es sich um eine ärztliche Zwangsmaßnahme, definiert nach § 1832 Absatz 1 BGB als Untersuchungen des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe, die dem natürlichen Willen der Betreuten widersprechen. Ein Beispiel hierfür ist die Verabreichung einer Medikation gegen den Willen der Patientin bzw. des Patienten unter Berücksichtigung ethischer, rechtlicher und pharmakologischer Aspekte, die den inhaltlichen Rahmen dieses Berichts überschreiten.

Beispiele für freiheitseinschränkende bzw. freiheitsentziehende Maßnahmen sind, erstellt anhand [1]:

- Einschränkung der Bewegungsfreiheit gegen den Willen der Person auf einen bestimmten Bereich (z. B. Isolierung in einem Zimmer oder Stationsbereich). Hierbei muss das Selbstverletzungsrisiko bedacht werden und weiterhin eine Überwachung erfolgen.
- Körperliche Überwältigung und Festhalten der aggressiven Person.
- Mechanische Bewegungseinschränkung mit Hilfsmitteln (z. B. Fixierung mit Gurtsystemen). Hierzu gibt es enge rechtliche Vorgaben, es bedarf z. B. einer richterlichen Anordnung bei Fixierungen, die über 30 Min. hinaus andauern, und einer Eins-zu Eins-Überwachung mit persönlichem Kontakt für die Zeit der Maßnahme [19].

Sofern die Personalsituation das zulässt, ist auch die Rollenverteilung unter den Mitarbeitenden zu berücksichtigen, erstellt anhand [1]:

1. Koordinierende Person, die den Ablauf vorgibt und mit der aggressiven Person kommuniziert, diese begleitet und deren körperlichen und seelischen Status kontrolliert.
2. Beschäftigte, die die Maßnahme zur Eingrenzung der Bewegungsfreiheit umsetzen.
3. Beschäftigte, die weitere Maßnahmen vorbereiten (z. B. Medikation, Unterbringung in einem Einzelzimmer).
4. Beschäftigte, die den Schutz der Umgebung sicherstellen, insbesondere der weiteren anwesenden Personen.
5. Mitarbeitende, die eine Alarmierungskette starten.

Hinweis

Der Fokus beim Umgang mit Gewalt soll grundsätzlich auf der Prävention liegen. Es sollten alle Mitarbeitenden in Kommunikation **und** körperlichen Techniken (regelmäßig!) weitergebildet werden, um diese sicher anwenden zu können. Außerdem sollten innerhalb der Einrichtung abgestufte Vereinbarungen getroffen werden, die festlegen, in welchen Situationen bestimmte Strategien zum Einsatz kommen, wer diese durchführt und welche Schulungen dafür erforderlich sind. Das sollte wiederum in Handlungsanweisungen festgehalten sowie kommuniziert bzw. geübt werden [1].

6.1.3 Persönliche Faktoren und Selbstreflexion

Das Bewusstsein über persönliche Aspekte, die den Umgang mit Aggressionen beeinflussen sowie die Fähigkeit, diese wahrzunehmen, sind ebenfalls wichtige Schulungsinhalte. Gewaltvorfälle werden von Beschäftigten ganz unterschiedlich wahrgenommen, beispielsweise abhängig von Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, persönlichen Verarbeitungsstrategien oder auch der Tagesform.

„Je nachdem, wie man auch persönlich drauf ist, mental, nimmt jeder eine Beschimpfung anders wahr. Der eine ist davon sehr getroffen, den anderen lässt das kalt. Außerdem komme ich als Mann zum Beispiel auch gar nicht so in die Situation eines sexuellen Übergriffs." *(Ärztliche Leitung)*

Für die erfolgreiche Deeskalation sind neben der oben beschriebenen Empathie, die es ermöglicht, sich in die Lage der Patient:innen und Begleitpersonen hineinzuversetzen, weitere Kompetenzen erforderlich, wie die Eigen- und Fremdwahrnehmung (siehe *Abbildung 6.5*). Diese müssen erlernt und in der Folge aufrechterhalten werden, um sie auf unterschiedliche Situationen anwenden zu können. Der Prozess von Ausprobieren und Anpassen findet in jeder Situation erneut statt und so entwickelt sich über das Berufsleben hinweg ein Erfahrungsschatz [1].



Abbildung 6.5 Erforderliche Fähigkeiten für die Deeskalation [erstellt anhand: 1, S. 141]

Der Erfolg der angewandten Interventionen hängt entscheidend von der inneren Haltung der Beschäftigten ab, die deren Verhalten beeinflusst. In der Interviewstudie wurde bekräftigt, wie wichtig das individuelle Verhalten der Beschäftigten im Rahmen der Deeskalation ist.

„Also wie man schon auftritt, wenn man zu harsch und zu dominant ist, kann man die Situation von vornherein Richtung Eskalation beeinflussen. Genauso funktioniert das aber auch mit der Deeskalation. Also der erste Eindruck, wenn ich auf Patienten und Angehörige zukomme, ist entscheidend." *(Ärztliche Leitung)*

In diesem Zusammenhang wurden in der Interviewstudie vor allem die Berufserfahrung sowie individuelle Charaktereigenschaften als Faktoren genannt, die die innere Haltung und somit das Verhalten prägen. Die Berufs- und Lebenserfahrung der Mitarbeitenden kann das Verhalten auf ganz unterschiedliche Weise beeinflussen. Sie wurde im Hinblick auf die Fähigkeiten zur Deeskalation positiv hervorgehoben, da mit der Berufserfahrung auch die Erfahrung im Umgang mit aggressiven Personen steigt, was etwa beim Erkennen von Frühwarnsignalen helfen kann. Fühlen sich erfahrene Beschäftigte in der Nähe von angespannt erscheinenden Patient:innen oder Begleitpersonen beispielsweise nicht wohl, sollte dieses Bauchgefühl ernst genommen werden. Es können dann Konsequenzen abgeleitet werden, wie das Achten auf körperliche Distanz oder die Besprechung und Weitergabe dieses Eindrucks im Team [1]. Persönliche Charaktereigenschaften, die das Verhalten beeinflussen, sind ebenso relevant. Alle Mitarbeitenden sind geprägt von Faktoren im privaten und beruflichen Umfeld, die sehr individuell sind. Zusätzlich spielen dabei tagesformabhängige kognitive Ressourcen eine Rolle [8].

Zu den wichtigen Fähigkeiten gehört die Selbstreflexion, um den Einfluss des eigenen Verhaltens und der persönlichen inneren Haltung auf die (De-)Eskalation zu verstehen. Beispielsweise bringen die Beschäftigten aufgrund der Arbeitsbelastung oder Belastungen im privaten Umfeld an bestimmten Tagen eine erhöhte Grundanspannung mit, die auch in die Begegnungen bei der Arbeit einfließt. Auch solche Dinge müssen die Beschäftigten bei der Deeskalation bedenken. Bei Aggressionen ist die Einteilung in Täter und Opfer häufig leicht, aber sie hilft nicht. Denn meist haben beide Parteien die Möglichkeit, auf den Verlauf der Eskalation einzuwirken. Es ist wichtig, diese Chance zu erkennen und bei der Nachbetrachtung auch die eigenen Anteile an der Eskalation zu berücksichtigen [20].

Besonders relevant ist dabei auch das Verständnis für die Machtposition der Beschäftigten. Die Patient:innen schätzen ihre eigene Lage als bedrohlich ein und ihre Gesundheit hängt in diesem Moment von den Mitarbeitenden ab. Diese demonstrieren ggf. ihre Machtposition mit Aussagen wie: „Warum kommen Sie damit denn ausgerechnet heute?!" oder „Sie warten jetzt da und sprechen mich nicht mehr an!". Außerdem sind die Patient:innen und Begleitpersonen natürlicherweise den Abläufen ausgeliefert, die von den Beschäftigten bestimmt werden.

„Also Macht ist allgegenwärtig und wir sind da die Profis. Aussagen wie: ‚Du wartest jetzt da!' lösen bei den Wartenden das Gefühl aus, in irgendeiner Art und Weise ausgeliefert zu sein. Und deren Leben hängt vielleicht von uns ab. Dann wird mir erst so richtig bewusst, was für eine Macht wir da überhaupt haben." *(Experteninterview, Pflegekraft)*

Wenn sich Beschäftigte ihrer Machtposition bewusst werden, kann das den Umgang mit den Patient:innen und Begleitpersonen verändern, hin zu einem empathischen Annehmen ihrer Bedürfnisse.
Die Mitarbeitenden sind aufgefordert, soweit wie möglich selbst für ihre Gesundheit und Resilienz zu sorgen. Durch die Vielzahl an belastenden Situationen und die hohe Arbeitsdichte kann es aber zu Belastungsreaktionen kommen, die eine normale Reaktion auf extreme Situationen sind und daher nicht tabuisiert werden sollten [5]. Die Vermittlung von Bewältigungsstrategien ist sinnvoll, um den Umgang mit Stressreaktionen zu erlernen (z. B. Atemtechnik, Wahrnehmungslenkung

oder positive Selbstinstruktion) [21]. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass entsprechende Trainings in vielen Situationen helfen können, aber kein Ersatz für die Behebung beitragender Faktoren sein dürfen (z. B. inadäquate personelle Besetzung) und es zusätzlich umfassender Nachsorgeangebote bedarf (siehe *Kapitel 9*).

Des Weiteren ist der Umgang mit den eigenen Emotionen, die von verletzenden Aussagen der Patient:innen oder Begleitpersonen ausgelöst werden, ebenfalls ein wichtiger Bestandteil von Schulungsmaßnahmen.

„Ich glaube, dafür haben wir auch zu wenig Training: Wie gehe ich selbst damit um, wenn ich verbal angegriffen wurde. Es stützt sich immer alles darauf, dass wir gar keine Emotionen haben und das immer hinnehmen. Aber auch wir sind ja nur Menschen und an manchen Tagen einfach empfänglicher für verbale Fehltritte von anderen." *(Pflegerische Leitung)*

Hier kann das Training emotionaler Kompetenzen helfen (z. B. nach Berking, siehe: [22]). Dieses wird bereits in einem Forschungsprojekt im Bereich des Rettungsdienstes eingesetzt, um einen konstruktiven Umgang mit Emotionen und Stress zu vermitteln [23].

6.2 Mitarbeitendenfürsorge und Zusammenarbeit

In den vorigen Abschnitten wurde verdeutlicht, wie sehr die Deeskalation von Emotionsarbeit abhängt. Diese verlangt den Mitarbeitenden viel ab, etwa ein hohes Maß an Selbstregulation.

„Es ist aber sehr schwierig, immer so präsent zu sein. Das kostet ganz schön viel Energie, immer zu deeskalieren. Man selber hat ja auch Bedürfnisse." *(Pflegekraft)*

Die Beschäftigten müssen ihre emotionalen Bedürfnisse oft gegenüber denen von Patient:innen und Begleitpersonen zurückstellen. Letztere befinden sich in einer Ausnahmesituation und es kann daher nicht von ihnen erwartet werden, dass sie sich im selben Maße regulieren können wie die Beschäftigten, die sich in ihrem gewohnten Arbeitsumfeld befinden [1]. Daher sollte für die Bedürfnisse der Beschäftigten an anderer Stelle Raum geschaffen werden.

„Auch wir als Personal müssen Gefühlsarbeit erfahren. Ich habe traumatische Erlebnisse auf der Arbeit, bin total überfordert, habe den maximalen Stress und dann findet keine Nachbesprechung oder Supervision statt." *(Experteninterview, Pflegekraft)*

In erster Linie sind hier die Vorgesetzten gefragt. Diese müssen eine gute Nähe zu ihren Mitarbeitenden aufbauen, z. B. durch unverbindliche („offene Tür") oder definierte Gesprächsangebote (regelmäßige „Sprechstunden", Personalentwicklungsgespräche). So kann individuell auf die psychischen Belastungen der Mitarbeitenden eingegangen werden.

„Ein großes Problem ist, dass viele eine dicke Kruste über ihre eigenen Gefühle gemacht haben, um den Alltag auf der Arbeit zu schaffen. Es ist so, dass sich in der Pflege viele Menschen sammeln, die eigentlich sehr fürsorglich mit Menschen umgehen möchten. Wenn das aber jetzt seit Jahren gar nicht möglich ist, weil die Arbeit immer mehr wird und das Personal immer weniger, dann ist da auch eine Barriere, die nicht von heute auf morgen abzubauen ist. Da muss sich strukturell sehr viel ändern." *(Experteninterview, Pflegekraft)*

Hinweis

Es ist eine wichtige Führungsaufgabe, vorzuleben und dafür zu sensibilisieren, dass Verletzlichkeit ganz normal ist und gezeigt werden darf. Viele Beschäftigte haben zur Bewältigung der hohen Arbeitsbelastung den Zugang zu ihren Emotionen eingeschränkt. Doch die Gefühlsarbeit ist zur Gewaltprävention elementar. Die emotionale Verletzlichkeit muss anerkannt werden und es darf den Mitarbeitenden nicht als Schwäche ausgelegt werden, wenn sie diese ansprechen.

Neben den Gesprächen mit Vorgesetzten können auch regelmäßig stattfindende, ggf. moderierte Besprechungen in kleinen Gruppen oder im gesamten Team ein wichtiges Instrument sein. Hier geht es darum, gemeinsam aus vergangenen Situationen zu lernen und den Beschäftigten zu ermöglichen, ihre Emotionen sowie ihre alltäglichen Erfahrungen anzusprechen.

Hinweis

- **Fallbesprechungen** können dazu dienen, komplexe Vorfälle aufzuarbeiten. Sie dienen nicht dazu, Urteile zu fällen oder Teammitglieder zu kritisieren, sondern es geht um die Bereitschaft, aus Fehlern zu lernen. Sie sollten als Instrument genutzt werden, um gegenseitige Wertschätzung und Dankbarkeit für die Arbeitsleistung auszudrücken, was ansonsten häufig zu kurz kommt [8].

- **(Team-)Supervisionen** werden durch professionelle Supervisor:innen geleitet. Es handelt sich um eine Beratungsform, bei der Problematiken aus dem Arbeitsalltag thematisiert werden, z. B. bezüglich Arbeitsabläufen oder kollegialen Beziehungen [5]. Eine Teamsupervision ermöglicht es, in einem sicheren Rahmen gemeinsam Lösungen zu finden, dabei verschiedene Sichtweisen zu berücksichtigen und gestärkt daraus hervorzugehen [14].

Derartige Besprechungen im Team können dazu beitragen, dass Beschäftigte sich mit der Gewalt nicht alleingelassen fühlen und bei der Suche nach Lösungsstrategien unterstützt werden. Ein Instrument zur strukturierten Nachbesprechung von Gewaltereignissen kann die nachfolgende Tabelle sein (siehe *Tabelle 6.2*).

Tabelle 6.2 Instrument zur Nachbesprechung von Gewaltvorfällen
[erstellt anhand: 24, S. 273–274; beispielhaft ausgefüllt]

Auslöser der aggressiven Situation	**Wartezeit von mehreren Stunden**	
Beeinflussende Faktoren …	**Deeskalation fördernd**	**Eskalation fördernd**
… seitens der Patient:innen und / oder Begleitpersonen	Der Vater des verletzten Kindes vertraute den Beschäftigten, als sie sagten, dass sein Kind nicht lebensgefährlich verletzt sei und wartete geduldig.	Die Patientin litt unter Demenz und verstand daher nicht, wo sie sich befand und warum sie so lange warten musste.
… seitens der Beschäftigten (Kompetenzen und Verhaltensweisen)	Der Arzt hat zuvor gelernt, das aggressive Verhalten des ungeduldigen Patienten nicht auf sich zu beziehen. Er ist ruhig geblieben und hat dem Patienten souverän eine Begründung für die längere Wartezeit dargelegt.	Die Ärztin hat ihre Macht gegenüber dem ungeduldigen Patienten demonstriert, indem sie sagte: „Wenn Sie noch einmal fragen, wann Sie drankommen, dann warten Sie hier noch vier Stunden“.
… seitens sonstiger Personen	Der Sicherheitsdienst hat die potenziell aggressive Person während der Wartezeit zum Rauchen nach draußen begleitet. Das hat zu deren Beruhigung beigetragen.	Der Sicherheitsdienst war nicht in verbaler Deeskalation geschult und hat die aggressive Person provoziert, anstatt sie zu beruhigen.
… in der Umgebung	Ein Ampelsystem hat die Auslastung der Notaufnahme im Wartebereich angezeigt. Daher wusste die ungeduldige Patientin, dass gerade schwer verletzte Fälle behandelt wurden und hatte etwas mehr Verständnis für die Wartezeit.	Es war keine Toilette in der Nähe des Wartezimmers. Der Mann mit dem verletzten Fuß wurde ungehalten, weil er die Toilette am Ende des Flurs nicht erreichen konnte.

Es ist wichtig zu beachten, dass es hier nicht darum geht, das Verhalten der Beteiligten als richtig oder falsch zu bewerten, sondern nach einem Brainstorming die Ergebnisse zu ordnen und ein gemeinsames Vorgehen für zukünftige herausfordernde Situationen zu erarbeiten [25].
Außerdem sollten alle übrigen Stressoren im Arbeitsalltag so gering wie möglich gehalten werden, denn zur Anwendung von Deeskalationstechniken werden Zeit und Ruhe benötigt. Problematisch ist die Arbeitsverdichtung in der Notaufnahme mit immer weniger Mitarbeitenden, die eine möglichst große Anzahl an teils schwer kranken Patient:innen versorgen sollen [8].

„Wenn ich mehr Zeit habe, dann ist meine Stimmung natürlich auch anders. Dann sehe ich nicht so gestresst aus und wirke auch anders auf die Patienten." *(Pflegerische Leitung)*

Zeitdruck führt z. B. zu einem knappen Umgangston seitens der Mitarbeitenden und trägt so zur Entstehung von Konfliktsituationen bei [26]. Unter Stress ist einfühlsame Emotionsarbeit daher nicht möglich. Damit den Mitarbeitenden ausreichend mentale Kapazitäten für die Deeskalationsarbeit zur Verfügung stehen, sind zeitliche – und somit letztlich personelle bzw. finanzielle Ressourcen – entscheidend. Dann können z. B. auch Pausen oder Ruhezeiten zwischen den Schichten eingehalten werden. Zusätzlich können mithilfe von Präventionsangeboten zum Stressmanagement oder zur Förderung der Resilienz die mentalen Ressourcen der Beschäftigten für die Gewaltprävention gesteigert werden.

„Ich möchte mehr hin zu der Pflege meiner Mitarbeiter, weil ich diesen Faktor Mensch so wichtig finde, also Resilienz, Selbstwirksamkeit und solche Sachen. Und da geht es uns im Moment halt nicht so gut. Und Sie können noch so viele Deeskalationsschulungen machen, wenn Sie selber völlig im Stress sind, werden Sie das alles vergessen, das kommt dann nicht an." *(Pflegerische Leitung)*

Zu Resilienzstrategien in der Notaufnahme zählen verschiedene Ansätze der Gesundheitsförderung, die sowohl das Individuum betreffen (z. B. Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen, körperliche Fitness oder soziale Unterstützung) als auch Aspekte der Zusammenarbeit im Team (z. B. adressiert in einer Fallbesprechung oder Teamsupervision) [5].
In diesem Kontext soll auf die Gefährdungsbeurteilung verwiesen werden, zu der die Arbeitgebenden gesetzlich verpflichtet sind und bei der auch die psychischen Belastungen bei der Arbeit berücksichtigt werden müssen (§ 5 ArbSchG). Das bietet im Rahmen der Mitarbeitendenfürsorge die Gelegenheit, die Gefährdungsbeurteilung z. B. auch zur Stressprävention zu nutzen (siehe *Kapitel 2.4*).
Auch die Bedürfnisse der pflegerischen, ärztlichen und administrativen Führungskräfte in Notaufnahmen müssen berücksichtigt werden, da diese – auch bei der Gewaltprävention – viel Verantwortung tragen. Im Rahmen der Gesundheitsförderung sollten daher von der Einrichtung auch Angebote für Führungskräfte geschaffen werden, um diese bei ihren Aufgaben zu unterstützen.

„Auch Führungskräfte sind nur Menschen, die sich nicht teilen können. Oftmals sind sie Einzelkämpfer und wirken zusätzlich voll in der Patientenversorgung mit. Dadurch können sie auch häufig diese emotionale Fürsorge für die Mitarbeitenden nicht bewältigen und benötigen diese zum Teil selbst." *(Ärztliche Leitung)*

6.2.1 Teamkultur

Die Teamkultur ist, ebenso wie das allgemeine Klinikleitbild (siehe *Kapitel 2.1*), ein wichtiger Baustein der Gewaltprävention. Dies bezieht sich sowohl auf die einzelnen Berufsgruppen mit den jeweiligen Führungskräften (ärztlich, pflegerisch und administrativ) als auch auf die interprofessionelle Zusammenarbeit. Diese sollte im Rahmen der Gewaltprävention gefördert werden, um ein gemeinsames Vorgehen gegen Gewalt zu etablieren.

Mit der Teamkultur ist hier die Interaktionskultur im Zusammenhang mit den allgemeinen Abläufen gemeint (analog zur Stationskultur). Für die Gewaltprävention ist ein wertschätzender zwischenmenschlicher Arbeitsstil wichtig und gegenüber einem autoritären bzw. hierarchisch-kontrollierenden Stil zu bevorzugen. Ein Führungsstil, der von Wertschätzung geprägt ist, beeinflusst den Arbeitsstil der Beschäftigten dahingehend, dass eine personenzentrierte sowie eigenverantwortliche Denk- und Arbeitsweise resultiert [27].
Führungskräfte sind ggf. nicht im Bereich der Mitarbeitendenführung geschult, weshalb sich entsprechende Trainings anbieten (z. B. durch Unfallversicherungsträger oder im klinikinternen Fortbildungsprogramm). Sie haben die Chance zu gestalten, wie Gewaltprävention im Team gelebt wird (siehe *Kapitel 2.2*) und sie sollten Möglichkeiten schaffen, um Gewaltprävention zu thematisieren. Die Teilnehmenden der Interviewstudie berichteten, dass sie sich bisher kaum bei der Gewaltprävention einbringen konnten, da Ansprechpartner:innen oder entsprechende Plattformen fehlten. Da jedes Teammitglied seine eigene Persönlichkeitsstruktur sowie Erfahrungen, Fähigkeiten, Wahrnehmungen und Fachwissen mitbringt [8], sollten Führungskräfte bei der Gewaltprävention Partizipationsmöglichkeiten für die Beschäftigten schaffen. Hierzu bieten sich z. B. Teambesprechungen oder auch der Prozess der Gefährdungsbeurteilung an, siehe: [28] (siehe *Kapitel 2.4*).
Als Ansprechpartner:innen eignen sich neben den Führungskräften auch Teammitglieder, die als Beauftragte für das Thema Gewaltprävention benannt wurden (siehe *Kapitel 5.1*). Zusätzlich sollten klinikinterne Möglichkeiten für die Beschäftigten eingerichtet werden, damit sie Bedarfe äußern oder Lösungsvorschläge einbringen können (z. B. ein Ideenportal im Rahmen des Qualitätsmanagements bzw. Vorschlagswesens / anonymes Beschwerdemanagement für die Beschäftigten). Es ist wichtig, dass ein Arbeitsklima herrscht, in dem alle sich gerne einbringen, denn von den Stärken jedes Einzelnen kann das gesamte Team profitieren.

