

Nach Prügelattacke: Warum Justin Weisang weiter als Notfallsanitäter arbeitet



Foto: Justin Weisang/ Malteser Hilfsdienst

Der eine Schlag sitzt. Er trifft Justin Weisang an Auge und Schläfe, so hart, dass er, der sich in der Hocke über den Patienten gebeugt hat, nach hinten zurückfällt und auf dem Hintern landet. Der Notfallsanitäter