Außerdem ist relevant, dass das Team dazu bereit ist, das Thema „Umgang mit Gewalt" konstruktiv zu besprechen und sich gegenseitig zu unterstützen bzw. abzusprechen, wo es vielleicht noch Übungsbedarf gibt. Es wurde beschrieben, dass das Vorleben des richtigen Verhaltens von Kolleg:innen, die z. B. Erfahrungen in der Psychiatrie gesammelt haben, sehr wirksam bei der Vermittlung von Strategien zur Gewaltprävention ist. Wichtig für diesen offenen Umgang mit dem Thema Gewalt ist, dass im Team ein Bewusstsein dafür herrscht. Das bedeutet: Alle Beschäftigten sind bezüglich Gewalt ausgehend von Patient:innen und Begleitpersonen sensibilisiert und sind sich außerdem im Klaren über die zu ergreifenden Maßnahmen bei der Gewaltprävention. Erst dann, wenn dieses Bewusstsein vorhanden ist, wird es möglich, als Team Gewaltprävention im Arbeitsalltag zu leben. Beispielsweise kann dann offen darüber gesprochen werden, wenn sich ein Teammitglied einer Situation nicht gewachsen fühlt. Diese kann in der Folge von anderen übernommen werden, damit eine Eskalation aufgrund von Überlastung der Beschäftigten möglichst vermieden wird.
Außerdem kann dann die am besten geeignete Person für die Deeskalation gemeinsam ausgewählt werden. Denn die optimale Lösung kann für jede Situation anders aussehen. Es kann z. B. vorkommen, dass die aggressive Person von bestimmten, nicht veränderbaren persönlichen Faktoren getriggert wird, wie Körpergröße oder Geschlecht [20]. Darüber kann das Team dann gemeinsam beratschlagen, wenn allen diese Faktoren bewusst sind. Es ist zudem denkbar, Vor- und Nachbesprechungen auch im Rahmen der Gewaltprävention einzusetzen, um sich im Team bestmöglich im Umgang mit diesen herausfordernden Situationen abzustimmen. Verschiedene Ansätze für die entsprechende Kommunikation im Team der Notaufnahme wurden von Marx et al. zusammengefasst, siehe: [8].



Hinweis

Die durchgängige Betreuung und Deeskalation von (potenziell) aggressiven Patient:innen oder Begleitpersonen kann nur dann sichergestellt werden, wenn alle im Team für Gewaltprävention sensibilisiert sind und interdisziplinär zusammenarbeiten.

Der Zusammenhalt im Team kann auch durch gemeinsame Aktivitäten außerhalb der Dienstzeit gestärkt werden. Das Ziel ist ein wertschätzendes Miteinander, das sich in der Folge auf den Umgang mit Patient:innen und Begleitpersonen überträgt. Dazu gehört auch, die teaminterne Kommunikation über Patient:innen und ihre Begleitpersonen entsprechend zu gestalten.

„Wie stichle ich unter den anderen Kollegen? Gehe ich schon in die Übergabe, gebe einen Patienten ab und sage: ‚Das ist ein Jammerlappen, lass den mal warten'. Also was habe ich denn dann gemacht? Dem Patienten ein Stigma auf die Stirn gestempelt. Und das vielleicht auch einfach nur, weil ich schlecht gelaunt bin." *(Experteninterview, Pflegekraft)*

Entscheidend ist, dass nur mit gemeinschaftlichen und interdisziplinären Anstrengungen der pflegerischen, ärztlichen sowie administrativen Beschäftigten eine gute Gewaltprävention gelingen kann.

Praxistipps

Schulungsangebote:

- Schulungsangebote umfassend gestalten: Hintergrundwissen zu Arten und Ursachen der Gewalt vermitteln. Außerdem Informationen zu technischen, architektonischen und organisatorischen Maßnahmen sowie Nachsorgeangeboten bereitstellen. Anregungen zur Selbstreflexion integrieren.
  - Bei externen Schulungsanbietern auf Erfahrung im Bereich Notaufnahme (oder auch Psychiatrie) achten.
- Unter Stress kann es passieren, dass unzureichend geschulte Beschäftigte ggf. auf weniger erfolgversprechende persönliche Reaktionsmuster zurückgreifen [17]. Daher ist die regelmäßige Teilnahme an Schulungen entscheidend. Das Erlernen der Techniken kann schwierig sein, da sie ggf. nicht den natürlichen Handlungsabläufen entsprechen. Dann ist es auch schwieriger, sie in der Praxis umzusetzen und als Automatismen zu verankern [20]. Es ist aber wichtig, dass die Beschäftigten diese Techniken in ihre Authentizität integrieren können und z. B. die Sprache nicht künstlich wirkt [10]. Daher müssen die Techniken den individuellen Bedürfnissen der Beschäftigten entsprechend vermittelt und angepasst werden.

Deeskalation durch Kommunikation:

- Die Grundprinzipien der Deeskalation (erstellt anhand: [1, S. 152-153]; adaptiert anhand der Studienergebnisse sowie [29]):
  1. Bedenken Sie Ihre eigene Sicherheit. Halten Sie ausreichend Abstand – zu Ihrem eigenen Schutz und um die potenziell aggressive Person nicht zu bedrängen. Positionieren Sie sich nahe den Fluchtwegen. Holen Sie sich rechtzeitig Unterstützung von Mitarbeitenden, dem Sicherheitsdienst oder der Polizei.
  2. Beachten Sie Frühwarnsignale. Gehen Sie so früh wie möglich auf potenziell aggressive Patient:innen oder Begleitpersonen zu, damit eine Eskalation gar nicht erst entsteht oder möglichst schnell gestoppt wird.
  3. Schätzen Sie realistisch ein, ob Sie sich der Situation gewachsen fühlen und ob die Situation mittels Deeskalationstechniken zu lösen ist. Informieren Sie frühzeitig Kolleg:innen über Ihre Einschätzung bezüglich der potenziell aggressiven Person, damit diese über das Risiko Bescheid wissen und Sie unterstützen können (z. B. vermehrte Wachsamkeit, andere Anwesende beruhigen oder Alarmierungskette starten). Bestenfalls besprechen Sie gemeinsam Ihre Einschätzung und das geplante Vorgehen.
  4. Bedenken Sie, dass Patient:innen und ihre Begleitpersonen in der Regel nicht vorsätzlich aggressiv werden, sondern die Gewalt Ausdruck ist von Angst, Hilflosigkeit oder Überforderung. Gehen Sie daher mit einer empathischen und respektvollen Grundhaltung in die Deeskalation und reflektieren Sie Ihre eigenen Emotionen. Atmen Sie kurz durch, um nicht impulsiv zu handeln.



5. Vermeiden Sie Zeitdruck so gut es geht. Das ermöglicht einen Vertrauensaufbau und das einfühlsame Eingehen auf die Bedürfnisse der potenziell aggressiven Person. Hierfür ist es zudem sinnvoll, eine Bezugspflege zu etablieren, die den Fall durchgängig begleitet (siehe *Kapitel 5.1*).
6. Treten Sie selbstsicher und bestimmt auf. Unsicherheit fördert eine Eskalation ebenso wie Dominanz. Strahlen Sie Ruhe und Sicherheit aus, indem Sie ruhige Bewegungen machen und deutlich sprechen. Es hilft, gedanklich auf Provokationen vorbereitet zu sein. Ruhe erleichtert es, die richtigen Entscheidungen zu treffen. Bedenken und reflektieren Sie Ihre Machtposition. Es geht nicht darum, wer im Recht ist, sondern darum, die Situation zu deeskalieren. Möglichkeit für eine Auflösung der Situation in Erwägung ziehen, die für die aggressive Person gesichtswahrend ist. Beispielsweise: „Ich (bzw. Kolleg:in) komme gleich wieder, dann beginnen wir noch einmal ganz neu".
7. Bei der Kommunikation sind verbale, paraverbale und nonverbale Faktoren wichtig. Das gilt für Ihre eigenen Aussagen, aber auch für Ihre Wahrnehmung der Äußerungen von Patient:innen sowie Begleitpersonen.
8. Nutzen Sie Formulierungen, die den Patient:innen und Begleitpersonen zeigen, dass Sie aufmerksam zuhören sowie deren Sorgen und Nöte verstanden haben und ernst nehmen, das reduziert das Aggressionspotenzial. Beginnen Sie Fragesätze mit den Wörtern „wie" oder „was", um zum Erzählen einzuladen. Vermeiden Sie die Wörter „wieso" und „warum", da diese zum Rechtfertigen auffordern. Bestätigen Sie die Patient:innen und Begleitpersonen in ihren geäußerten Bedürfnissen und bitten Sie um Kooperation bei der Herstellung eines Kompromisses.
9. Achten Sie darauf, dass Ihre eigenen emotionalen Bedürfnisse nicht zu kurz kommen, sondern in Teambesprechungen, Supervisionen oder Gesprächen mit Vorgesetzten berücksichtigt werden.

→ Diese Grundsätze gelten natürlich auch für Kolleg:innen, die zur Unterstützung kommen. Sie sollten ggf. zuerst die Alarmierungskette starten (siehe „Praxistipps" in *Kapitel 5*). Zu helfen bedeutet nicht, sich in gefährliche Situationen zu begeben, denen man nicht gewachsen ist [29].

Flucht und Körperinterventionen:

→ Fluchtmöglichkeiten und Alarmierungswege müssen bekannt sein.

→ Professionelle Eingriffstechniken (physische Interventionsmaßnahmen) sind nicht gleichzusetzen mit Selbstverteidigung, da ihre Anwendung unter Einhaltung fachlicher und rechtlicher Vorgaben und der Wahrung der Menschenrechte sowie der Menschenwürde des Gegenübers erfolgt.

→ Beschäftigte dürfen Angriffe und Gefahren von sich und anderen abwenden (Notwehr und Notstand, §§ 32–35 StGB).

→ Freiheitseinschränkende Maßnahmen müssen durch andere Deeskalationsmaßnahmen vermieden oder verkürzt werden. Lassen sie sich aber nicht verhindern, müssen die mildeste Form gewählt und die Patient:innen unter Einhaltung rechtlicher und fachlicher Vorgaben kontinuierlich und fürsorglich begleitet werden. Die Anwendung physischer Interventionsmaßnahmen muss zudem sicher gestaltet werden und die rechtlichen sowie fachlichen Anforderungen erfüllen. Das heißt, sie muss im Rahmen eines ganzheitlichen Konzepts zur Gewaltprävention auf Basis einer Gefährdungsbeurteilung mit technisch-architektonischen, organisatorischen und personenbezogenen Maßnahmen kombiniert werden. Entsprechende Räumlichkeiten, Hilfsmittel und Schulungen müssen zur Verfügung stehen [1].

→ Die Beschäftigten sollten regelmäßig auf Impfangebote hingewiesen und zu Infektionsgefährdungen (auch im Zusammenhang mit Gewalt) unterwiesen werden. So kann die Gefahr von Infektionen, z. B. durch unbeabsichtigten Wundkontakt oder Anspucken, verringert werden [29].

Mitarbeitendenfürsorge und Teamkultur:

→ Die Gefühlsarbeit mag neben den anderen Aufgaben in der Notaufnahme unwichtig erscheinen. Doch – angewandt von Mitarbeitenden gegenüber Patient:innen und Begleitpersonen – ist sie für die Deeskalation entscheidend. Aber auch die Mitarbeitenden selbst müssen Gefühlsarbeit erfahren. Es ist Aufgabe der Führungskräfte, den Mitarbeitenden die zentrale Rolle der Emotionsarbeit für die Gewaltprävention zu verdeutlichen und außerdem dafür zu sorgen, dass es Räume gibt, in denen auch die Mitarbeitenden über ihre eigenen Emotionen sprechen können.

→ Damit den Mitarbeitenden genügend mentale Ressourcen für die Deeskalation zur Verfügung stehen, sind auch Stressmanagement und Resilienztraining wichtige Bausteine der Gewaltprävention.

→ Für die Gewaltprävention ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit von pflegerischen, ärztlichen und administrativen Mitarbeitenden entscheidend. Es müssen alle für das Thema Gewaltprävention sensibilisiert sein und es muss ein gemeinschaftliches Vorgehen abgestimmt werden.

Literaturangaben

1. Walter, G., Nau, J. & Oud, N., (2019). *Interventionen.* In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe,* 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 135–252.
2. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Qualifizierung von innerbetrieblichen Deeskalationstrainerinnen und -trainern.* [Zitiert am: 17.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/qualifizierung-innerbetriebliche-deeskalationstrainer-14600
3. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW). *Risiko Übergriff: Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst – Anbieterprofile.* [Zitiert am: 17.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergriff/content/09_konzepte_anbieter/01_prodema/index.htm
4. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW). *Risiko Übergriff: Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst.* [Zitiert am: 17.06.2023]. Verfügbar unter: https://www.gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergriff/start/index.htm
5. Nickoleit, M., Dietz-Wittstock, M. & Friesdorf, M., (2022). *Gewaltfrei in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis,* Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 353–368.
6. Strackbein, D., von Reibnitz, C. & Sonntag, K., (2017). *Grundlagen der Kommunikation.* In: *Patientenorientierte Beratung in der Pflege: Leitfäden und Fallbeispiele*, von Reibnitz, C., Sonntag, K. & Strackbein, D., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 3–7.
7. Walter, G., Nau, J. & Oud, N., (2019). *Präventiver Umgang mit Aggression und Gewalt im Gesundheitswesen.* In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe,* 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 93–116.
8. Marx, D., Richter, L. & Quernheim, G., (2022). *Kommunikation in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis*, Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 53–69.
9. Steinert, T. & Hirsch, S., (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen" (Langversion – Fassung vom 10.09.2018)*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN): Ravensburg, Ulm. Verfügbar unter: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG+LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf
10. Hecker, T., (2021). *Die Sprache in der Gewaltprävention.* In: *Gewaltprävention in Pflege und Betreuung: Gefahren erkennen, konsequent handeln und deeskalieren*, Hecker, T., Jung-Lübke, M. & Freck, S., (Hrsg.), Schlütersche: Hannover. S. 114–165.
11. Jung-Lübke, M., (2021). *Gewaltprävention: Die Intervention.* In: *Gewaltprävention in Pflege und Betreuung: Gefahren erkennen, konsequent handeln und deeskalieren,* Hecker, T., Jung-Lübke, M. & Freck, S., (Hrsg.), Schlütersche: Hannover. S. 83–84.
12. Rosenberg, M. B., (2016). *Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens*, 12. Auflage. Junfermann: Paderborn.
13. Porten, S., (2022). *Rechtliche Grundlagen in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis,* Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 411–424.
14. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), (2022). *Traumatische Ereignisse in Gesundheitsberufen (DGUV Information 207-012).* Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/1285/traumatische-ereignisse-in-gesundheitsberufen
15. Heidrich, C. et al., (2018). *Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege: Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207-025).* Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV): Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3429/praevention-von-gewalt-und-aggression-im-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege-eine-handlungshilfe
16. Friedenberg, P., (2021). *Gewaltprävention: Die richtigen Techniken.* In: *Gewaltprävention in Pflege und Betreuung: Gefahren erkennen, konsequent handeln und deeskalieren,* Hecker, T., Jung-Lübke, M. & Freck, S., (Hrsg.), Schlütersche: Hannover. S. 85–113.

17. Nau, J., Oud, N. E. & Walter, G., (2018). *Gewaltfreie Pflege: Praxishandbuch zum Umgang mit aggressiven und potenziell gewalttätigen Patienten*. Hogrefe: Bern.
18. Krämer, G. & Walter, G., (2019). *Arbeitsschutz, Recht, Ethik.* In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 417–470.
19. Bundesverfassungsgericht, (2018). *BVerfG, Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018 – 2 BvR 309/15 –, Rn. 1–131.* [Zitiert am: 20.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20180724_2bvr030915.html
20. Friedenberg, P. & Hecker, T., (2021). *Die persönliche Seite der Deeskalation.* In: *Gewaltprävention in Pflege und Betreuung: Gefahren erkennen, konsequent handeln und deeskalieren,* Hecker, T., Jung-Lübke, M. & Freck, S., (Hrsg.), Schlütersche: Hannover. S. 65-71.
21. Bengel, J. & Riedl, T., (2004). *Stressbewältigung und Belastungsverarbeitung.* In: *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst,* 2. Auflage, Bengel, J., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 89–99.
22. Berking, M., (2017). *Training emotionaler Kompetenzen*, 4. Auflage. Springer: Berlin, Heidelberg.
23. Westsächsische Hochschule Zwickau. *Aufgaben & Ziele: Forschungsprojekt TEK-Rettungsdienst*. [Zitiert am: 12.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.fh-zwickau.de/gpw/forschung/forschungsprojekt-tek-rettungsdienst/projektinformationen/aufgaben-ziele/
24. Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (2019). *Aggressionsereignisse aus der Perspektive verschiedener Settings.* In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 253–396.
25. Nau, J. et al., (2019). *Theorie und Modelle: Stand der Wissenschaft.* In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 59–92.
26. Wehler, M., Weldert, G. & Händl, T., (2011). *Konfliktherd Notaufnahme: Stellenwert von Deeskalationsprogrammen. Notfall + Rettungsmedizin*, 14(5): S. 367-370. https://doi.org/10.1007/s10049-011-1436-x
27. Walter, G., Nau, J. & Oud, N., (2019). *Organisationsbezogene Interventionen.* In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*, 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 471–498.
28. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Gesunde Arbeitsbedingungen gestalten.* [Zitiert am: 25.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/resource/blob/9288/9bb51ffbba7dd5be251e2d1d0463ee6e/bgw08-00-005-psychische-gesundheit-infoplakat-download-data.pdf
29. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. *Anlage: Handlungsempfehlungen für „Dienstleistende".* Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.sicherimdienst.nrw/system/files/media/document/file/handlungsempfehlungen-dienstleistende_bf.pdf

Kapitel 7





7 Personenbezogene Maßnahmen für Patient:innen und Begleitpersonen

Bei personenbezogenen Maßnahmen, die auf Patient:innen und Begleitpersonen ausgerichtet sind, geht es in erster Linie darum, Transparenz bezüglich Wartezeit und Behandlungsablauf zu schaffen. Das gilt insbesondere für Patient:innen, die ängstlich sind oder aus anderen Gründen ein erhöhtes Risiko für aggressives Verhalten haben. Außerdem werden Hinweise für die Interaktion mit Patient:innen und Begleitpersonen aus verschiedenen Kulturen besprochen.

Zugangsbeschränkungen bzw. eine maximal zulässige Anzahl an Begleitpersonen werden im Anschluss thematisiert. Am Ende des Kapitels werden Hausverweise und Hausverbote als Konsequenz bei Verstößen gegen die Hausordnung vorgestellt.

Vielen Hinweisen in diesem Kapitel ist gemein, dass zur Umsetzung mehr Zeit benötigt wird, als normalerweise im Alltag der Notaufnahme zur Verfügung steht – es braucht also die entsprechende Personaldecke. Doch die Umsetzung lohnt sich: Da Deeskalationsarbeit ebenfalls zeitintensiv ist und dazu noch Gefahren für das Wohlergehen der Beschäftigten birgt, sollte der Kontakt zu Patient:innen und Begleitpersonen von vornherein dafür genutzt werden, eine Eskalation zu verhindern. Zudem bindet eine aggressive Person viele Beschäftigte und kann so dafür sorgen, dass andere, somatisch schwer kranke Patient:innen Diagnose- und Behandlungsdefizite erfahren. Somit ist es sinnvoller, Zeit in die Gewaltprävention zu investieren als in die Deeskalation.

7.1 Aufklärung und Information

Kommunikation mit Patient:innen und Begleitpersonen wurde von den Teilnehmenden der Interviewstudie als wirksame Maßnahme zur Prävention von Gewalt und Aggressionen beschrieben, da sie Orientierung gibt und somit auch Ängste nimmt. Angst wurde im Rahmen der Interviewstudie als wichtiger Faktor für die Arbeit in der Notaufnahme identifiziert und wird daher in *Kapitel 7.1.1* noch genauer thematisiert.

> „Dass man bewusst in der Kommunikation versucht, den Patienten einmal da abzuholen, wo er mit seinen Sorgen steht. Oft ist es ja so, dass diese Beschwerden über die Abläufe ein Zeichen von Hilflosigkeit, Angst oder Überforderung sind. Und das entlädt sich dann oft in diesen Nebenkriegsschauplätzen, nämlich Personal, Wartezeit, kein Essen oder kein Trinken. Und da hilft es dann erfahrungsgemäß, wenn man einfach widerspiegelt, dass man sehr wohl um die Sorgen weiß, aber man auch um Verständnis für die Strukturen in der Notaufnahme bitten muss." *(Ärztliche Leitung)*

Anregungen dazu, wie Beschäftigte die Kommunikation mit potenziell aggressiven Personen am besten gestalten können, werden in *Kapitel 6.1.2.2* dargestellt. Patient:innen und ebenso die Begleitpersonen, die in die Notaufnahme kommen, befinden sich in einer Ausnahmesituation, geprägt von Angst, Ungewissheit, Schmerzen oder Sorge um die Angehörigen. Sie erleben einen Kontrollverlust, da sie sich in einer unbekannten Umgebung befinden und die Prozesse in der Notaufnahme nicht nachvollziehen können [1]. So entsteht bei ihnen das Bedürfnis, jederzeit umfassende Informationen über den gesundheitlichen Zustand sowie den weiteren Behandlungsverlauf zu erhalten. Das steht dem hohen Arbeitsaufkommen und dem Bedürfnis der Beschäftigten nach routinierten Arbeitsabläufen gegenüber.

Hinweis

Es wurde als hilfreich beschrieben, Patient:innen und Begleitpersonen über die Abläufe in der Notaufnahme aufzuklären und sie möglichst umfassend über die nächsten Schritte der Behandlung zu informieren.

„Der informierte Patient ist der geduldige Patient." *(Ärztliche Leitung)*

Demnach kann Frust sowie dem Gefühl, während langer Wartezeiten vergessen worden zu sein, vorgebeugt werden.

„Die Leute sehen vielleicht ein leeres Wartezimmer. Dass dann im Hintergrund fünf Rettungswagen ankommen, das kriegen die Patienten halt einfach nicht mit." *(Pflegekraft)*

Die Einschätzung der Wartezeit ist sehr subjektiv. Eine Wartezeit, die den Beschäftigten akzeptabel erscheint, kann für Wartende endlos wirken. Bagatellisierung oder ironische Äußerungen sollten daher unterlassen werden. Gründe für negativ erlebtes Warten sind oft unrealistische Erwartungen auf Basis falscher Informationen. Daher ist es wichtig, den Patient:innen und Begleitpersonen korrekte Informationen zu geben. Zeitangaben, die nicht eingehalten werden (können) oder ungenaue Aussagen wie „ein Moment" oder „ein Augenblick" wecken falsche Erwartungen [2].

Patient:innen und Begleitpersonen sollte direkt bei der Ankunft verdeutlicht werden, dass nach Dringlichkeit behandelt wird und unterschiedliche Kapazitäten in den jeweiligen Fachdisziplinen berücksichtigt werden müssen, wodurch die Wartezeit mehrere Stunden betragen kann. Die Beschäftigten sollten in der Kommunikation berücksichtigen, dass Patient:innen und Begleitpersonen selbst nicht in der Lage sind, die Dringlichkeit der Behandlung richtig einzuschätzen.

„Das empathische Annehmen dieses Bedürfnisses, schnell dranzukommen. Also die Patienten so ein bisschen beruhigen und vermitteln, dass das, was sie in dem Moment haben, nicht lebensbedrohlich ist." *(Pflegerische Leitung)*

Diese allgemeine Aufklärung über die Prozesse in der Notaufnahme kann auch durch Plakate (siehe *Abbildung 7.1*), Flyer oder kurze Videoclips im Wartezimmer erfolgen, wobei diese in mehreren Sprachen verfügbar sein sollten.
Außerdem kann die Angabe von plausiblen Gründen für längere Wartezeiten die Akzeptanz erhöhen. Daher hilft es, die Wartenden z. B. über die Ankunft von Schwerverletzten und die damit einhergehende Verzögerung zu informieren. Außerdem ist die Einheitlichkeit der Kommunikation seitens der Beschäftigten wichtig, widersprüchliche Angaben sollten vermieden werden. Es können im Team Textbausteine zu häufigen Ursachen für Wartezeiten erarbeitet und so die Aussagen gegenüber Wartenden professionalisiert werden. Beim Informationsmanagement können auch technische Informationssysteme von Nutzen sein [2] (siehe *Kapitel 4.2* und *Kapitel 4.6*).
Doch nicht alle individuellen Fragen können durch entsprechende Hilfsmittel beantwortet werden und es sollte Zeit für die Information der Patient:innen und Begleitpersonen einkalkuliert werden. Hierbei sollten auch sprachliche oder kognitive Barrieren berücksichtigt werden.

„Sachen, die man selber vor Ort gestalten kann und die nicht viel Geld kosten, wie Information und Kommunikation, sind meines Erachtens nach sehr hilfreich." *(Ärztliche Leitung)*

ZENTRALE NOTAUFNAHME

EVANGELISCHES KLINIKUM Bethel

Ersteinschätzung von Notfallpatient:innen in der Notaufnahme nach dem Manchester Triage System

Definition:
Die Triage ist ein System des Risikomanagements, mit dem der Patient:innenfluss gesteuert werden soll.

Ziel:
Kein Patient und keine Patientin gelangt ohne Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit in das Wartezimmer oder die Räume einer zenztralen Notaufnahme.

Nomenklatur, Definitionen und Zielzeiten		
Priorität	Farbe	max. Zielzeit
Sofort	Rot	0 min
Sehr dringend	Orange	10 min
Dringend	Gelb	30 min
Normal	Grün	90 min
Nicht dringend	Blau	120 min

Bei den angegebenen Zeiten handelt es sich um Richtwerte, die bei hoher Auslastung der Notaufnahme überschritten werden können. Das betrifft insbesondere die weniger dringenden Fälle.

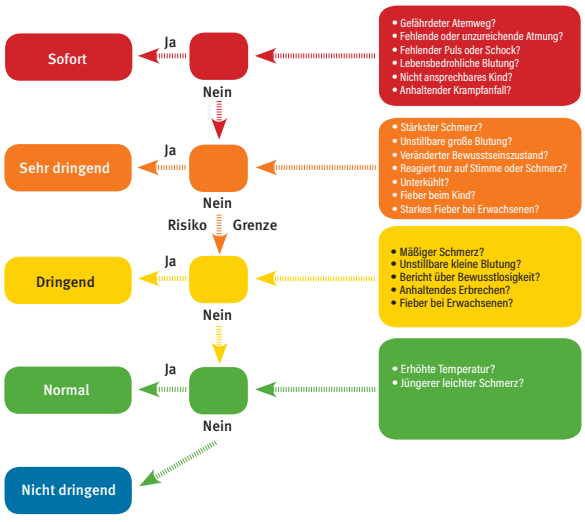
Wie kommt es zu verschiedenen Wartezeiten in der Notaufnahme?

- In der Notaufnahme wird nach Dringlichkeit behandelt, nicht nach der Reihenfolge des Eintreffens. Daher sind dringendere Fälle, die nach Ihnen eingetroffen sind, trotzdem vor Ihnen dran.
- Im Hintergrund werden schwer kranke Patient:innen vom Rettungsdienst eingeliefert. Wenn längere Zeit niemand aus dem Wartezimmer aufgerufen wird, sind wir mit der Behandlung von diesen Patient:innen beschäftigt.
- Auch in der Notaufnahme gibt es verschiedene Fachbereiche. Das für Ihre Beschwerden zuständige Fachpersonal ist unter Umständen gerade ausgelastet. Andere Patient:innen, die eine Behandlung in anderen Fachbereichen benötigen, kommen daher evtl. vor Ihnen dran.
- Viele Patient:innen benötigen gleichzeitig eine Behandlung. Es kann dazu kommen, dass alle Behandlungszimmer belegt sind.
- Wenn Sie nach einer Untersuchung erneut länger warten müssen, kann es daran liegen, dass auch wir gerade auf Ihre Untersuchungsergebnisse aus anderen Abteilungen warten.

Es kann also dazu kommen, dass in der Summe Wartezeiten von mehreren Stunden entstehen.
Wir geben jeden Tag unser Bestes und bitten um Ihr Verständnis.

Indikatoren:
Mithilfe von Indikatoren zur Ersteinschätzung werden Patient:innen in eine der fünf Stufen klinischer Priorität eingeteilt.

Generelle Indikatoren:
- Lebensgefahr
- Schmerz
- Blutverlust
- Bewusstseinslage
- Temperatur
- Krankheitsdauer



Bethel

Abbildung 7.1 Ersteinschätzung und Wartezeiten (erstellt auf Basis eines Plakats aus dem Evangelischen Klinikum Bethel) Hinweis: Eine vergrößerte Darstellung dieses Plakats befindet sich am Ende des Berichts.

Durch das Warten erbringen Patient:innen und Begleitpersonen eine Art Vorleistung. Es hilft, das wertzuschätzen und aufmerksam auf die Anliegen einzugehen, sobald diese an der Reihe sind. Patient:innenzentriertes Verhalten soll aber nicht mit Unterwürfigkeit gleichgesetzt werden: Nicht allen Anfragen kann nachgekommen werden und es dürfen und sollen Grenzen gesetzt werden [2].
Um Aggressionen seitens der Patient:innen und Begleitpersonen zu verhindern, kann es außerdem helfen, für etwas Verpflegung und Entertainment während der Wartezeit zu sorgen (siehe *Kapitel 3.2* bzw. *Kapitel 4.6*).

7.1.1 Angst in der Notaufnahme

Wie oben bereits beschrieben, ist das Aufsuchen der Notaufnahme für Patient:innen und deren Begleitpersonen mit Angst, Unsicherheit und Kontrollverlust verbunden [1]. Auf Basis von Angst kann Aggression entstehen, daher ist der einfühlsame Umgang mit Angst für die Gewaltprävention wichtig.
Die Beschäftigten gehen zwar mitunter intuitiv auf die Angst ein, aber dies geschieht oft unbewusst – Angst wird in der Notaufnahme meist nicht erkannt bzw. berücksichtigt [1]. Hierfür wurde in der Interviewstudie als Grund genannt, dass Angst als schambehaftetes Gefühl von den Betroffenen nicht gerne verbalisiert wird. Des Weiteren ist den Beschäftigten ggf. nicht bewusst, was bei Patient:innen und Begleitpersonen Angst auslösen kann, da sie sich – im Gegensatz zu diesen – in einer gewohnten Routine befinden [1]. Angst sollte bei der Arbeit in Notaufnahmen Berücksichtigung finden und in systematischer Weise erfasst, behandelt und dokumentiert werden. Dabei sollte der Umgang mit Angst als Teamaufgabe verstanden und konzipiert werden [1].

Dies beginnt bei der Ersteinschätzung, in der Angst bereits erkannt werden sollte, indem sie z. B. mit einem Screening-Instrument abgefragt wird (siehe *Kapitel 5.3.2*). In der Folge kann Emotions- und Gefühlsarbeit aufgenommen werden, welche ein wichtiger Bestandteil der Arbeit in der Notaufnahme ist [3]. Da Angst als schambehaftetes Gefühl nicht immer gerne zugegeben wird, ist Fingerspitzengefühl erforderlich, um zu entscheiden, ob Angst direkt („Haben Sie Angst?“) oder indirekt („Sind Sie besorgt?“) angesprochen wird. Andererseits wurde auch beschrieben, dass es das Aggressionspotenzial senkt, wenn die Patient:innen sich ganzheitlich als Mensch gesehen fühlen, indem sich die Anamnese nicht nur auf körperliche Symptome beschränkt, sondern auch Sorgen und Emotionen einbezogen werden. Grundsätzlich kann es daher helfen, die Angst offen anzusprechen. Dadurch werden Patient:innen und Begleitpersonen mit der Angst nicht alleingelassen und das Vertrauen für die weitere Zusammenarbeit wird gestärkt.

„Ich hörte, wie der Patient und unser Oberarzt sich anschrien. Eine wirklich ganz, ganz gefährliche Situation. Ich kannte den Patienten aber, bin auf ihn zugegangen und habe gesagt: ‚Herr Müller, Sie haben Angst, oder?‘ Mit der Adressierung seiner Angst war diese Situation komplett deeskaliert.“ ***(Pflegerische Leitung)***

Die folgende Auflistung gibt Beispiele dafür, wie auf Patient:innen mit erhöhtem Angstlevel eingegangen werden kann, erstellt anhand [1]:

- Ängstliche Patient:innen können in der Dringlichkeit hochgestuft werden. So können die mit Angst einhergehenden somatischen Symptome (z. B. Luftnot oder Blutdruckanstieg) vermieden werden.
- Gespräche, Ablenkung und intensivere Betreuung (idealerweise 1:1). Um das leisten zu können, sollten die Begleitpersonen einbezogen werden. Ein passendes Pflegekonzept beinhaltet den Beziehungsaufbau zu einer Bezugspflegekraft, die den Fall durch die Notaufnahme begleitet (siehe *Kapitel 5.1*).

- Vermehrte Information über den Gesundheitszustand, die durchgeführten Maßnahmen und den geplanten Behandlungsablauf.
- Anpassen der Umgebung, indem Ortswechsel und hohe technische Ausstattung der Räume vermieden, die Geräuschkulisse reduziert und eine beruhigende Atmosphäre (z. B. Musik, Lektüre) geschaffen werden.
- Angstlösende Medikamente als letzte Option, wenn die nicht-medikamentösen Interventionen ausgeschöpft sind.

Hinweis

Angst kann bereits dadurch reduziert werden, dass Patient:innen und Begleitpersonen eine Rückmeldung über das Ergebnis der Ersteinschätzung erhalten [3]. Die Interviewteilnehmenden berichteten, dass Patient:innen und Begleitpersonen die Behandlungsdringlichkeit häufig anders bewerten als die Beschäftigten. Diese Diskrepanz wird so schnellstmöglich aufgeklärt.

„Für uns ist ja ein Notfall nur etwas, das kurz vor dem Tod steht. Aber für denjenigen bedeutet das ja wahnsinnig viel: Vielleicht kann er seinen Beruf nicht mehr ausüben … Wir sind da teils zu abgestumpft." *(Pflegerische Leitung)*

7.1.2 Patient:innengruppen mit erhöhtem Risiko für aggressives Verhalten

In der Interviewstudie wurden verschiedene Krankheitsbilder beschrieben, die das Risiko für Gewalt erhöhen, insbesondere psychiatrische oder neurologische Erkrankungen, z. B. Substanzmissbrauch und Demenz. Die Teilnehmenden berichteten, dass die Gewalt in entsprechenden Fällen oft nicht als solche wahrgenommen wurde, da die Patient:innen als schuldunfähig angesehen wurden. Trotzdem handelt es sich hierbei um Gewalt, die nicht einfach hingenommen werden sollte und gegen die es Maßnahmen gibt. Allerdings wurde geschildert, dass die üblicherweise angewandten Maßnahmen, wie Kommunikation und Herstellung von Konsens, hier nicht in gleichem Maße wirksam waren.

Bei geriatrischen Patient:innen muss z. B. die Einschränkung der kognitiven Funktionen und die abnehmende Seh- und Hörfähigkeit in der Kommunikation berücksichtigt werden. Hier ist ebenfalls die Organisation einer Bezugspflegekraft sinnvoll [4] (siehe *Kapitel 5.1*). Bisher sind die lauten, hektischen Notaufnahmen nur unzureichend auf geriatrische Patient:innen ausgerichtet [5], die dadurch schnell die Orientierung verlieren können. Außerdem führt der Mangel an Konzepten zur Zusammenarbeit mit den Angehörigen dazu, dass wichtige Informationen fehlen und die Unsicherheit auf Seiten der Patient:innen und Angehörigen verstärkt wird [4]. Entsprechend fasst *Tabelle 7.1*, basierend auf der Interviewstudie, generelle Tipps zum Umgang mit Risikogruppen für aggressives Verhalten zusammen.



Tabelle 7.1 Allgemeine Tipps für den Umgang mit Risikogruppen für aggressives Verhalten

Reizabgeschirmte Unterbringung
Einzelzimmer mit medizinischer Überwachung (siehe *Kapitel 3.3*): ▶ Abstand zu anderen Patient:innen, so kann kein Streit entstehen. ▶ Stabiler medizinischer Rahmen in einer ruhigen Atmosphäre.
Nur Versorgungsleistungen durchführen, die akut notwendig sind: ▶ Bei Alkoholintoxikation möglichst wenig Interaktion, Patient:innen in Ruhe ausnüchtern lassen.
Ursachen für Eskalationen vermeiden
Keine Befehle erteilen oder Restriktionen auferlegen, dies führt zu Widerstand: ▶ Wünschen möglichst nachkommen (z. B. Trinken, Essen, Toilettengang, Telefonnetz, WLAN). Zur Entlastung kann ggf. nicht-medizinisches Personal auf entsprechende Bedürfnisse eingehen (siehe *Kapitel 5.1*).
Mit Zeit und Ruhe agieren, geduldig begleiten
Patient:innen in Ruhe ankommen lassen: ▶ Patient:innen offen und unvoreingenommen begegnen. ▶ Zeit nehmen zum Aufbau einer Vertrauensbasis, ruhig sprechen und handeln. ▶ Das Vorgehen ausführlich erklären. ▶ Ggf. eine Begleitperson zur Betreuung einbinden. Insbesondere bei Patient:innen mit Demenz können Angehörige Orientierung und Sicherheit geben sowie wichtige Informationen im Rahmen der Anamnese übermitteln.
Expert:innen einbinden
Psychiater:innen (ggf. aus angrenzender Psychiatrie) zur Gesprächsführung mit (psychisch erkrankten) Patient:innen hinzuziehen: ▶ Psychiater:innen können in ruhiger 1:1-Situation einen Konsens mit den Patient:innen herstellen oder bei Bedarf weiterführende Maßnahmen einleiten. ▶ Überweisung in psychiatrische (Partner-)Kliniken in Erwägung ziehen.
Sicher auftreten
Ruhig und selbstsicher Konsequenzen aufzeigen (z. B. keine Behandlung, Hinzuziehen der Polizei): ▶ Auf den Eigenschutz achten, Fluchtwege offen halten, sich ggf. zurückziehen (siehe *Kapitel 6.1.2.3*). ▶ Kolleg:innen, Vorgesetzte, Sicherheitsdienst oder die Polizei frühzeitig informieren. ▶ Alarmierungsketten bekannt machen (siehe „Praxistipps“ in *Kapitel 5*).

„Die Leute vernünftig ausnüchtern lassen, in einem stabilen medizinischen Rahmen, aber eben auch in einer ruhigen Atmosphäre. Das ist das, was häufig hilft.“ *(Ärztliche Leitung)*

„Psychisch erkrankte Patienten muss man ja im gleichen zeitlichen Rahmen abhandeln wie alle anderen. Die verstehen aber vielleicht nicht so schnell, warum man von ihnen Blut abnehmen will.“ *(Pflegekraft)*

„Das Einfachste ist, aggressive Personen ziehen zu lassen, wobei das aus medizinischen Gründen nicht immer möglich ist.“ *(Pflegerische Leitung)*

7.1.3 Patient:innen und Begleitpersonen aus verschiedenen Kulturen

Teilnehmende der Interviewstudie äußerten, dass es im Umgang mit Patient:innen und Begleitpersonen aus verschiedenen Kulturen aufgrund von Missverständnissen und Verständigungsproblemen zu Gewalt und Aggressionen kommt. Sprachbarrieren sind das offensichtlichste Problem. Hier hilft es, Informationen schriftlich in verschiedenen Sprachen zur Verfügung zu stellen. Außerdem können elektronische Übersetzungshilfen oder Programme bzw. Listen mit den wichtigsten Textbausteinen in anderen Sprachen für die Kommunikation genutzt werden. Dies betrifft Informationen zur Therapie, aber auch zur Organisation (z. B. Zugangsbeschränkungen). Außerdem sollte bedacht werden, welche Sprachkompetenzen im Team oder auch in anderen Abteilungen vorhanden sind (Liste mit möglichen Übersetzungshelfer:innen im Dienstzimmer aushängen).

Für Irritationen sorgen außerdem Unterschiede im Verhalten, die nicht verstanden oder auf der Basis von Vorurteilen falsch interpretiert werden und bei den Beschäftigten ggf. zu Überforderung sowie einer inneren Abwehrhaltung führen [4]. Doch bei der Gewaltprävention hilft es nicht, das Verhalten der anderen als falsch anzusehen. Stattdessen sollte ein Verständnis dafür entwickelt werden.



Von besonderer Bedeutung sind hierbei die Unterschiede zwischen kollektivistischen Kulturformen und den individualistisch geprägten westlichen Gesellschaften. In den individualistischen Kulturen wird erwartet, dass die Individuen Entscheidungen zu ihrer Gesundheit eigenständig treffen. Sie werden außerdem im Krankheitsfall hauptsächlich nur von den engsten Angehörigen besucht und unterstützt. In kollektivistischen Kulturen ist die soziale Zuwendung hingegen eine wichtige Bewältigungsstrategie. Die Erkrankten nehmen eine eher passive Rolle ein, werden nicht alleine gelassen und die Familie kümmert sich fürsorglich [4].

Dies führt im Alltag der Notaufnahme zu verschiedenen Problemen im Umgang mit den Angehörigen. Die intensive Anteilnahme und Begleitung durch diese wird von den Beschäftigten unter Umständen als störend erlebt, z. B. wenn die Erwartungen der Familienmitglieder bei Entscheidungen einbezogen werden oder die Begleitpersonen anstelle der Patient:innen sprechen. Außerdem sind lange Aufklärungsgespräche mit Begleitpersonen unter Berücksichtigung von Sprachbarrieren in den Routinen der Notaufnahme nicht in ausreichendem Umfang möglich. Auch das Durchsetzen von Zugangsbeschränkungen stößt bei Personen aus kollektivistischen Kulturen auf Unverständnis. Beschäftigte empfinden dieses Verhalten ggf. als fordernd [4].
Also wird mehr Zeit benötigt sowie die am Anfang des Abschnitts genannten Hilfsmittel zur Überwindung der Sprachbarriere. Doch es lohnt sich, am Anfang diese Zeit in die Aufklärung zu investieren, da es so im Verlauf zu weniger Missverständnissen kommt. Zur Gewaltprävention ist es außerdem erforderlich, sich nach Möglichkeit auf kulturspezifische Gegebenheiten einzustellen, auch wenn diese aus der Perspektive einer individualistisch geprägten Gesellschaft nicht immer nachvollziehbar sind.

! Allgemeine Hinweise zur Kommunikation zwischen Personen aus unterschiedlichen Kulturen[1]

- Zentraler Faktor zum Erhalt des Vertrauens und der Empathie ist das Wissen um die verschiedenen Perspektiven, von denen keine richtig oder falsch ist. Eine Abwehrhaltung oder Vorurteile sind auf beiden Seiten fehl am Platz. Diese Einstellung trägt nicht nur zur Gewaltprävention, sondern auch zur Arbeitserleichterung bei.
- Es zeigt Interesse und Empathie, kulturell bedingte Missverständnisse offen anzusprechen. Auch Freundlichkeit ist kulturübergreifend und kann zur Auflösung von angespannten Situationen beitragen. Dies sollte von beiden Seiten beherzigt werden.
- Ggf. vorhandene Sprachbarrieren erfordern Geduld. Patient:innen und Begleitpersonen sollte diese beim Schildern ihrer Anliegen entgegengebracht werden. Bei Bedarf sollte eine zusätzliche Begleitperson zum Übersetzen zugelassen werden.
- Sofern dies gewünscht und möglich ist, sollte geschlechtergleich behandelt werden. Das Brechen dieses Tabus kann für Patient:innen beschämend sein, was den Beschäftigten nicht immer bewusst ist. Das resultierende Verhalten der Patient:innen kann dann nicht eingeordnet werden. Außerdem sollte auf Wunsch eine Begleitperson des gleichen Geschlechts im Behandlungszimmer zugelassen werden.

In Bezug auf kollektivistische Kulturen:

- Sich die Ursachen des möglicherweise vorhandenen Unverständnisses gegenüber Zugangsbeschränkungen für Begleitpersonen ins Gedächtnis rufen und über die Gründe für diese Regelung aufklären (siehe *Kapitel 7.2*).

[1] Erstellt anhand: [4].

7.2 Zugangsbeschränkungen für Begleitpersonen

Zugangsbeschränkungen für Begleitpersonen wurden spätestens zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie in den Notaufnahmen der Interviewteilnehmenden eingeführt. In Bezug auf Gewaltprävention wurden sowohl positive als auch negative Aspekte beschrieben, die mit der Abwesenheit von Begleitpersonen einhergehen (siehe *Tabelle 7.2*).

Tabelle 7.2 Vor- und Nachteile von Zugangsbeschränkungen für Begleitpersonen

Pro Zugangsbeschränkungen	Kontra Zugangsbeschränkungen
Verringerung der Personenanzahl in der Notaufnahme hilft gegen Überfüllung und es sind weniger „Zaungäste" anwesend.	Besorgte Begleitpersonen bleiben länger in Ungewissheit über den Gesundheitszustand der Patient:innen.
Verbreitung von Unruhe innerhalb der Notaufnahme durch besorgte und ggf. aggressive Begleitpersonen bleibt aus.	Die Aggression der Begleitpersonen entlädt sich ggf. an anderer Stelle, z. B. an der Anmeldung. Diskussionen über den Zutritt rauben Zeit und Energie.
Weniger Störungen in den Abläufen, da weniger Personen anwesend sind, die Informationen zur weiteren Behandlung einfordern.	Persönliches Gespräch mit den Angehörigen teils schwierig zu ersetzen. Ohne Einbeziehung der Angehörigen steigt auf allen Seiten ggf. die Unzufriedenheit. Vermehrte Beschwerden, wenn medizinische Entscheidungen ohne Einbindung der Angehörigen getroffen werden.
Begleitpersonen sind teils bevormundend. Die Anamnese wird in einigen Fällen erschwert, wenn nicht die Patient:innen selbst ihre Beschwerden schildern.	Begleitpersonen können beim Schildern der Symptome aber auch hilfreich sein und eine seelische Stütze für die Patient:innen darstellen. Patient:innen werden durch die Begleitpersonen auch während Wartezeiten „überwacht". Es gibt Patient:innengruppen, bei denen die Anwesenheit von Begleitpersonen unerlässlich ist: Kinder, an Demenz Erkrankte, Sterbende oder bei Personen mit fehlenden Deutschkenntnissen (als Dolmetscher:in).
Zeitpunkt für Gespräche mit Angehörigen (Telefonat) kann selbst gewählt werden. → Es sollte eine zentrale Anrufannahme geben, damit Beschäftigte nicht durch Anrufe von Angehörigen gestört werden. → Mögliche Lösung für rechtliche Unsicherheiten bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht: Vergabe eines Codeworts bei der Aufnahme, das am Telefon von den Angehörigen genannt werden muss.	Telefonische Besprechung von Befunden mit Angehörigen ist ein zeitlicher Mehraufwand. Danach ist zusätzlich eine Rückmeldung an Patient:innen zum Inhalt des Telefonats erforderlich. → Es ist schwierig, ernste Befunde am Telefon zu besprechen.

„So blöd es für die Angehörigen ist, Zutrittsbegrenzungen empfinde ich als ein wirksames Tool, um Gewalt vor den Türen zu halten." *(Ärztliche Leitung)*

„Also ich vertrete ganz klar die Meinung: Ein sensibler, fürsorgender Angehöriger ist in manchen Situationen wichtiger als so manche Tablette." *(Ärztliche Leitung)*

Aus den Standpunkten der Interviewteilnehmenden lässt sich demnach ein Kompromiss ableiten: Grundsätzlich ist eine Zutrittsbeschränkung für Begleitpersonen sinnvoll, da so in einer ohnehin überfüllten Notaufnahme das Aggressionspotenzial gesenkt werden kann. Dennoch ist es empfehlenswert, eine begleitende Person pro Patient:in zuzulassen. Diese können die Beschäftigten bei der Betreuungsarbeit unterstützen und bei der Kommunikation mit den Patient:innen sowie

weiteren Angehörigen außerhalb der Notaufnahme entlasten. So eine allgemeingültige Regelung kann die Transparenz sowie die Selbstbestimmung der Patient:innen und Begleitpersonen steigern. Außerdem kann sie Aggressionen, vor allem gegenüber den Beschäftigten an der Anmeldung, reduzieren. Um die Aufklärungsarbeit zu den Zugangsbeschränkungen zu erleichtern, sollten Aufklärungsblätter in mehreren Sprachen verfasst und den Begleitpersonen bei Bedarf ausgehändigt werden.

7.3 Hausverweis und Hausverbot

Bei aggressivem Verhalten von Patient:innen und Begleitpersonen kann erwogen werden, einen Hausverweis und ein Hausverbot auszusprechen. Da aber eine Verpflichtung zur Notfallbehandlung besteht [6], ist zu bedenken, dass diese gegenüber Patient:innen nur eingeschränkt wirksam sind. Wenn allerdings kein Notfall vorliegt, sind Hausverweise und Hausverbote hilfreiche Instrumente im Umgang mit Gewalt. Von Beschäftigten wird diese Maßnahme als starkes Signal dahingehend wahrgenommen, dass die Arbeitgebenden keine Gewalt tolerieren. Auch von den jeweiligen Patient:innen wird ein Hausverbot als Einschränkung wahrgenommen. Denn abgesehen von Notfällen erhalten sie dann ggf. keine Behandlung und ein Verstoß gegen das Hausverbot kann den Straftatbestand des Hausfriedensbruchs (§ 123 Strafgesetzbuch – StGB) erfüllen.

„Aber in den allermeisten Fällen ziehen wir dann eher zurück und sagen: ‚Alles klar, dann müssen Sie jetzt das Krankenhaus verlassen.' Dann rufen wir die Polizei an und sagen: ‚So, Herr Müller ist raus. Der hat 3,4 Promille gepustet, der kann so sicherlich nicht am Straßenverkehr teilnehmen.' In den meisten Fällen kommen die Patienten dann in Polizeibegleitung zu uns zurück." *(Ärztliche Leitung)*

Die Teilnehmenden der Interviewstudie schilderten, dass neben einem mündlichen Hausverweis anschließend teils auch ein rechtsverbindliches Hausverbot mittels Einschreiben zugestellt wurde. So kann in der Zukunft das Hausrecht gegenüber dieser Person durchgesetzt werden und wegen des Einschreibens kann diese auch nicht behaupten, sie wäre nicht über das Hausverbot informiert worden. Personen, die mit einem – in der Regel zeitlich begrenzten – Hausverbot belegt sind, sollten intern vermerkt werden (z. B. Liste an der Anmeldung oder Eintrag im Computersystem), sodass bei deren Eintreffen direkt die Polizei hinzugezogen werden kann. Die Polizei kann dann zur Unterstützung während der Behandlung anwesend sein oder die Person nach draußen begleiten, sollte keine Behandlungsindikation für die Notaufnahme vorliegen. Weitere rechtliche Schritte können in Form von Strafanzeigen eingeleitet werden, was in *Kapitel 8.3* genauer beschrieben wird.

Grundlage dieser Maßnahmen ist die Hausordnung, denn Hausverweise und Hausverbote werden als Konsequenz von Verstößen gegen eben diese ausgesprochen. Da im Kontext der Notaufnahme andere Dinge relevant sind als in der stationären Versorgung, kann es empfehlenswert sein, eine Hausordnung speziell für die Notaufnahme zu erlassen. So entsteht mehr Klarheit sowie Rechtssicherheit und den Mitarbeitenden kann ermöglicht werden, das Hausrecht auszuüben [6]. Die Hausordnung sollte unter juristischer Beratung sowie unter Berücksichtigung von gewaltspezifischen Faktoren ausgearbeitet werden. Denn auch, wenn nicht alle Details geregelt werden können und die Regelungen im Alltag nicht prinzipiell durchgesetzt werden, ist es für die Beschäftigten bei Bedarf möglich, auf diesen festgelegten Rahmen zurückzugreifen. In diesem Zusammenhang sollten auch die begleitenden Prozessschritte (z. B. Dokumentation, Formulare, 4-Augen-Prinzip) festgelegt werden. Beispiele für wichtige Aspekte, die bezüglich der Gewaltprävention in die Hausordnung aufgenommen werden sollten, sind in *Tabelle 7.3* dargestellt. Außerdem sollte die Hausordnung gut sichtbar ausgehängt werden und in mehreren Sprachen verfügbar sein, um auf sie verweisen zu können.

Tabelle 7.3 Wichtige Punkte in der Hausordnung bezüglich Gewaltprävention[1]

Allgemeines	→ Die Hausordnung gilt für Patient:innen und deren Begleitpersonen sowie für alle Personen, die sich auf dem Gelände und in den Gebäuden des Krankenhauses aufhalten. → Die Akzeptanz der Hausordnung ist Bestandteil der allgemeinen Vertragsbedingungen des Krankenhauses. → Die zur Aufrechterhaltung des ungestörten Krankenhausbetriebes ergehenden Anordnungen, die von Mitarbeitenden des Krankenhauses oder von dessen externen Dienstleistenden (z. B. Sicherheitsdienst) ausgesprochen werden, sind zu befolgen. → Alle Mitarbeitenden sind berechtigt, weitergehende Anweisungen auszusprechen, um bestmögliche und sichere Stationsabläufe zu erreichen.
Gewalt	→ In unserer Einrichtung beschäftigen wir Personen verschiedener Herkunft und Religionen. Wir begegnen allen Menschen mit gleicher Achtung. Es wird ein respektvolles Verhalten zwischen Patient:innen, Begleitpersonen und Personal erwartet. Jegliche Art nonverbaler, verbaler oder körperlicher Gewalt tolerieren wir nicht. Die Ahndung dieser Straftaten richtet sich nach den jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen.
Begleitpersonen	→ Nennung der maximal zulässigen Anzahl von Begleitpersonen in der Notaufnahme. → Die Mitarbeitenden können Ausnahmen bezüglich Besuchszeiten und Anzahl der Begleitpersonen zulassen. Sie sind zudem berechtigt, Besuchsmöglichkeiten einzuschränken, wenn es für das Wohlbefinden von Patient:innen oder den reibungslosen Stationsablauf erforderlich ist (z. B. Verlassen des Zimmers während der Durchführung pflegerischer oder ärztlicher Tätigkeiten; Hinausbitten der Begleitpersonen bei Überfüllung der Notaufnahme). Dies bezieht sich auf die Besuchszeiten, die Anzahl der Begleitpersonen pro Patient:in oder deren Aufenthaltsort in der Notaufnahme. → Begleitpersonen dürfen nicht unter dem Einfluss von Alkohol oder sonstigen Drogen stehen.
Beschädigung der Einrichtung	→ Die Einrichtung ist so zu belassen, wie sie vorgefunden wurde. Sämtliche Gegenstände sollen von Patient:innen und Begleitpersonen achtsam behandelt werden. Die Haftung für vorsätzlich oder grob fahrlässig verursachte Beschädigungen richtet sich nach den allgemeinen gesetzlichen Bestimmungen und es kann Schadensersatz verlangt werden.
Nutzung von Mobiltelefonen	→ Die Mitarbeitenden sind berechtigt, zur Aufrechterhaltung des ungestörten Stationsbetriebes und um dem Ruhebedürfnis anderer Patient:innen nachzukommen, die Nutzung von Mobiltelefonen zu untersagen. → Das Anfertigen von Bild-, Video- oder Tonaufnahmen ist zum Schutz der Persönlichkeitsrechte und zur Wahrung des Datenschutzes untersagt, ausgenommen sind dienstliche Gründe im Rahmen diagnostischer oder therapeutischer Verfahren.
Sonstiges	→ Der Aufenthalt ist nur in den dafür vorgesehenen Räumen und Bereichen gestattet. → Patient:innen, die das Krankenhaus (vorübergehend) verlassen wollen, brauchen die Erlaubnis des ärztlichen Personals. Grundsätzlich gilt: Patient:innen, die das Krankenhaus ohne formale Entlassung vorübergehend oder dauerhaft verlassen, tun dies auf eigene Gefahr. → Drogen und Alkohol dürfen auf dem gesamten Gelände nicht konsumiert werden und das Rauchen ist nur außerhalb des Gebäudes in den dort gekennzeichneten Bereichen gestattet. → Grundsätzlich soll die größtmögliche Ruhe eingehalten werden und auf alle Anwesenden ist Rücksicht zu nehmen. Das bezieht sich z. B. auf Gespräche sowie das Essen und Trinken. → Das Mitbringen von Tieren ist untersagt, Ausnahmen können bei Assistenztieren erwogen werden.
Zuwiderhandlungen	Für Patient:innen ebenso wie für Begleitpersonen sollten mögliche Konsequenzen bei Verstößen gegen die Hausordnung geregelt und in diese aufgenommen werden. Ein gestuftes Vorgehen kann wie folgt aussehen: → Aussprechen einer Ermahnung durch Mitarbeitende oder den Sicherheitsdienst. → Hausverweis und ggf. das Aussprechen eines Hausverbots bei groben oder wiederholten Verstößen bzw. bei Wiederholungsgefahr. Wichtig: Die Verpflichtung zur Behandlung in Notfallsituationen besteht weiterhin. → Ahndung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Hausfriedensbruch (§ 123 StGB), z. B. wenn der begründeten Aufforderung zum Verlassen des Krankenhausgeländes nicht sofort Folge geleistet wird.
Zuständigkeit	Die Ausübung des Hausrechts sollte in der Hausordnung geregelt werden: → Üblicherweise haben die Geschäftsführenden das Hausrecht. Sollten diese verhindert sein, sind z. B. kaufmännische, pflegerische oder ärztliche Direktionen bzw. deren Vertretungen zuständig. → Es sollten auch Personen innerhalb der Notaufnahme zur Ausübung des Hausrechts bestimmt und dieses in der Hausordnung festgehalten werden, damit die Regelungen unmittelbar durchgesetzt werden können. In der Interviewstudie wurde es als hilfreich beschrieben, wenn z. B. Chefärzt:innen berechtigt sind, Hausverbote auszusprechen. Außerdem sollten die Beschäftigten der Notaufnahme berechtigt sein, Hausverweise auszusprechen, wenn durch das Verhalten aggressiver Personen Gefahren entstehen oder der Stationsablauf gestört wird.

[1] Die Tabelle wurde auf Grundlage der Hausordnungen zweier Krankenhäuser erstellt, eines davon bleibt anonym, das andere ist das Klinikum Herford.

Praxistipps

1. Es ist ein wichtiger Bestandteil einer Strategie zur Gewaltprävention, auf die Sorgen der Patient:innen und Begleitpersonen einzugehen, dem beschriebenen Kontrollverlust entgegenzuwirken und ihnen ein Gefühl der Selbstbestimmung zurückzugeben. Auch aus diesem Grund muss in der Notaufnahme ausreichend Personal zur Verfügung stehen und die Informationsweitergabe an Patient:innen und Begleitpersonen sollte gut organisiert sein. Diese Zeit ist besser in die Prävention, als in die Deeskalation investiert!
2. Kommunikation ist wichtig, um über die Prozesse in der Notaufnahme aufzuklären. Außerdem kann die Stimmung der Patient:innen und Begleitpersonen so besser wahrgenommen werden. Auf diese Weise sind die Beschäftigten vorgewarnt und es kommt seltener zu spontaner Aggression.
3. Umgang mit ängstlichen Patient:innen und Begleitpersonen richtig gestalten:
   - ✔ Screening bezüglich Angst einführen (siehe *Kapitel 5.3.2*).
   - ✔ Gefühls- und Emotionsarbeit als Teil der Arbeit in der Notaufnahme anerkennen.
   - ✔ Angst offen ansprechen.
   - ✔ Informationen bereitstellen, um Transparenz zu schaffen.
4. Auf die Bedürfnisse der Risikogruppen eingehen, die ein erhöhtes Aggressionspotenzial haben.
5. Kultursensibel handeln und die Hintergründe des Verhaltens in verschiedenen Kulturen als wichtige Grundlage der Gewaltprävention verstehen.
6. Zugang für Begleitpersonen begrenzen: maximal eine Begleitperson pro Patient:in.
7. Aspekte zur Gewaltprävention in die Hausordnung aufnehmen und auch Personen aus der Notaufnahme das Ausüben des Hausrechts ermöglichen. Bei aggressivem Verhalten: Hausverweis, Hausverbot und Strafanzeige in Erwägung ziehen.

Literaturangaben

1. Nickoleit, M., Dietz-Wittstock, M. & Friesdorf, M., (2022). *Gewaltfrei in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis*, Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 353–368.
2. Marx, D., Richter, L. & Quernheim, G., (2022). *Kommunikation in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis*, Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 53–69.
3. Weihers, K. & Dormann, P., (2023). *Das Phänomen der Angst innerhalb von Notaufnahmeabteilungen.* intensiv, 31(1): S. 27-31. https://doi.org/10.1055/a-1970-7515
4. Glien, P. et al., (2022). *Besondere Patientengruppen in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis*, Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 265–300.
5. Heppner, H. J. et al., (2014). *Bedeutung der demographischen Entwicklung für die Notfallmedizin.* Notfall + Rettungsmedizin, 17(6): S. 494-499. https://doi.org/10.1007/s10049-013-1751-5
6. Porten, S., (2022). *Rechtliche Grundlagen in der Notaufnahme.* In: *Notfallpflege: Fachweiterbildung und Praxis*, Dietz-Wittstock, M. et al., (Hrsg.), Springer: Berlin, Heidelberg. S. 411–424.

Kapitel 8



8 Meldung

In diesem Kapitel geht es darum, Gewaltvorfälle sichtbar zu machen, indem sie dokumentiert und gemeldet werden – sowohl innerbetrieblich als auch an externe Stellen. In Forschungsarbeiten wird darauf hingewiesen, dass Beschäftigte Gewalt als Teil des Jobs sehen und daher nicht melden [z. B. 1, 2]. Die Teilnehmenden der Interviewstudie berichteten, dass das insbesondere auf verbale Gewalt zutrifft.

> „Selbst manche Ohrfeige wird nicht gemeldet, erst recht nicht eine Beleidigung oder Diskriminierung. Verbale Übergriffigkeiten, sei es aufgrund von Geschlecht, Religion oder Ethnie, die werden ja bisher gar nicht erfasst.“*(Ärztliche Leitung)*

Insbesondere Führungskräfte müssen daher die Sensibilisierung noch deutlich voranbringen, damit den Beschäftigten verdeutlicht wird, dass sie keine Art der Gewalt hinnehmen müssen. Denn auch wenn nicht jeder Vorfall ein starkes Belastungsempfinden auslöst, kann durch wiederholt auftretende Gewaltereignisse in der Summe ein stärkeres Belastungsempfinden angenommen werden [1]. Daher sollten Beschäftigte grundsätzlich alle Gewaltereignisse (zumindest innerbetrieblich) melden, auch wenn sie keine unmittelbare Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen.
In der Interviewstudie wurden beim Thema Meldung drei verschiedene Prozesse angesprochen (siehe *Abbildung 8.1*). Diese Verfahren zur Meldung von Gewaltvorfällen haben sehr unterschiedliche Zielsetzungen, die in der Folge genauer besprochen werden.



Abbildung 8.1 Die verschiedenen Arten der Meldung

8.1 Innerbetriebliche Meldung

Bei der innerbetrieblichen Meldung sind zwei Aspekte relevant: die Dokumentation von Einzelheiten zu den jeweiligen Vorfällen und die Erfassung aller Ereignisse, um einen Überblick zu ermöglichen.

1. Eine genaue Dokumentation der Vorfälle, z. B. im Sinne eines Gedächtnisprotokolls, ist eine wichtige rechtliche Absicherung. Das gilt insbesondere für den Fall, dass involvierte Personen seelische oder körperliche Schäden davongetragen haben. So kann der Vorfall genau nachvollzogen werden, wenn Beschäftigte etwa eine Strafanzeige stellen möchten oder eine Meldung als Arbeitsunfall bei verzögert auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen erst später vorgenommen wird. Wenn der Vorfall genau dokumentiert wurde, kann das die

„Weil da kommen ja häufig Beschwerden auf, man hätte dem Patienten die Behandlung verweigert und sonst was. Wenn man dann sagen kann: ‚Naja, der Mensch hat erst das Behandlungszimmer aufgemischt und dann hat er auch noch die Polizei angegriffen'. Diese großangelegten Beschwerden, die fallen dann in sich zusammen." *(Ärztliche Leitung)*

Beschäftigten außerdem bei strafrechtlichen Verfahren schützen [3], sollten die Patient:innen oder Begleitpersonen ihrerseits eine Anzeige stellen.
Bezüglich der gewalttätigen Person sollte in der Dokumentation festgehalten werden, welches aggressive Verhalten vorgelegen hat [3], inklusive einer Darstellung der Handlungen und Aussagen (z. B. Beschimpfungen). In Bezug auf das Vorgehen der Beschäftigten sollte beschrieben werden, warum eine Deeskalation nicht möglich war bzw. gescheitert ist und inwiefern die angewandten Maßnahmen erfolgversprechend, notwendig sowie angemessen waren [3].

❷ Über die Dokumentation hinaus ist die innerbetriebliche Erfassung von körperlichen, verbalen und nonverbalen Gewaltvorfällen wichtig, um Nachsorgeprozesse einzuleiten und einen Überblick über das generelle Vorkommen von Gewalt zu erhalten. Letzteres bietet die Möglichkeit, Gefährdungen zukünftig zu verhindern, etwa indem die Daten bei der Gefährdungsbeurteilung herangezogen werden (siehe *Kapitel 2.4*). So wird deutlich, ob Gewaltvorfälle immer zu einer bestimmten Zeit (z. B. am Wochenende) oder an einem bestimmten Ort (z. B. an der Anmeldung) auftreten. Nur so können die Maßnahmen zur Gewaltprävention zielgerichtet auf die individuellen Gegebenheiten in der jeweiligen Notaufnahme ausgerichtet werden.
Die Erfassung ist für Beschäftigte zudem eine Möglichkeit, die Vorfälle sichtbar zu machen und das Bewusstsein auf allen Ebenen zu steigern. Wird den Beschäftigten diese Möglichkeit zur Verfügung gestellt, wird klar vermittelt, dass sie Gewalt nicht als Teil des Jobs hinnehmen müssen. Es ist außerdem wichtig, auch jene Gewaltvorfälle konsequent zu erfassen, die von Patient:innen oder Begleitpersonen mit eingeschränkter Schuldfähigkeit ausgehen (z. B. bei Demenz oder Intoxikation). Auch wenn ein Einzelereignis vielleicht keine Konsequenzen hat, kann die regelmäßige Erfassung bei wiederholt auftretenden Vorfällen Auswirkungen auf die weitere Betreuung und Unterbringung der Aggressor:innen haben und somit zum Schutz beitragen. Außerdem handelt es sich trotz eingeschränkter Schuldfähigkeit der Täter:innen um Gewalt, unter der Beschäftigte leiden. Die Erfassung verdeutlicht, dass für die Prävention von diesen Ereignissen vermehrte Ressourcen erforderlich sind.

„Wenn ihr die Übergriffe nicht erfasst, dann könnt ihr auch nicht argumentieren, dass ihr irgendwelche Sicherheitsmaßnahmen braucht." *(Pflegerische Leitung)*

Wenn der Geschäftsführung die gesammelten Daten vorgelegt werden können, wird untermauert, dass Gewalt in der Notaufnahme ein Problem ist, gegen das etwas unternommen werden muss.

„Wir sind dann mit Zahlen, Daten und Fakten an den Vorstand herangetreten und haben die Ausbildung von Deeskalationstrainer:innen genehmigt bekommen." *(Ärztliche Leitung)*

Daher ist es erforderlich, in jeder Notaufnahme ein strukturiertes Meldesystem für Gewaltereignisse einzurichten (siehe *Tabelle 8.1*).



Tabelle 8.1 Implementierung eines strukturierten innerbetrieblichen Meldesystems für Gewaltvorfälle

1	**Es sollte ein Meldebogen vorhanden sein, um eine strukturierte Erfassung zu ermöglichen. Beispiele für Gewalterfassungsbögen, die (ggf. nach Anpassung) für die Nutzung in der eigenen Notaufnahme infrage kommen, sind nachfolgend aufgelistet:** → Gewalterfassungsbogen der DGINA: Die „Arbeitsgruppe (AG) Gewaltfrei" der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) hat auf Basis der Meldebögen verschiedener Krankenhäuser im Expert:innenkonsens einen Gewalterfassungsbogen entwickelt. Dieser kann gebührenfrei genutzt werden und ist ab Sommer 2023 auch auf der Website der AG Gewaltfrei der DGINA abrufbar, siehe: [4]. → Fragebogen der BGW: Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) stellt ebenfalls einen Fragebogen zur Erfassung von aggressivem Verhalten bereit, siehe: [5]. → SOAS-RE: Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency. Der in der Studie genutzte Bogen ist (auf Englisch) als ergänzendes Material zur wissenschaftlichen Publikation von Morken et al. einsehbar, siehe: [6]. → EVA: Erfassung von Aggressionsereignissen. Der Bogen ist verfügbar auf der Website des Netzwerks Aggression und Gewaltprävention, Sicherheitsmanagement Deutschland e.V. (NAGS Deutschland e.V.), siehe: [7].
2	Es ist im Sinne des Arbeitsschutzes wichtig, nicht nur Arbeitsunfälle zu erfassen (siehe *Kapitel 8.2*), sondern grundsätzlich alle körperlichen, verbalen und nonverbalen Gewaltvorkommnisse (also auch Beinahe-Vorfälle). Daraus ergeben sich wertvolle Hinweise zur Gewaltprävention.
3	Durch eine Meldung muss die Nachsorge initiiert und in der Folge aktiv auf Betroffene zugegangen werden, um einen möglichen Unterstützungsbedarf zu ermitteln.
4	Es muss ein vollständiger Meldeprozess etabliert und unter den Mitarbeitenden bekannt sein. Bestenfalls ist das Meldesystem digital, um eine schnelle und unkomplizierte Erfassung sowie Auswertung zu ermöglichen.
5	Die Weiterverarbeitung der Daten muss definiert sein, eine regelmäßige Analyse muss stattfinden. Erfolgt diese innerhalb der Notaufnahme, müssen hierfür verantwortliche Personen benannt werden. Erfolgt die Auswertung auf übergeordneten Ebenen des Krankenhauses, ist es wichtig, dass die Ergebnisse der Auswertung an die Notaufnahmen weitergegeben werden, damit daraus Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden können.
6	Die Mitglieder des Arbeitsschutzausschusses (ASA) sollten in den Meldeprozess integriert werden (siehe *Abbildung 2.2* in *Kapitel 2.3*). Die gesammelten Daten sollten außerdem regelmäßig im ASA analysiert und Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden. So sind alle Akteur:innen des Arbeitsschutzes für das Thema Gewalt sensibilisiert und befassen sich in regelmäßigen Abständen damit.

In Notaufnahmen, in denen noch kein strukturiertes Meldesystem etabliert ist, sollte eine Meldung an die jeweiligen Vorgesetzten erfolgen. Dabei ist eine mündliche oder auch formlose schriftliche Meldung denkbar, zur standardisierten Auswertung ist allerdings die Erfassung unter Verwendung eines Meldebogens zu bevorzugen.
In der Interviewstudie gab es nur wenige Notaufnahmen, in denen bereits eine strukturierte Erfassung von Gewaltereignissen erfolgte. Es wurden in Ermangelung eines strukturierten Meldesystems verschiedene andere Verfahren genutzt. Diese werden nachfolgend mit ihren jeweiligen Einschränkungen dargestellt, um zu verdeutlichen, dass sie kein Ersatz für ein strukturiertes Meldesystem sein können.

➲ **Patient:innenakte:** Die Dokumentation eines Gewaltvorfalls in der Patient:innenakte sollte nur die Aspekte beinhalten, die für den Behandlungsverlauf oder zur Vorwarnung von weiterbehandelnden Kolleg:innen relevant sind (siehe *Kapitel 4.5*). Die Patient:innenakte ist aber keinesfalls als Meldesystem geeignet, da hier nicht dokumentiert werden soll, ob die Mitarbeitenden verletzt sind oder ob sie Nachsorgebedarf haben. Die Einleitung der Nachsorge oder die systematische Erfassung und Auswertung der Vorfälle ist somit nicht möglich.

➲ **Verbandbuch:** Insbesondere im Zusammenhang mit körperlichen Verletzungen wurde von den Interviewteilnehmenden eine Dokumentation der Gewaltvorfälle im Verbandbuch genannt. Verletzungen und Erste-Hilfe-Leistungen müssen im Betrieb schriftlich festgehalten werden, um nachzuweisen, dass der Schaden während der Arbeit entstanden ist [8]. Doch dieses Vorgehen kann ebenfalls ein strukturiertes Meldesystem für Gewalt nicht ersetzen. Es wurden Bedenken bezüglich des Datenschutzes bei der umfassenden Dokumentation in dem (meist leicht zugänglichen) Buch geäußert. Dazu kommt der Nachteil, dass darin in der Regel nur körperliche Vorfälle dokumentiert wurden. Des Weiteren diente dieses Verfahren bei den Interviewteilnehmenden nicht dazu, die Ereignisse systematisch zu analysieren oder Präventionsmaßnahmen abzuleiten.

➲ **Fehlermeldesysteme:** In der Interviewstudie wurde die Meldung über Fehlermeldesysteme im Rahmen des Qualitätsmanagements beschrieben. Entsprechende einrichtungsübergreifende Plattformen dienen dazu, sicherheitsrelevante Ereignisse, Risiken sowie mögliche Lösungsvorschläge zu berichten und daraus Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Die Meldungen der Mitarbeitenden an diese Systeme müssen anonym und sanktionsfrei möglich sein [9]. Ein Vorteil ist daher, dass auf Mängel in sicherheitsrelevanten Mechanismen aufmerksam gemacht werden kann, ohne persönliche Konsequenzen befürchten zu müssen. Entsprechend war in den Notaufnahmen einiger Teilnehmer:innen eine Meldung von Gewaltereignissen über ein Critical Incident Reporting System (CIRS) möglich. Dieses System ist ursprünglich zur anonymen Erfassung von kritischen Ereignissen gedacht, die keine Schäden zur Folge hatten (Beinahe-Schäden). Ziel ist dabei u. a. die Verbesserung von Prozessen [10]. Im Zusammenhang mit Gewalt wären das etwa: a) ein Hinweis auf fehlende Alarmierungssysteme, b) die Äußerung des Bedarfs an Sicherheitspersonal oder c) Vermerke über die Missachtung der Gewaltprävention seitens der Führungskräfte trotz mehrfacher Anregungen der Mitarbeitenden. Auch die Erstellung einer Statistik zu (Beinahe-)Gewaltvorfällen wäre mithilfe dieses Systems möglich. Dennoch können Fehlermeldesysteme ein strukturiertes Meldewesen für Gewalt aber nicht ersetzen: Sie sind nicht dafür gedacht, einen tatsächlich eingetretenen (persönlichen) Schaden zu melden und mit den Beteiligten aufzuarbeiten. Außerdem kann den Betroffenen aufgrund der Anonymität kein Nachsorgeangebot unterbreitet werden.

„Grundsätzlich sollte eine schriftliche Erfassung eines jeden Vorfalls laufen. Es sollte eine abgestufte Meldung geben, bei der auch der Wunsch der Betroffenen berücksichtigt wird. Also man muss nicht immer die Polizei rufen, man muss auch nicht alles als Arbeitsunfall melden, aber man muss alles grundsätzlich mal erfassen, dass es überhaupt da gewesen ist.“ *(Ärztliche Leitung)*

8.2 Meldung an die Unfallversicherungsträger

Versicherungsrechtlich sind Gewaltereignisse Arbeitsunfälle, wenn eine körperliche oder seelische Verletzung resultiert [11]. Die Meldung von Arbeitsunfällen erfolgt an die Unfallversicherungsträger (UV-Träger), also an die …

- … **Unfallkassen (UK):** bei Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft bzw. die
- … **Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW):** bei allen übrigen Krankenhausträgern (privat oder frei-gemeinnützig).

Sobald Mitarbeitende aufgrund eines Arbeitsunfalls mehr als drei Kalendertage arbeitsunfähig sind, muss verpflichtend eine Unfallanzeige erfolgen (per Post, Fax oder Onlineformular). Anzeigepflichtig ist das Unternehmen bzw. die vom Unternehmen dafür bevollmächtigten Personen, und zwar innerhalb von drei Tagen nach dem Arbeitsunfall [12]. Die Unfallversicherungsträger stellen dann medizinische und außermedizinische Leistungen zur Rehabilitation zur Verfügung, inklusive Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie am Leben in der Gemeinschaft [13].

Doch ab wann sollen Gewaltvorfälle an die Unfallversicherungsträger gemeldet werden und wie verhält es sich bei verbaler und nonverbaler Gewalt? Einige Interviewteilnehmende berichteten, dass nur sehr schwere oder grundsätzlich nur körperliche Vorfälle gemeldet wurden. Doch da durch wiederholte Gewaltereignisse in der Summe ein Belastungsempfinden vermutet werden kann [1], sollten auch weniger gravierende Vorfälle berücksichtigt werden. Allerdings müssen Arbeitsunfälle durch ein konkretes, zeitlich begrenztes Ereignis verursacht sein [14], weshalb diese kumulativen Effekte nicht als Arbeitsunfall angesehen werden (z. B. psychische Beanspruchungsfolgen durch ständig auftretende, unterschwellige verbale Gewalt). Verbale und nonverbale Gewalt können dennoch die Kriterien eines Arbeitsunfalls erfüllen, etwa bei einer Traumatisierung durch Nötigung oder Bedrohung.

Was bedeutet das für die Meldung eines Gewaltereignisses als Arbeitsunfall? In Anlehnung an Empfehlungen der Unfallversicherungsträger [11, 12, 15] und Erkenntnisse aus den (Expert:innen-) Interviews gibt *Tabelle 8.2* einige Anhaltspunkte.





Tabelle 8.2 Meldung von Gewalt als Arbeitsunfall[1]

Bei Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit	Arbeitsunfähigkeit >3 Kalendertage: Die Meldung ist verpflichtend. Arbeitsunfähigkeit ≤3 Kalendertage: Die Meldung ist nicht verpflichtend, sollte aber erfolgen, da insbesondere psychische Folgen zeitverzögert auftreten können. Dabei ist zu beachten, dass die Meldung an die Unfallversicherungsträger außerhalb der Meldepflicht der Zustimmung der versicherten Person bedarf.
Wenn keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt	Eine Meldung als Arbeitsunfall sollte erfolgen, wenn vermutet wird, dass die betroffene Person bei der Verarbeitung des Erlebten Hilfe benötigen könnte oder wenn bereits Verhaltensänderungen bemerkt werden. Dies gilt insbesondere nach Extremereignissen, die immer als Arbeitsunfall gemeldet werden sollten. Auch die Beschäftigten, die Zeug:innen des Vorfalls geworden sind, sollten dabei grundsätzlich bedacht werden. Entscheidend ist, dass die individuellen Wünsche der Betroffenen berücksichtigt werden (außerhalb der Meldepflicht bedarf die Meldung an die Unfallversicherungsträger ohnehin der Zustimmung der versicherten Person). Eine Nachbesprechung des Vorfalls mit den Führungskräften ist daher sehr wichtig, hierbei kann sich der Wunsch zur Meldung herauskristallisieren.
Bei zeitlich verzögerten Beschwerden	Die Meldung eines Arbeitsunfalls sollte zwar innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall erfolgen, sie ist allerdings auch nachträglich noch möglich (zeitlich unbefristet). So können Vorfälle noch angezeigt werden, wenn Spätfolgen auftreten, die auf dieses Ereignis zurückzuführen sind. Es wird häufig unterschätzt, dass eine Traumatisierung erfolgt sein könnte und die Arbeitsunfähigkeit ggf. erst verzögert eintritt.
Bei regelmäßigem Vorkommen von Gewalt	Wenn psychische Beanspruchungsfolgen für Beschäftigte aufgrund eines hohen Gewaltvorkommens absehbar sind, wird empfohlen, mit den Unfallversicherungsträgern in Kontakt zu treten. Hierbei handelt es sich nicht um die Meldung eines Arbeitsunfalls, aber die Unfallversicherungsträger können bei der Entwicklung eines Präventionskonzepts beratend zur Seite stehen. So kann auch den sich summierenden Effekten durch ständig auftretende kleinere Gewaltvorfälle frühzeitig entgegengewirkt werden.

[1] In Anlehnung an: [11, 12, 15], adaptiert anhand der Studienergebnisse.

8.3 Strafanzeige

Gewalt gegen Personen oder Sachen stellt in der Regel eine strafbare Handlung dar und eine Notaufnahme ist kein rechtsfreier Raum. Somit können die Betroffenen eine Strafanzeige gegen die Täter:innen erstatten [11]. Betroffene stellen sich dabei unter Umständen die Frage, ob die Täter:innen schuldfähig sind, z. B. bei dementen oder intoxikierten Patient:innen bzw. Begleitpersonen. Doch die Klärung der Schuldfähigkeit obliegt den Ermittlungsbehörden bzw. dem Gericht und sollte nicht die Entscheidung für oder gegen eine Anzeige beeinflussen [11].
Einigen Betroffenen fällt das Stellen einer Anzeige zunächst schwer.

„Man muss auch den jeweiligen betroffenen Mitarbeiter schützen, der in dem Moment vielleicht einfach nur, um aus der Stresssituation herauszukommen, sagt: ‚Nein, ich möchte da nichts verfolgt haben'. Der dann aber mit dem notwendigen Abstand sagt: ‚Ach, hätte ich mal …'." *(Ärztliche Leitung)*

Hier ist die Unterstützung der Einrichtung gefordert, um den Betroffenen eine möglicherweise bestehende Angst vor dem Stellen einer Strafanzeige zu nehmen und sie für diese Möglichkeit zu sensibilisieren. Gelebter Schutz für die Betroffenen und Zeug:innen einer Straftat beinhaltet [gemäß 16] …

- … die Unterstützung beim Stellen der Strafanzeige und bei Gerichtsverhandlungen ebenso wie
- … die Informationsweitergabe zum Stand von Ermittlungen oder dem Strafverfahren.

Beispielsweise kann [in Anlehnung an: 16, 17] abgesprochen werden, dass …

- … entsprechende Fälle automatisch von den Anwält:innen der hauseigenen Rechtsabteilung übernommen werden,
- … Führungskräfte bei der Einschätzung des Vorfalls helfen, beim Gespräch mit der Polizei unterstützen und zusammen mit der Personalabteilung den Fall begleiten sowie
- … die beim Vorfall anwesenden Kolleg:innen sich bereiterklären, als Zeug:innen auszusagen.

Handlungssicherheit bei den organisatorischen Abläufen nach einem Gewaltvorfall, verbindliche Absprachen und festgelegte Standards in der Einrichtung fördern die wahrgenommene Sicherheit [17]: Wer erstattet die Anzeige? Wer wird über den Vorgang informiert?

Null-Toleranz-Strategie

Eine konsequente Ahndung von Straftaten gegenüber Beschäftigten fördert die gelebte Sicherheitskultur [16].

Auch wenn es vom Wunsch der Betroffenen abhängig gemacht werden sollte, ob eine Strafanzeige gestellt wird oder nicht, so sollte betriebsintern darüber gesprochen werden, welche Möglichkeiten es gibt. Informationen zu strafbarem Verhalten können den Beschäftigten bei ihrer persönlichen Einschätzung des Ereignisses helfen, ebenso wie Gespräche mit den Führungskräften. Insbesondere den Führungskräften, aber auch den Beschäftigten selbst, sollten daher die wichtigsten Rechtsgrundlagen zu Straftatbeständen und Selbsthilferecht vermittelt werden. Dabei können u. a. die eigene Rechtsabteilung, aber auch Polizei und Staatsanwaltschaft unterstützen [16].
Auf dieser Basis können die Beschäftigten im Vorhinein und nach ihrem persönlichen Empfinden eine Schwelle festlegen, ab der sie eine Anzeige erstatten möchten, und sie können sich dabei der Unterstützung des Hauses sicher sein.

„Also ich würde mir wünschen, dass es jeweils zur Anzeige kommt, dass das Normalität werden würde." *(Ärztliche Leitung)*

Im Zusammenhang mit körperlicher, verbaler und nonverbaler Gewalt in der Notaufnahme können den Strafverfolgungsbehörden (Polizei und Staatsanwaltschaft) verschiedene Straftaten angezeigt werden [17]. *Tabelle 8.3* gibt einen beispielhaften Überblick, um für mögliche rechtliche Schritte zu sensibilisieren. Die Polizei kann bei Unsicherheiten über die strafrechtliche Relevanz eines Vorfalls hinzugezogen werden, da sie in entsprechenden Konfliktsituationen geschult ist und immer selbst eine neutrale strafrechtliche Bewertung vornehmen wird.

Tabelle 8.3 Beispiele für Straftaten im Zusammenhang mit Gewalt in der Notaufnahme [1]

1	**Widerstand gegen oder tätlicher Angriff auf Personen, die Vollstreckungsbeamt:innen gleichstehen (§ 115 StGB)**	Beschäftigte in Notaufnahmen sind laut Strafgesetzbuch (StGB) als Hilfeleistende unter besonderen Schutz gestellt, der dem von Vollstreckungsbeamt:innen gleichsteht (§ 115 Absatz 3 StGB). Personen, die Hilfeleistende der Notaufnahme durch Gewalt oder durch Drohung mit Gewalt behindern bzw. diese tätlich angreifen, können entsprechend § 113 StGB bzw. § 114 StGB mit einer Geld- oder Freiheitsstrafe belegt werden.
2	**Körperverletzung (§ 223 StGB) und gefährliche Körperverletzung (§ 224 StGB)**	Eine Körperverletzung ist die körperliche Misshandlung oder die Schädigung der Gesundheit einer Person (§ 223 Absatz 1 StGB), unabhängig davon, ob Schmerz zugefügt wurde. Ausschlaggebend für die körperliche Misshandlung ist die nicht unerhebliche Beeinträchtigung des Wohlbefindens oder der körperlichen Unversehrtheit. Ein Beispiel hierfür kann das Anspucken sein. Auch eine Gesundheitsschädigung, ausgelöst durch eine Bedrohung, die eine starke psychische Beeinträchtigung hervorruft, kann zur Körperverletzung zählen. Eine gefährliche Körperverletzung liegt vor, wenn diese z. B. mit einer Waffe, einem gefährlichen Werkzeug oder durch einen hinterlistigen Überfall erfolgt (§ 224 Absatz 1 StGB).

Fortsetzung **Tabelle 8.3** Beispiele für Straftaten im Zusammenhang mit Gewalt in der Notaufnahme[1]

3	**Sexueller Übergriff; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung (§ 177 StGB) und sexuelle Belästigung (§ 184i StGB)**	Unter § 177 Absatz 1 StGB fällt das Vornehmen sexueller Handlungen an einer anderen Person gegen deren erkennbaren Willen. Dazu zählt ebenfalls, wenn Täter:innen gegen den erkennbaren Willen einer Person von dieser sexuelle Handlungen vornehmen lassen. Für Betroffene eines Sexualdelikts kann der Hinweis wichtig sein, dass die Beweissicherung auch anonym und ohne Information der Polizei möglich ist. Die nächstgelegene Stelle kann z. B. hier ermittelt werden, siehe: [18]. So sind die Spuren für ein späteres Ermittlungsverfahren gesichert, sollte sich die betroffene Person erst zu einem späteren Zeitpunkt für eine Anzeige entscheiden. Bei der sexuellen Belästigung handelt es sich um eine körperliche Berührung einer Person in sexuell bestimmter Weise, durch die diese belästigt wird (§ 184i Absatz 1 StGB).
4	**Nötigung (§ 240 StGB)**	Bei einer Nötigung werden Personen durch Gewalt oder Drohung mit einem empfindlichen Übel zu einer Handlung, Duldung oder Unterlassung gezwungen (§ 240 Absatz 1 StGB).
5	**Bedrohung (§ 241 StGB)**	Die Bedrohung richtet sich gegen das Opfer oder eine dem Opfer nahestehende Person, wobei der Inhalt der Drohung eine Tat gegen die sexuelle Selbstbestimmung, die körperliche Unversehrtheit, die persönliche Freiheit oder eine Sache von bedeutendem Wert ist (§ 241 Absatz 1 StGB). Ziel ist nicht, die Bedrohten zu einem bestimmten Verhalten zu zwingen (im Gegensatz zur Nötigung), sondern es kommt auf die Drohung und die dadurch ausgelöste Angst des Opfers an.
6	**Beleidigung (§ 185 StGB)**	Die Beleidigung definiert sich durch einen rechtswidrigen Angriff auf die Ehre einer Person durch vorsätzliche Kundgabe der Missachtung oder Nichtachtung. Sie kann wörtlich, schriftlich, bildlich oder durch schlüssiges Handeln erfolgen (z. B. Zeigen des Mittelfingers). Eine ehrenrührige Tatsachenbehauptung kann auch eine Beleidigung sein ebenso wie diskriminierende und rassistische Aussagen.
7	**Üble Nachrede (§ 186 StGB) und Verleumdung (§ 187 StGB)**	Wenn jemand über eine andere Person etwas behauptet oder verbreitet, das diese in der öffentlichen Meinung herabwürdigen kann, dann ist das üble Nachrede, sofern diese Behauptung unwahr ist (§ 186 StGB). Ebenso ist das bei der Verleumdung, bei der es aber zudem darauf ankommt, dass der Täter/die Täterin in sicherer Kenntnis der Unwahrheit handelt, also wider besseres Wissen über eine andere Person eine unwahre Tatsache behauptet oder verbreitet (§ 187 StGB).
8	**Hausfriedensbruch (§ 123 StGB)**	Hausfriedensbruch begeht, wer widerrechtlich in eine entsprechend § 123 Absatz 1 StGB definierte Örtlichkeit eindringt oder ohne Befugnis dort verweilt und nach Aufforderung durch Berechtigte diese nicht verlässt. Hausfriedensbruch in der Notaufnahme begeht beispielsweise, wer gegen ein zuvor ausgesprochenes Hausverbot verstößt, indem er/sie widerrechtlich eindringt oder bei einem Hausverweis die Notaufnahme nicht umgehend verlässt, also unbefugt verweilt. Diese Vorschrift schützt das Hausrecht, welches üblicherweise die Geschäftsführenden haben. Das Hausrecht kann aber durch interne Verfügungen auf andere Personen übertragen werden (z. B. Führungskräfte der Notaufnahme). Es ist wichtig, dass auch Personen innerhalb der Notaufnahme zur Ausübung des Hausrechts bestimmt werden, damit diese etwa bei Verstößen gegen die Hausordnung einen Hausverweis oder ein Hausverbot aussprechen können (siehe *Kapitel 7.3*), welche grundsätzlich auch mündlich gelten. Das Hausverbot muss ausdrücklich erklärt werden, und die verweilende Person muss klar erkennen können, dass sie sich zu entfernen hat. Daher sollte das Hausverbot zur besseren Nachvollziehbarkeit dokumentiert und am besten schriftlich (per Einschreiben) zugestellt werden. Beachtet werden muss in diesem Zusammenhang, dass die Verpflichtung für Notaufnahmen weiterhin besteht, Patient:innen bei akuten Notfällen zu behandeln.
9	**Sachbeschädigung (§ 303 StGB)**	Hierbei handelt es sich um die vorsätzliche Beschädigung oder Zerstörung einer fremden Sache (§ 303 Absatz 1 StGB).

„Da war ein Angehöriger, der dann zu unserem Kollegen gesagt hat: ‚Wenn du uns jetzt nicht sofort drannimmst, dann komme ich gleich wieder und erschieße dich'." *(Pflegerische Leitung)*

Ein Beispiel könnte der von Patient:innen geäußerte Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung sein, wenn die Behandlung allerdings aufgrund ihres aggressiven Verhaltens gar nicht möglich war.

[1] Die Informationen sind entnommen aus den jeweiligen Gesetzestexten sowie: [17, S. 86–90]. Sie wurden ergänzt durch Informationen aus einem Expert:inneninterview.

Grundsätzlich kann jede:r eine Straftat anzeigen, nicht nur die Geschädigten selbst. Dabei ist die Anzeige auch nicht an eine bestimmte Form gebunden. Polizei und Staatsanwaltschaft müssen strafrechtlich relevante Sachverhalte verfolgen, sobald sie davon Kenntnis erhalten haben [17]. Aber nicht alle Straftaten werden von Amts wegen verfolgt. Es gibt Offizialdelikte, die immer verfolgt werden, und Antragsdelikte, bei denen es sich um geringere Straftaten handelt, die nur auf Antrag der Geschädigten verfolgt werden [17]. Darunter fällt etwa die sexuelle Belästigung nach § 184i StGB. Der Strafantrag muss innerhalb von drei Monaten gestellt werden (§ 77b Absatz 1 StGB) und kann – im Unterschied zur ursprünglichen Anzeige – auch wieder zurückgenommen werden, wenn der oder die Geschädigte kein Interesse mehr an der Strafverfolgung hat (§ 77d StGB). Bei Antragsdelikten gibt es zudem Ausnahmen, bei denen die Staatsanwaltschaft auch ohne Strafantrag tätig werden kann, wenn sie ein besonderes öffentliches Interesse an der Strafverfolgung feststellt [17].

Ein wichtiges Detail beim Stellen der Strafanzeige ist außerdem, dass zum Schutz der Beschäftigten während des gesamten Verfahrens nicht deren private Wohnanschrift, sondern die Dienstadresse angegeben werden sollte [16].

Strafanzeigen wurden von den Interviewteilnehmenden bezüglich ihrer Wirksamkeit verschieden bewertet. Sie berichteten einerseits, dass es sich um langwierige Prozesse mit erheblichem Ermittlungsaufwand handele, die schlussendlich kaum Konsequenzen hätten. Auf der anderen Seite wurde beschrieben, dass eine Strafanzeige durchaus auch als Präventionsmaßnahme angesehen werden könne, da die aggressive Person sich beim nächsten Aufenthalt in der Notaufnahme gemäßigter verhalten würde, aus Angst vor einer weiteren Anzeige. Grundsätzlich tragen Anzeigen zum Schutz vor aktenkundigen Täter:innen bei und fließen in die Übergriffstatistiken der Behörden ein [19].

Strafanzeigen können den Betroffenen zu mehr Gerechtigkeit verhelfen. Außerdem werden Gewaltvorfälle auf diese Weise einrichtungsübergreifend erfasst und somit sichtbar gemacht, was dazu beitragen kann, die Dunkelziffer zu senken und das Bewusstsein zu steigern.



Praxistipps

Innerbetriebliche Erfassung und Dokumentation	**Alle Vorfälle strukturiert erfassen!** → Gewalt ist nicht Teil des Jobs! Aussagen wie: „Das gehört halt dazu …“ sollten auf allen Ebenen unterlassen werden. Stattdessen sollten alle Vorfälle innerbetrieblich erfasst werden. Dazu zählen neben der körperlichen Gewalt selbstverständlich auch verbale und nonverbale Vorfälle. Es muss ein strukturiertes Meldesystem etabliert werden, denn es sind Daten erforderlich, auf deren Basis passende Maßnahmen eingeführt und bei der Geschäftsführung eingefordert werden können. **Meldeprozess vereinfachen, mögliche Hemmschwellen für Meldungen senken!** → Meldewege im Unternehmen und den digitalen Speicherort von Meldebögen bekannt machen, ggf. Papierformulare bereitlegen. Wichtig ist, dass die innerbetriebliche Meldung so unkompliziert wie möglich ist, damit sie im Arbeitsalltag auch ausgefüllt wird. Daher ist grundsätzlich ein einfach gehaltenes Eingabefenster im Computersystem (oder ggf. auf dem Smartphone), das mit wenigen Klicks ausgefüllt werden kann, der Meldung in Papierform vorzuziehen. Es erleichtert auch die nachfolgende Auswertung, wenn die Daten digital erfasst werden. → Die Möglichkeit der anonymen Meldung (z. B. informell per Zettel in eine Box) kann als niederschwellige Maßnahme eingeführt werden. Unter Umständen möchten Mitarbeitende nicht als Geschädigte auftreten, aber trotzdem eine Meldung abgeben. Eine entsprechende Meldung kann z. B. in Statistiken für die Gefährdungsbeurteilung einfließen. Es sollte aber das Ziel sein, eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Beschäftigten sich dabei wohl fühlen, eine Meldung mit ihrem Namen abzugeben, damit bei Bedarf Nachsorgemaßnahmen eingeleitet werden können. **Aufgaben delegieren!** → Um pflegerischen, ärztlichen und administrativen Leitungen Arbeit abzunehmen, kann eine Person benannt werden, die in der Notaufnahme den anderen Mitarbeitenden beim Thema „Meldung“ beratend beiseitesteht und ggf. auch bei der Auswertung der Daten unterstützt. Dies kann z. B. die für Gewaltprävention zuständige Person übernehmen (siehe *Kapitel 5.1*). → Zuständige Ansprechpartner:innen bei der Polizei, bei den Unfallversicherungsträgern und im eigenen Haus bekannt machen, Kontaktdaten bereithalten.
Meldung an die Unfallversicherungsträger	**Meldung als Arbeitsunfall an die Unfallversicherungsträger – ja oder nein?** **Als Grundsätze können gelten:** → Lieber einmal zu viel melden als zu wenig! Nur durch eine Meldung erfahren die Unfallversicherungsträger von dem Ereignis und können Hilfe anbieten. → Die Meldung eines Arbeitsunfalls ist auch nachträglich (zeitlich unbefristet) möglich [11]. Zwar sollten Arbeitsunfälle innerhalb einer Frist von drei Tagen nach dem Unfall gemeldet werden [12], aber die gesundheitlichen Auswirkungen eines Gewaltereignisses sind nicht immer absehbar. Auch kleinere Gewaltvorfälle sollten daher immer zumindest dokumentiert werden (am besten über ein innerbetriebliches Meldesystem), um sie auch später noch nachvollziehen und melden zu können, sollten etwa psychische Spätfolgen auftreten.
Strafanzeige	**Strafanzeige in Erwägung ziehen!** → Obwohl grundsätzlich jede:r eine Straftat anzeigen kann, sollte die Entscheidung dafür oder dagegen den Betroffenen überlassen werden. → Für Strafanzeigen sollten innerbetriebliche Abläufe erarbeitet werden, die Unterstützung (Führungskräfte) sowie fachliche Beratung (z. B. Rechtsabteilung) für die Betroffenen beinhalten [16, 17]. → Wenn Führungskräfte und Klinikleitungen die Mitarbeitenden bei der Strafanzeige unterstützen, wird vermittelt … ✔… dass keine Toleranz gegenüber aggressivem Verhalten besteht sowie ✔… dass die Führungsebene hinter den Beschäftigten steht und ihnen den Rücken stärkt.

Literaturangaben

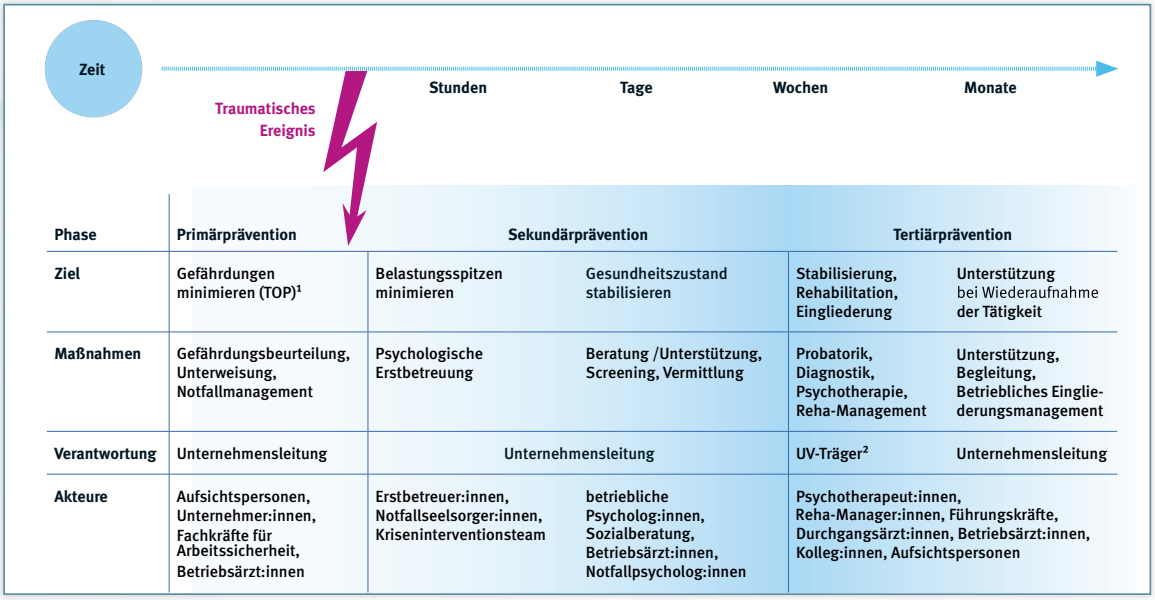
1. Schuffenhauer, H. & Güzel-Freudenstein, G., (2019). *Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen*. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin: ASU, 54(6): S. 386–393.
2. Stene, J. et al., (2015). *Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report.* The Permanente Journal, **19**(2): S. e113-e117. https://doi.org/10.7812/TPP/14-187
3. Krämer, G. & Walter, G., (2019). *Arbeitsschutz, Recht, Ethik*. In: *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement: Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe,* 2. Auflage, Nau, J., Walter, G. & Oud, N., (Hrsg.), Hogrefe: Bern. S. 417–470.
4. Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA). *AG Gewaltfrei: Gewalt gegen Personal, Betroffene von Gewalt in der Notfallklinik – das Thema ist wichtig!* [Zitiert am: 28.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.dgina.de/arbeitsgruppen/ag-gewaltfrei
5. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Fragebogen zur Erfassung von aggressivem Verhalten* [Zitiert am: 28.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/resource/blob/9320/51cf834bcbc8f94fd1b3557b4b42577c/bgw08-00-070-fragebogen-aggressives-verhalten-download-data.docx
6. Morken, T. et al., (2018). *The Staff Observation Aggression Scale – Revised (SOAS-R) – adjustment and validation for emergency primary health care.* BMC Health Services Research, 18, 335. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3157-z; direkter Link zum ergänzenden Material (SOAS-RE): https://ndownloader.figstatic.com/files/11382287
7. Verein Netzwerk Aggression- und Gewaltprävention, Sicherheitsmanagement Deutschland e.V. (NAGS Deutschland e.V.). *EVA – Erfassung Von Aggressionsereignissen.* [Zitiert am: 28.04.2023]. Verfügbar unter: https://nags-deutschland.de/wp-content/uploads/2019/05/19_3_EVA_ErfassungVonAggressionsereignissen.pdf; sowie: https://nags-deutschland.de/wp-content/uploads/2019/05/19_3_EvA_Begleitschreiben.pdf
8. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), (2022). *Verbandbuch: Meldeblock zur Dokumentation von Erste-Hilfe-Leistungen.* [Zitiert am: 30.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/medien-arbeitshilfen/medien-center/verbandbuch-18958
9. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), (2016). *Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme* (üFMS-B). Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1209/Bestimmung_ueFMS_2016-03-17_iK-2016-07-05.pdf
10. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) GbR, (2021). *Frequently Asked Questions (FAQs) zu Critical Incident Reporting-Systemen* (CIRS). [Zitiert am: 30.04.2023]. Verfügbar unter: https://www.aezq.de/patientensicherheit/cirs/cirs-faqs
11. Heidrich, C. et al., (2018). *Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege: Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207-025).* Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV): Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3429/praevention-von-gewalt-und-aggression-im-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege-eine-handlungshilfe
12. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). *Die wichtigsten Fragen zur Unfallanzeige.* [Zitiert am: 15.05.2023]. Verfügbar unter: https://dguv.de/de/ihr_partner/unternehmen/unfallanzeige/index.jsp
13. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). *Rehabilitation / Leistungen.* [Zitiert am: 15.05.2023]. Verfügbar unter: https://dguv.de/de/reha_leistung/index.jsp
14. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). *Arbeitsunfälle.* [Zitiert am: 15.05.2023]. Verfügbar unter: https://dguv.de/de/versicherung/arbeitsunfaelle/index.jsp
15. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Hilfe für Betroffene nach Gewaltvorfällen.* [Zitiert am: 15.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/hilfe-fuer-betroffene-nach-gewaltvorfaellen-21726
16. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. *Anlage: Handlungsempfehlungen für „Dienstleistende“.* Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.sicherimdienst.nrw/system/files/media/document/file/handlungsempfehlungen-dienstleistende_bf.pdf
17. Päßler, K. & Trommer, U., (2021). *Gewaltprävention – ein Thema für öffentliche Verwaltungen?! „Das Aachener Modell“: Reduzierung von Bedrohungen und Übergriffen an Arbeitsplätzen mit Publikumsverkehr*, 4. Auflage. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW): Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/praevention_in_nrw/praevention_nrw_37.pdf
18. Terre des Femmes: Menschenrechte für die Frau e. V. *Vertrauliche bzw. anzeigenunabhängige Spurensicherung in Deutschland.* [Zitiert am: 27.06.2023]. Verfügbar unter: https://frauenrechte.de/unsere-arbeit/themen/haeusliche-und-sexualisierte-gewalt/unterstuetzung-fuer-betroffene/anonyme-spurensicherung
19. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, (2022). *Mehr Schutz und Sicherheit von Beschäftigten im öffentlichen Dienst: Präventionsleitfaden.* Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.sicherimdienst.nrw/system/files/media/document/file/21-0989-lafp_broschure-mehr-schutz-und-sicherheit_barrierefrei-bild-neu.pdf

Kapitel 9



9 Nachsorge

In diesem Kapitel wird dargestellt, was nach einem Gewaltereignis im Umgang mit betroffenen Kolleg:innen zu berücksichtigen ist, damit diese den Vorfall so gut wie möglich verarbeiten können. Grundlegend ist ein betriebliches Konzept zur Nachsorge, das im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention verschiedene Bausteine enthält. Das Nachsorgekonzept muss das Vorgehen nach körperlichen sowie verbalen bzw. nonverbalen Gewaltereignissen beinhalten. Dabei müssen für alle Schritte verantwortliche Personen und Stellen definiert werden. *Abbildung 9.1* gibt eine entsprechende Übersicht zu dem Vorgehen nach psychisch traumatisierenden Ereignissen.



Phase	Primärprävention	Sekundärprävention		Tertiärprävention	
Ziel	Gefährdungen minimieren (TOP)[1]	Belastungsspitzen minimieren	Gesundheitszustand stabilisieren	Stabilisierung, Rehabilitation, Eingliederung	Unterstützung bei Wiederaufnahme der Tätigkeit
Maßnahmen	Gefährdungsbeurteilung, Unterweisung, Notfallmanagement	Psychologische Erstbetreuung	Beratung /Unterstützung, Screening, Vermittlung	Probatorik, Diagnostik, Psychotherapie, Reha-Management	Unterstützung, Begleitung, Betriebliches Eingliederungsmanagement
Verantwortung	Unternehmensleitung	Unternehmensleitung		UV-Träger[2]	Unternehmensleitung
Akteure	Aufsichtspersonen, Unternehmer:innen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzt:innen	Erstbetreuer:innen, Notfallseelsorger:innen, Kriseninterventionsteam	betriebliche Psycholog:innen, Sozialberatung, Betriebsärzt:innen, Notfallpsycholog:innen	Psychotherapeut:innen, Reha-Manager:innen, Führungskräfte, Durchgangsärzt:innen, Betriebsärzt:innen, Kolleg:innen, Aufsichtspersonen	

© DGUV

[1] TOP = technische, organisatorische und personenbezogene Maßnahmen [2] UV-Träger = Unfallversicherungsträger

Abbildung 9.1 Verlaufsschema zu traumatischen Ereignissen [entnommen aus: 1]

Abbildung 9.2 zeigt beispielhaft einen Workflow aus der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der Anhaltspunkte für die akute, mittel- und langfristige Nachsorge beinhaltet und somit als Gedankenstütze für die Beschäftigten dienen kann.

Zum Nachsorgekonzept zählen auch die entsprechende Unterweisung der Beschäftigten, die Erstellung von Notfallplänen (siehe *Kapitel 9.1*) sowie die Kooperation mit weiteren Einrichtungen, in denen Betroffene Hilfe erhalten [2], z. B. Beratungsstellen, Kliniken, Trauma- oder Gewaltambulanzen. Bei längerer Abwesenheit der Betroffenen nach einem Vorfall muss auch die Unterstützung bei der Wiederaufnahme der Tätigkeit organisiert werden [2].

Gut organisierte Nachsorgeprozesse helfen Beschäftigten, die nach einem Gewaltvorfall körperlich oder seelisch beeinträchtigt sind, das Geschehene zu verarbeiten. Doch viele alltägliche Gewaltereignisse finden unterhalb einer Schwelle statt, ab der Nachsorgekonzepte greifen (z. B. Beleidigungen). Doch auch wenn nicht jedes Gewaltereignis ein starkes Belastungsempfinden auslöst, kann über einen längeren Zeitraum in der Summe ein stärkeres Belastungsempfinden vermutet werden [3].

Diese erst in Kumulation über einen längeren Zeitraum entstehenden psychischen Gesundheitsschäden gelten allerdings nicht als Arbeitsunfälle, da letztere per Definition durch ein singuläres, maximal auf eine Arbeitsschicht begrenztes Ereignis ausgelöst sein müssen. Außerdem gibt es in Deutschland bisher keine anerkannte Berufskrankheit bestimmter psychischer Störungen [4].

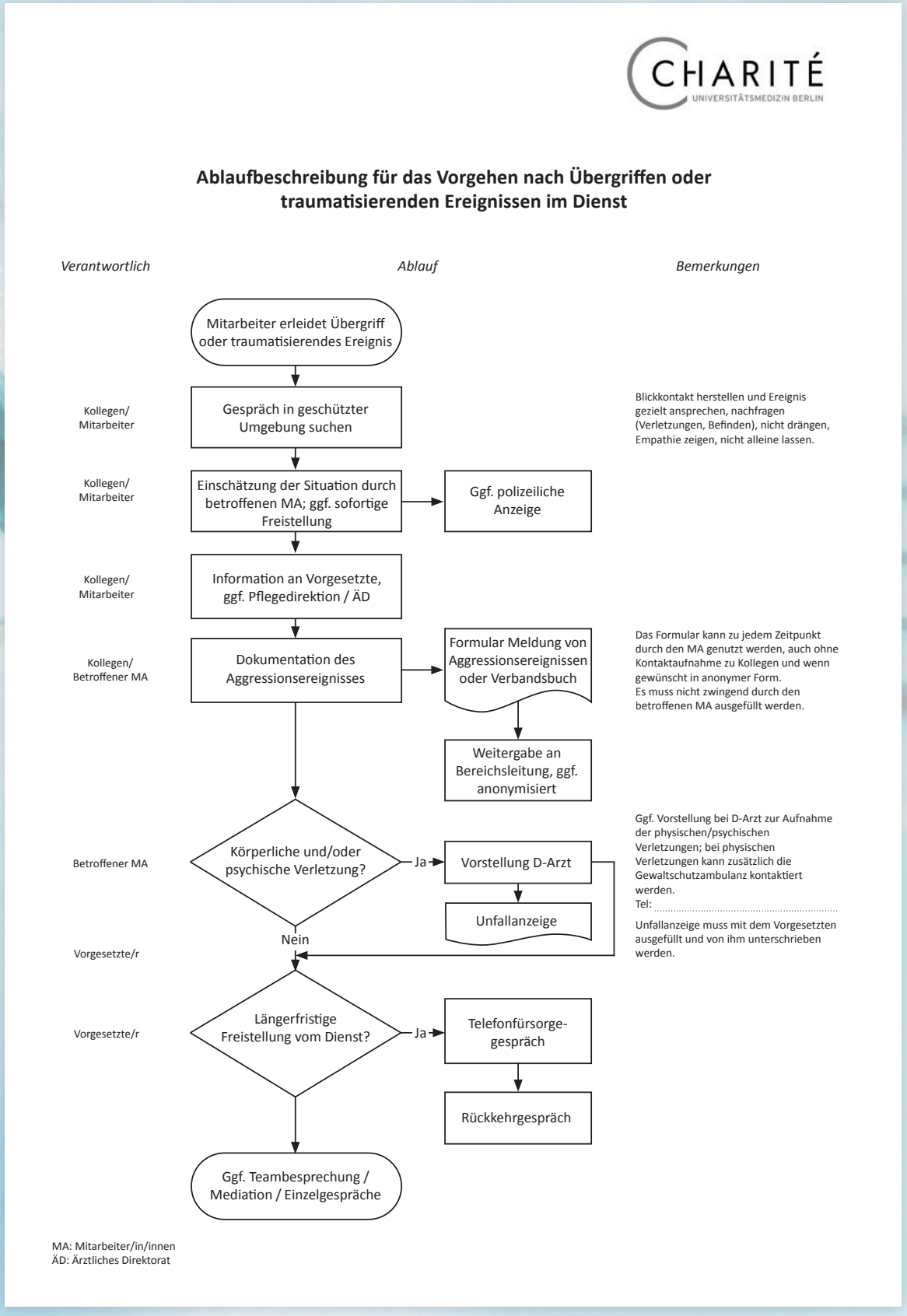


Abbildung 9.2 Ablaufschema zur Nachsorge aus der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Somit ist Präventionsarbeit gefordert, um auch unterschwelliger Gewalt entgegenzuwirken: Die Arbeitgebenden sind in der Pflicht, die Maßnahmen der Primärprävention umzusetzen (siehe *Abbildung 9.1*). In Anbetracht der hohen Dunkelziffer bei Gewaltereignissen ist es außerdem wichtig, dass Führungskräfte das Thema Gewalt proaktiv adressieren [5]. Es sollten zudem im Rahmen der Nachsorge Möglichkeiten geschaffen werden, um auch solche Vorfälle aufarbeiten zu können, die zunächst weniger gravierend erscheinen. Dafür kommen z. B. kleine Gesprächskreise unter Kolleg:innen, Teambesprechungen oder Team-Supervisionen infrage (siehe *Kapitel 6.2*).

„Kleinere Gesprächskreise mit so 2–3 Kollegen, die auch vom Betrieb unterstützt werden und auch als Arbeitszeit zählen, damit die Kollegen sie auch wahrnehmen." ***(Pflegekraft)***

Außerdem gibt es für psychisch belastende Ereignisse, die nicht als Arbeitsunfall gelten, dennoch Angebote zur telefonischen Krisenberatung seitens der Unfallversicherungsträger (UV-Träger), siehe etwa: [6]. Ähnliche Angebote zur anonymen psychosozialen (Peer-)Beratung in Krisensituationen gibt es auch von anderen Anbietern, siehe beispielsweise: [7, 8]. Peers sind Kolleg:innen aus derselben Fachdisziplin, die auf Augenhöhe beraten und über dieselben Kenntnisse zum Arbeitsbereich sowie zu den Arbeitsbedingungen verfügen [8].

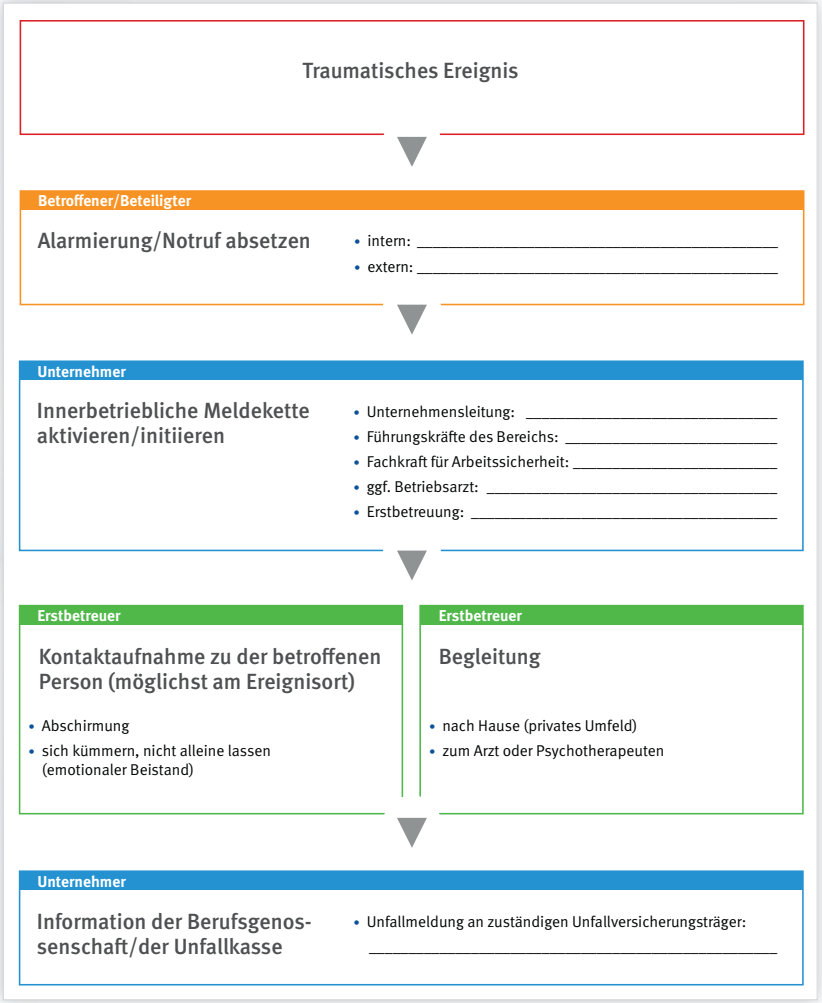


Abbildung 9.3 Notfallplan für traumatische Ereignisse [entnommen aus: 9]

9.1 Akute Nachsorge

Es ist wichtig, ein Erstversorgungskonzept für Gewaltereignisse in der Notaufnahme zu erarbeiten, damit bei der unmittelbaren Betreuung von betroffenen Kolleg:innen vor Ort Handlungssicherheit besteht. Die wichtigsten Punkte sollten in einem Notfallplan festgehalten und ausgehängt werden (siehe *Abbildung 9.3*). Dieser Plan kann für die eigene Notaufnahme angepasst werden, sodass für die Akutsituation ein systematisches Vorgehen festgelegt ist und alle wissen, wie sie sich zu verhalten haben bzw. wer zu informieren ist.

Beim Umgang mit akut traumatisierten Beschäftigten gibt es einige Dinge zu beachten, siehe beispielsweise: [10]. In die akute Nachsorge sind in der Regel Vorgesetzte und Kolleg:innen eingebunden, da diese die primären Kontaktpersonen vor Ort sind. Teilweise werden Akutmaßnahmen z. B. auch durch Kriseninterventionsteams, angegliederte psychiatrische Abteilungen oder die Seelsorge angeboten. Die kollegiale Erstbetreuung greift direkt nach dem Gewaltereignis. In den Krankenhäusern einiger Interviewteilnehmer:innen war bereits eine Peer-Beratung durch speziell dafür weitergebildete Kolleg:innen organisiert.

In der Akutphase geht es um unmittelbare praktische Unterstützung sowie einfühlsamen Beistand. Es geht ausdrücklich nicht darum, konkrete psychotherapeutische Methoden anzuwenden. Das Ziel ist, die Stressreaktion zu lindern, die u. a. durch Angst, Übererregung oder ein Bedrohungserleben geprägt sein kann. Außerdem sollen Orientierung und Sicherheit vermittelt werden. Die Erstbetreuung endet, wenn eine professionelle Versorgung und / oder die Anbindung an das soziale Umfeld der Betroffenen sichergestellt ist [11].

Hinweis

Es besteht die Möglichkeit, einige Mitarbeitende der Notaufnahme zu betrieblichen psychologischen Erstbetreuenden ausbilden zu lassen, um eine gute unmittelbare Versorgung von Kolleg:innen nach traumatischen Ereignissen zu gewährleisten (nicht zu verwechseln mit der medizinischen Ersten Hilfe von betrieblichen Ersthelfenden nach körperlichen Verletzungen). Die Unfallversicherungsträger fördern diese Qualifizierungsmaßnahme und haben hierfür bereits Standards entwickelt, die etwa auch eine Supervision oder psychosoziale Beratung für die Erstbetreuenden selbst beinhalten, siehe: [2].

Im Vergleich zu Führungskräften sind Kolleg:innen – aufgrund des engeren Vertrauensverhältnisses – ggf. besser zur Betreuung in der Akutphase geeignet. Es besteht zudem die Gefahr, dass Betroffene unter Schock gegenüber Führungskräften intime Details preisgeben (z. B. über frühere Traumatisierungen) und dies später bereuen. Dennoch sind die Führungskräfte weiterhin für die Beschäftigten verantwortlich und ihnen kommen in der Akutphase wichtige organisatorische Aufgaben zu, um den Betroffenen den Rücken zu stärken.
Das sind beispielsweise:

- Freistellung von der Arbeit,
- Dokumentation des Vorfalls und Meldung als Arbeitsunfall sowie
- Abschirmung der Betroffenen von aufgebrachten Patient:innen, Begleitpersonen oder unter Umständen zunächst auch von der Polizei (falls die Betroffenen unter Schock stehen, damit sie zu ihrem eigenen Schutz keine vorschnellen Aussagen tätigen).

Die in *Tabelle 9.1* dargestellten Handlungsempfehlungen dienen zur Unterstützung von traumatisierten Kolleg:innen unmittelbar nach einem Gewaltvorfall.

Tabelle 9.1 Tipps für den Umgang mit akut traumatisierten Kolleg:innen[1]

Vermittlung von Sicherheit und Schutz	→ Betroffene in einen geschützten Raum bringen. Sicherstellen, dass keine anhaltende Gefahr von dem / der Täter:in ausgeht. Den Fokus auf die Sicherheit lenken. → Ruhige Atmosphäre schaffen und Zeit nehmen, um die Reorientierung der Betroffenen zu fördern. Ähnliche Gesprächsebene („Augenhöhe") einnehmen und aktiv zuhören. → Kontakt- und Beziehungsaufbau, sicheres Auftreten der Erstbetreuenden. Diese übernehmen die Kontrolle als „Fels in der Brandung". → Gleichgeschlechtliche Betreuung nach sexualisierten Übergriffen. *„Hier bist du sicher." „Hier sind wir unter uns, es kommt niemand rein."* *„Es ist jetzt vorbei, ich bin für dich da."*
Validierung des erlittenen Leids	→ Grundhaltung der Helfenden: Akzeptanz, Wertschätzung und emotionale Einfühlung. → Emotionen anerkennen und da sein lassen. Wichtig: Möglichst wenig über das erlebte Trauma sprechen. → Normalitätsprinzip: Betroffenen erklären, dass sie nicht „verrückt" werden und ihre Reaktionen der Situation entsprechend angemessen und normal sind. → Korrigierend einwirken bei eigenen Schuldzuweisungen, Scham oder katastrophisierender Bewertung des Ereignisses. *„Was du gerade an Reaktionen erlebst, ist vollkommen normal, weil der Vorfall an sich unnormal war."*
Kontrollverlust entgegenwirken	→ Hilflosigkeit und Ohnmacht entgegenwirken: Betroffenen Kontrolle über die Situation geben, indem sie an einfachen Entscheidungen beteiligt werden. → Es kann vorkommen, dass Betroffene bestimmte Stressreaktionsmuster zeigen („freeze, flight or fight"), die ggf. auch wechseln: z. B. in den Emotionen festhängen, wie betäubt sein, stark grübeln, ein Gefühl der Unwirklichkeit, Impulse von Angst oder Fluchtverhalten, Desorientiertheit, Anspannung oder Herzrasen. Dann gilt es, die Handlungsfähigkeit wiederherzustellen: • Bezug zur Gegenwart mit einfachen Aufgaben wiederherstellen: einen Schluck Wasser trinken, einen Gegenstand drücken (z. B. Stuhllehne oder Ball), Gegenstände oder Farben aus dem Raum benennen, auf die Atmung konzentrieren oder spazieren gehen. • Hier können Erstbetreuende sich ruhig etwas direktiver verhalten, um den Betroffenen aus der Emotionsspirale zu helfen. *„Möchtest du hier oder dort drüben sitzen?"* *„Halte das mal fest!" „Trink mal einen Schluck Wasser!"*
Psychoedukation	→ Erläutern, dass es im Rahmen der Stressreaktion ganz normal ist, wenn es zu verschiedenen und wechselnden Symptomen sowie emotionalen Reaktionen kommt. Wichtig: Den Fokus nicht auf Symptome und negative Folgen legen, sondern auf die Stärkung der Resilienz. • Dosierte Informationen über möglicherweise auftretende Symptome und Hinweise zum Umgang mit diesen mitgeben [z. B. 12]. • Darauf hinweisen, dass keine Substanzen zum Betäuben der Emotionen eingesetzt werden sollten, wie Alkohol oder Beruhigungsmittel. → Informationen zu Hilfsangeboten als Flyer mitgeben, etwa zum Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger [z. B. 13]. *„Symptome können auch zeitverzögert auftreten …"*
Soziale Unterstützung	→ Fördern von sozialer Anbindung: • Nach Einwilligung der Betroffenen enge Bezugspersonen einbinden. • Betroffene abholen lassen oder nach Hause belgeiten. → In Kontakt bleiben: • Zeitpunkt und Medium der nächsten Kontaktaufnahme dem Wunsch der Betroffenen entsprechend vereinbaren (z. B. Telefonat oder Textnachricht). Darauf achten, dass in der Zwischenzeit Unterstützung durch das soziale Umfeld gewährleistet ist.

[1] Erstellt auf Basis eines Expertinneninterviews mit einer Traumapsychologin, die gleichzeitig Referentin für Gewalt am Arbeitsplatz ist, sowie der S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung: [14]. Ergänzt anhand: [15].

Auf der nächsten Seite gibt *Tabelle 9.2* einen Überblick zu Aspekten, die im Umgang mit Betroffenen unbedingt vermieden werden sollten.

Tabelle 9.2 Verhaltensweisen, die im Umgang mit akut traumatisierten Kolleg:innen zu vermeiden sind[1]

Nicht bagatellisieren oder kritisieren	→ Der Vorfall darf nicht bagatellisiert werden. Denn die subjektive Bewertung der Betroffenen ist ausschlaggebend dafür, ob das Ereignis als traumatisch wahrgenommen wird oder nicht. Emotionen dürfen daher nicht angezweifelt werden. → Ebenfalls sollte im Rahmen der Nachsorge keine Kritik am Verhalten der Betroffenen vor bzw. während des Vorfalls geübt werden.
Kein Fokus auf negative Folgen	→ Bei der Psychoedukation zu möglichen Symptomen ist es wichtig, nicht zu detailliert auf die Pathologie einzugehen, damit es nicht zur selbsterfüllenden Wahrnehmung kommt. Vorübergehende Stressreaktionen sollten als normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis eingeordnet werden. Konstruktive Informationen, die an die Resilienz der Betroffenen appellieren, sowie Verweise auf mögliche Hilfsangebote sollten priorisiert werden.
Betroffene nicht ausfragen	→ Gespräche über den Vorfall sollten begrenzt werden. In keinem Fall sollen Betroffene aufgefordert werden, vom Vorfall oder ihren emotionalen Reaktionen darauf zu sprechen. Debriefings als einmalige Intervention, in denen Teilnehmende das traumatische Ereignis und ihre Reaktionen darauf durcharbeiten, werden nicht als Frühintervention empfohlen, da vermutet wird, dass diese die Symptomatik aufrechterhalten.[2] → Ebenfalls sollten keine ähnlichen Geschichten erzählt werden, die man selbst oder Dritte erlebt haben. Das kann eine zusätzliche Belastung darstellen.
Betroffene nicht sich selbst überlassen	→ Auch wenn Betroffene schnell die Situation verlassen möchten, sollte vorher eine Begleitung für den Heimweg und die weitere soziale Anbindung sichergestellt sein.
Keine Interventionen aufdrängen	→ Den Betroffenen sollten keine Hilfsangebote aufgedrängt werden. Dennoch sollte den Interventionen das möglicherweise anhaftende Stigma genommen werden, was eine wichtige Führungsaufgabe ist.

„Stell dich nicht so an, so gravierend war das doch gar nicht!“

„Sondern man sagt: ‚Hey, die probatorischen Sitzungen bei der Psychotherapie sind doch ein tolles Angebot, also ich würde das machen. Und wenn es dann bei einer Sitzung bleibt, dann ist es doch auch okay, dann hast du es zumindest mal ausprobiert‘.“ *(Ärztliche Leitung)*

[1] Zusammengestellt aus: [14–16]. Adaptiert anhand eines Expertinneninterviews mit einer Traumapsychologin, die gleichzeitig Referentin für Gewalt am Arbeitsplatz ist.

[2] **Hinweis:** Die hier angesprochene, nicht mehr empfohlene (!) Form des emotionalen Debriefings sollte nicht verwechselt werden mit allgemeinen Nachbesprechungen von Gewaltvorfällen im Team (siehe *Kapitel 6.2*). Solche Nachbesprechungen sind kein Bestandteil der akuten Nachsorge nach traumatischen Ereignissen, sondern dienen dazu, mit dem nötigen Abstand gemeinsam aus entsprechenden Vorfällen zu lernen. Interviewteilnehmende berichteten außerdem, dass Gespräche mit Kolleg:innen oder etwa (Team-)Supervisionen nach Gewaltereignissen entlastend sein können. Doch solche Gespräche sind klar abzugrenzen von dem forcierten emotionalen Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung als einmalige Frühintervention während der akuten Nachsorge (Debriefing), das nicht mehr durchgeführt werden soll.

Bei körperlichen Verletzungen ist nach der medizinischen Erstversorgung (Erste Hilfe) ein Besuch bei Durchgangsärzt:innen (D-Ärzt:innen) vorgesehen. Schon bei Verdacht auf Verletzungen sollte das den Beschäftigten sicherheitshalber empfohlen werden, da Verletzungen nicht immer sofort zu erkennen sind [16]. D-Ärzt:innen sind von den Landesverbänden der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zugelassene Fachärzt:innen [17], die als Repräsentierende der gesetzlichen Unfallversicherungsträger das Heilverfahren koordinieren [18]. D-Ärzt:innen gibt es in den meisten Krankenhäusern. Ein Verzeichnis von D-Ärzt:innen in der näheren Umgebung ist außerdem hier zu finden, siehe: [19]. Der Besuch bei D-Ärzt:innen ist dabei keine Voraussetzung für die Meldung eines Arbeitsunfalls an die Unfallversicherungsträger, anzeigepflichtig ist das Unternehmen bzw. eine von diesem bevollmächtigte Person (siehe *Kapitel 8.2*).

Hinweis

Wichtig: Psychische Reaktionen auf traumatische Ereignisse können ebenfalls einen Arbeitsunfall darstellen, auch ohne zusätzliche körperliche Verletzung [vgl. 4]!

Bei Hinweisen auf psychische Symptome sind D-Ärzt:innen aufgefordert, die Unfallversicherungsträger zu informieren oder direkt eine psychotherapeutische Behandlung zu veranlassen [4]. Die Unfallversicherungsträger haben hierfür das Psychotherapeutenverfahren etabliert [20], damit es nicht zur Entstehung bzw. Chronifizierung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Psyche kommt [21]. Betroffenen werden innerhalb einer Woche nach Auftragserteilung zunächst bis zu fünf probatorische Sitzungen bei Psychotherapeut:innen aus dem Netzwerk der Unfallversicherungsträger angeboten. In diesen Sitzungen erfolgen u. a. Diagnostik, Psychoedukation, Krisen- oder Frühintervention sowie die Ermittlung des weiteren Behandlungsbedarfs [20]. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) bietet als niederschwelliges Angebot auch professionelle psychologische Beratung per Telefon an [13].

9.2 Mittel- und langfristige Nachsorge

Nach einem Gewaltvorfall ist es wichtig, dass Arbeitgebende, Vorgesetzte und Kolleg:innen die Betroffenen verständnisvoll begleiten [10]. Da Symptome nach traumatischen Ereignissen auch erst zeitverzögert auftreten können, sollten Führungskräfte die Betroffenen weiterhin im Blick behalten und auf Veränderungen in der Persönlichkeit bzw. im Verhalten achten.

„Es gibt den Begriff ‚Watchful Waiting': Wir gucken erst mal, was sich an Symptomen zeigt." *(Expertinneninterview, Traumapsychologin bzw. Referentin für Gewalt am Arbeitsplatz)*

Das Erkennen von psychischen Auffälligkeiten bzw. Veränderungen und das Ansprechen dieser gegenüber Betroffenen können Führungskräfte etwa in Seminaren lernen und so ihrer Fürsorgepflicht gerecht werden [22]. Es kann ein wechselndes Beschwerdebild auftreten, z. B. Gefühlsschwankungen, Gereiztheit, Agitiertheit, Konzentrationsschwierigkeiten bei der Arbeit oder auch sozialer Rückzug [in Anlehnung an: 14, adaptiert anhand eines Expertinneninterviews]. Bei Bedarf sollten Führungskräfte frühzeitig eine Versorgung einleiten.

Die Verantwortlichen des Krankenhauses sollten schnellstmöglich mit den Unfallversicherungsträgern Kontakt aufnehmen bzw. den Arbeitsunfall melden, damit die UV-Träger in die medizinische und psychologische Nachsorge eingebunden werden. Bisher erfolgen entsprechende Meldungen überwiegend im Zusammenhang mit körperlichen Verletzungen, daher appellieren die Unfallversicherungsträger an die Verantwortlichen, auch psychisch traumatisierende Ereignisse frühzeitig als Arbeitsunfall zu melden [10] (siehe *Kapitel 8.2*).

Kolleg:innen sind wichtige soziale Bezugspersonen für die Betroffenen und sie sollten den Kontakt aufrechterhalten, auch wenn dies zunächst vielleicht von den Betroffenen abgelehnt wird. Die Verantwortung in der mittel- und langfristigen Nachsorge tragen aber weiterhin die jeweiligen (ärztlichen, pflegerischen bzw. administrativen) Führungskräfte. In der Interviewstudie wünschten sich Teilnehmende, dass Führungskräfte aktiv auf Betroffene zugehen würden, um sich nach deren Befinden oder weiteren Bedarfen zu erkundigen. Von den Leitungsebenen wünschten sie sich Feedback über eingeleitete Schritte nach einem Gewaltvorfall. Auch die befragte Traumapsychologin weist darauf hin, dass es seitens der Führungskräfte wichtig ist, Hilfe anzubieten und Verständnis zu zeigen.

„Die Führungskraft sollte auch ein echtes Interesse an der Nachsorge für Beschäftigte haben. Und das spürt man ja immer, ob da ein Vertrauensverhältnis besteht. Führungskräfte sollten sich sorgen. Sie sollten ansprechen und würdigen, dass der Gewaltvorfall ein schweres Ereignis war, das leider passiert ist. Und sie sollten die Betroffenen fragen, ob es vielleicht noch Schwierigkeiten bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz gibt. Oder ob von der Abteilung etwas erwartet wird bzw. wie man unterstützen kann. Ob vielleicht etwas verändert werden kann."
(Expertinneninterview, Traumapsychologin bzw. Referentin für Gewalt am Arbeitsplatz)

Führungskräfte sollten ein Gespräch anbieten, sobald sie von dem Vorfall hören (sofern sie nicht ohnehin entsprechend des Notfallplans direkt informiert wurden). Nach etwa zwei Wochen sollten sie erneut nachfragen, wie es den Betroffenen geht.

„Wie geht's dir denn jetzt eigentlich?"

„Kann ich noch etwas für dich tun?"

Durch Nachbesprechungen des Vorfalls können Führungskräfte wichtige Informationen erhalten, um entsprechende Vorfälle zukünftig zu vermeiden. Es muss allerdings bedacht werden, dass Nachbesprechungen keine Ermittlungen sind [16]. Nachbesprechungen im Rahmen der Nachsorge dienen nicht der kritischen Auseinandersetzung oder der professionellen emotionalen Aufarbeitung, sondern sie orientieren sich an den Bedürfnissen der Betroffenen. Die emotionale Aufarbeitung des Traumas ist Aufgabe von dafür ausgebildeten Fachkräften. Führungskräfte sollten bei Bedarf über mögliche interne und externe Anlaufstellen informieren: Seelsorge, psychosoziale Beratung, aber auch Betriebsärzt:innen können ggf. unterstützen und beraten. Für professionelle therapeutische Hilfe sollte eine Weiterleitung an die Angebote der Unfallversicherungsträger erfolgen (Psychotherapeutenverfahren).

Das Informationsmanagement im Team der Notaufnahme nach Gewaltereignissen sollte ebenfalls bedacht werden. Über entsprechende Vorfälle wird unter den Kolleg:innen ohnehin gesprochen. Daher sollten die Vorgesetzten dafür sorgen, dass korrekte Informationen zum Geschehen zur Verfügung stehen, die zur Aufklärung der Beschäftigten beitragen und einer möglicherweise bestehenden Verunsicherung entgegenwirken [22]. Dabei muss der Schutz von sensiblen Informationen zu den Betroffenen berücksichtigt und bei Bedarf Rücksprache mit ihnen gehalten werden.

Bei längerer Abwesenheit von Betroffenen sind die Arbeitgebenden zudem verpflichtet, das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) anzubieten. Dies gilt, wenn innerhalb von zwölf Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen oder mehr vorlag, am Stück oder in Summe. Das Angebot kann aber auch bei kürzerer Krankheit unterbreitet werden, und es ist außerdem unerheblich, ob die Arbeitsunfähigkeit betriebliche oder private Ursachen hatte. Der genaue Ablauf ist nicht festgelegt, es handelt sich um einen ergebnisoffenen Prozess, der im Interesse der Betroffenen in Gesprächen festgelegt wird. Ziel ist die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und der Erhalt des Arbeitsplatzes. Dabei stehen die Bedürfnisse der Betroffenen sowie deren eigene Ideen und Lösungsvorschläge im Mittelpunkt. Es werden Maßnahmen vereinbart, die den Einstieg erleichtern, wie die stufenweise Wiedereingliederung. Die Teilnahme am betrieblichen Eingliederungsmanagement ist für die Betroffenen freiwillig. Mit ihrer Zustimmung können zusätzlich zum / zur Arbeitgeber:in weitere Beteiligte in die Gespräche eingebunden werden (z. B. eine Vertrauensperson der Betroffenen aus dem persönlichen Umfeld bzw. aus der Einrichtung, Betriebsärzt:innen oder die Schwerbehindertenvertretung) [23].
Genauere Informationen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement sind hier zu finden, siehe: [23]. Zudem können die Präventionsdienste der Berufsgenossenschaften und Unfallkassen dazu beraten.

Praxistipps

Allgemeine Hinweise:

- ➔ Nachsorgekonzept für die akute, mittel- und langfristige Nachsorge erarbeiten, das nach jedem Vorfall angewandt werden soll (siehe *Abbildung 9.1–9.3*), ohne dass die Betroffenen selbst nach Hilfe fragen müssen. So werden sie vor Stigmatisierung geschützt und es fällt ihnen leichter, die Angebote anzunehmen [24]. Auf diese Weise ist die Gefahr geringer, dass ein Nachsorgebedarf übersehen wird.
- ➔ Im Arbeitsalltag Räume für das Thema Gewalt schaffen, auch für unterschwellige Gewaltereignisse (z. B. in Teambesprechungen).
- ➔ Auch die indirekt Betroffenen der Vorfälle (Zeug:innen) im Nachsorgeprozess berücksichtigen.
- ➔ Ausbildung von betrieblichen psychologischen Erstbetreuenden. Informationen zur Qualifizierung von kollegialen Erstbetreuenden sind z. B. hier abrufbar, siehe: [2, 25].
- ➔ Anlaufstellen etablieren und bekannt machen: z. B. Seelsorge, Kriseninterventionsdienste und psychosoziale Beratung, ggf. auch Betriebsärzt:innen.
- ➔ Bestenfalls gibt es Angebote für inner- und außerbetriebliche Maßnahmen, da einige Mitarbeitende sich lieber betriebsinternen Personen anvertrauen, während andere sich wiederum bei externen Personen leichter öffnen können. Einige Vor- und Nachteile [in Anlehnung an: 9] sind nachfolgend dargestellt:
  - ▶ Innerbetriebliche Maßnahmen bringen zunächst organisatorischen Aufwand mit sich (z. B. Fortbildung von Mitbeitenden), dafür kennen die Betreuenden die betrieblichen Abläufe besser.
  - ▶ Externe Betreuende kennen ggf. die Arbeitssituation der Betroffenen nicht so gut, bringen aber eine unvoreingenommene Perspektive ein. Hier gibt es auch spezielle Betreuungsangebote für Personen aus dem Gesundheitswesen, siehe beispielsweise: [7, 8].

Akute Nachsorge:

- ➔ Die unmittelbare Nachsorge nach traumatischen Ereignissen sollte [in Anlehnung an: 26, adaptiert anhand der Studienergebnisse] folgende Schritte beinhalten:
  1. Festlegen, wer informiert bzw. hinzugezogen wird, und die Kontaktdaten in einem Notfallplan bereithalten (siehe *Abbildung 9.3*).
  2. Führungskräfte: Betroffene aus dem Dienst nehmen, Personal aus der Bereitschaft anfordern.
  3. Betreuung z. B. durch ausgebildete Erstbetreuende, Seelsorge, Kriseninterventionsteams oder, wenn diese nicht verfügbar sind, auch durch erfahrene und entsprechend instruierte Kolleg:innen. In der Frühphase ist die Entlastung durch Kontakt zu Ansprechpartner:innen aus dem beruflichen Umfeld und die soziale Unterstützung ausschlaggebend für die Verarbeitung.
     ▶ Grundsätzliche Verhaltensregeln im Umgang mit Betroffenen beachten (siehe *Tabelle 9.1* und *Tabelle 9.2*).
  4. Soziale Anbindung: Begleitung für den Heimweg organisieren, Kontakt aufrechterhalten (z. B. Anrufe durch betriebliche psychologische Erstbetreuende). Das gilt insbesondere in Situationen, in denen Betroffene noch nicht an eine Betreuung angebunden sind bzw. diese zunächst ablehnen und erst mal zu Hause bleiben.
  5. Führungskräfte und Erstbetreuende: Betroffene auf interne und externe Angebote aufmerksam machen (z. B. Seelsorge, Sozialberatung oder Psychotherapie) und bei der Wahrnehmung dieser unterstützen. Entsprechende Kontaktdaten bereithalten. Es ist wichtig, dass die Betroffenen nicht selbst nach Hilfe fragen müssen, sondern ihnen diese aktiv angeboten wird.
  6. Führungskräfte: Meldung des Arbeitsufalls an die Unfallversicherungsträger (Kontaktdaten bereithalten), telefonische Kontaktaufnahme möglich. Ggf. Einleitung des Psychotherapeutenverfahrens durch die Unfallversicherungsträger.
- ➔ Mögliche körperliche Verletzungen nach der medizinischen Ersten Hilfe von Durchgangsärzt:innen (D-Ärzt:innen) abklären lassen.
  - ▶ D-Ärzt:innen können bei Hinweisen auf psychische Beschwerden ebenfalls die Vorstellung bei Psychotherapeut:innen aus dem Netzwerk der Unfallversicherungsträger veranlassen (Psychotherapeutenverfahren) [4].

➔

Praxistipps Fortsetzung

Mittel- und langfristige Nachsorge:

- ➔ Unterstützende und rücksichtsvolle Begleitung der Betroffenen.
- ➔ Aufgaben für Führungskräfte:
  - ▶ Aktive Nachfragen zum Befinden der Betroffenen.
  - ▶ Auf interne und externe psychosoziale und/oder therapeutische Hilfsangebote hinweisen. Ggf. professionelle Begleitung durch das Psychotherapeutenverfahren der Unfallversicherungsträger anregen. Das gilt insbesondere dann, wenn Verhaltensänderungen bei Betroffenen bemerkt werden und die Vermutung besteht, dass diese bei der emotionalen Verarbeitung des Vorfalls Unterstützung benötigen. Kontaktdaten zur Vermittlung bereithalten.
- ➔ Angebot des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) nach längerer Abwesenheit.



Literaturangaben

1. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), (2017). *Traumatische Ereignisse – Prävention und Rehabilitation (DGUV Grundsatz 306-001).* Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-grundsaetze/3228/traumatische-ereignisse-praevention-und-rehabilitation
2. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), (2017). *Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen (DGUV Information 206-023).* Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3227/standards-in-der-betrieblichen-psychologischen-erstbetreuung-bpe-bei-traumatischen-ereignissen
3. Schuffenhauer, H. & Güzel-Freudenstein, G., (2019). *Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen.* Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin: ASU, 54(6): S. 386–393.
4. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). *FAQ – Psychische Störungen.* [Zitiert am: 19.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.dguv.de/de/reha_leistung/med-versorgung/faq_psychische_stoerungen/index.jsp
5. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Schutzmaßnahmen: Gewalt verhindern, Sicherheit schaffen.* [Zitiert am: 19.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/schutzmassnahmen-gewalt-verhindern-sicherheit-schaffen-24640
6. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Telefonische Krisenberatung.* [Zitiert am: 20.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/gesunde-psyche/telefonische-krisenberatung-fuer-bgw-versicherte-83326
7. PSU Akut e.V. *PSU – Ziele und Aufgaben*. [Zitiert am: 06.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.psu-akut.de/#about
8. YoungDGINA. *EMPTY: Emergency Medicine Problem Talk der YoungDGINA.* [Zitiert am: 20.05.2023]. Verfügbar unter: https://youngdgina.com/empty/
9. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), (2015). *Gut vorbereitet für den Ernstfall! Mit traumatischen Ereignissen im Betrieb umgehen (DGUV Information 206-017).* Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/2910/gut-vorbereitet-fuer-den-ernstfall-mit-traumatischen-ereignissen-im-betrieb-umgehen
10. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Hilfe nach Extremerlebnissen.* [Zitiert am: 19.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/unfall-berufskrankheit/unfaelle-psychische-beeintraechtigungen/hilfe-nach-extremerlebnissen-14672
11. Angenendt, J., (2014). *Psychische Folgen von Unfällen und deren Versorgung.* Bundesgesundheitsblatt, 57: S. 666–672. https://doi.org/10.1007/s00103-014-1967-7
12. Dreiner, M. & Weber, T., (2015). *Trauma – was tun? Damit Sie sich nicht mehr so hilflos fühlen müssen. Informationen für akut betroffene Menschen und deren Angehörige.* Unfallkasse Hessen (UKH): Frankfurt am Main. Verfügbar unter: https://www.ukh.de/medium/trauma-was-tun-1
13. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Extremerlebnisse bewältigen: Hilfen der BGW.* [Zitiert am: 19.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/resource/blob/9168/58f3a2edf426a5c9d59a3897d1e140ca/BGW%2008-00-002_Flyer_Gewalt_Extremerlebnisse_Web.pdf
14. Bengel, J. et al., (2019). *S2k-Leitlinie: Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung.* Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT) et al. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-027l_S2k_Diagnostik_Behandlung_akute_Folgen_psychischer_Traumatisierung_2019-10.pdf
15. Wessely, S. et al., (2008). *Does psychoeducation help prevent post traumatic psychological distress?* Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 71(4): S. 287-302. https://doi.org/10.1521/psyc.2008.71.4.287
16. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Auffanggespräche: Persönliche Hilfe nach Gewalterlebnissen – Tipps für Führungskräfte.* [Zitiert am: 19.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/auffanggespraeche-24586

17. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). *Durchgangsarztverfahren*. [Zitiert am: 19.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.dguv.de/landesverbaende/de/med_reha/d-arzt-verfahren/index.jsp
18. Froese, E., (2017). *Wohin entwickelt sich das Durchgangsarztverfahren?* Trauma und Berufskrankheit, 19(Suppl 3): S. 240-245. https://doi.org/10.1007/s10039-017-0274-6
19. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). *Durchgangsärzte suchen.* [Zitiert am: 19.05.2023]. Verfügbar unter: www.dguv.de/d-arzt
20. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV) & Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), (2017). *Handlungsanleitung der gesetzlichen Unfallversicherungsträger zum Psychotherapeutenverfahren.* Verfügbar unter: https://www.dguv.de/medien/landesverbaende/de/med_reha/documents/psych2-2.pdf
21. Unfallkasse Hessen (UKH), (2023). *Wie Verletzte nach einem Arbeitsunfall medizinisch optimal betreut werden*. [Zitiert am: 19.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.ukh.de/unternehmen-und-beschaeftigte/versicherungsschutz-und-leistungen/nach-einem-arbeitsunfall-wieder-auf-die-beine-kommen
22. Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen. *Anlage: Handlungsempfehlungen für „Dienstleistende".* Düsseldorf. Verfügbar unter: https://www.sicherimdienst.nrw/system/files/media/document/file/handlungsempfehlungen-dienstleistende_bf.pdf
23. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), (2022). *Betriebliches Eingliederungsmanagement – BEM: Orientierungshilfe für die praktische Umsetzung (DGUV Information 206-031)*. Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3818/betriebliches-eingliederungsmanagement-bem-orientierungshilfe-fuer-die-praktische-umsetzung
24. Heidrich, C. et al., (2018). *Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege: Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207-025)*. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV): Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3429/praevention-von-gewalt-und-aggression-im-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege-eine-handlungshilfe
25. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *Qualifizierung von kollegialen Erstbetreuerinnen und -betreuern.* [Zitiert am: 21.05.2023]. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/qualifizierung-von-kollegialen-erstbetreuerinnen-und-betreuern-18202
26. Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), (2022). *Traumatische Ereignisse in Gesundheitsberufen (DGUV Information 207-012)*. Berlin. Verfügbar unter: https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/1285/traumatische-ereignisse-in-gesundheitsberufen

ZENTRALE NOTAUFNAHME

EVANGELISCHES KLINIKUM Bethel

Ersteinschätzung von Notfallpatient:innen in der Notaufnahme nach dem Manchester Triage System

Definition:

Die Triage ist ein System des Risikomanagements, mit dem der Patient:innenfluss gesteuert werden soll.

Ziel:

Kein Patient und keine Patientin gelangt ohne Ersteinschätzung der Behandlungsdringlichkeit in das Wartezimmer oder die Räume einer zenztralen Notaufnahme.

Nomenklatur, Definitionen und Zielzeiten		
Priorität	Farbe	max. Zielzeit
Sofort	Rot	0 min
Sehr dringend	Orange	10 min
Dringend	Gelb	30 min
Normal	Grün	90 min
Nicht dringend	Blau	120 min

Bei den angegebenen Zeiten handelt es sich um Richtwerte, die bei hoher Auslastung der Notaufnahme überschritten werden können. Das betrifft insbesondere die weniger dringenden Fälle.

Wie kommt es zu verschiedenen Wartezeiten in der Notaufnahme?

- In der Notaufnahme wird nach Dringlichkeit behandelt, nicht nach der Reihenfolge des Eintreffens. Daher sind dringendere Fälle, die nach Ihnen eingetroffen sind, trotzdem vor Ihnen dran.
- Im Hintergrund werden schwer kranke Patient:innen vom Rettungsdienst eingeliefert. Wenn längere Zeit niemand aus dem Wartezimmer aufgerufen wird, sind wir mit der Behandlung von diesen Patient:innen beschäftigt.
- Auch in der Notaufnahme gibt es verschiedene Fachbereiche. Das für Ihre Beschwerden zuständige Fachpersonal ist unter Umständen gerade ausgelastet. Andere Patient:innen, die eine Behandlung in anderen Fachbereichen benötigen, kommen daher evtl. vor Ihnen dran.
- Viele Patient:innen benötigen gleichzeitig eine Behandlung. Es kann dazu kommen, dass alle Behandlungszimmer belegt sind.
- Wenn Sie nach einer Untersuchung erneut länger warten müssen, kann es daran liegen, dass auch wir gerade auf Ihre Untersuchungsergebnisse aus anderen Abteilungen warten.

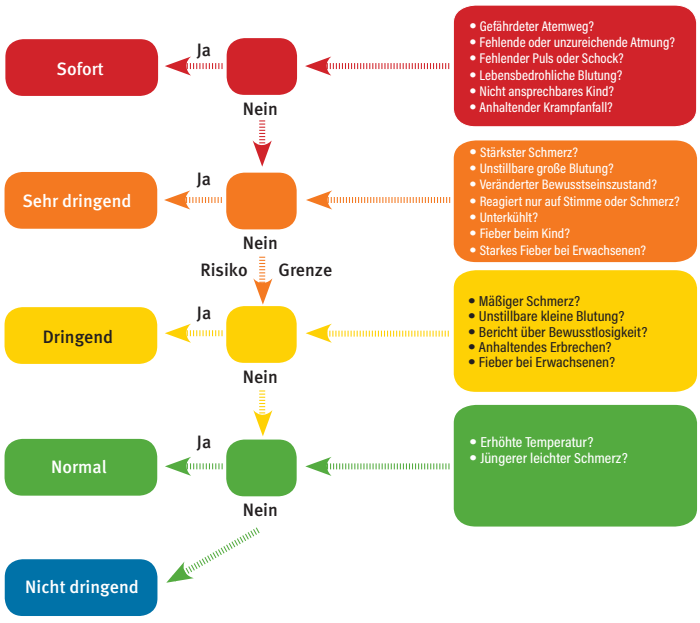
Es kann also dazu kommen, dass in der Summe Wartezeiten von mehreren Stunden entstehen.
Wir geben jeden Tag unser Bestes und bitten um Ihr Verständnis.

Indikatoren:

Mithilfe von Indikatoren zur Ersteinschätzung werden Patient:innen in eine der fünf Stufen klinischer Priorität eingeteilt.

Generelle Indikatoren:

- Lebensgefahr
- Schmerz
- Blutverlust
- Bewusstseinslage
- Temperatur
- Krankheitsdauer



Bethel

Abbildung 7.1 Ersteinschätzung und Wartezeiten (erstellt auf Basis eines Plakats aus dem Evangelischen Klinikum Bethel)





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

View publication stats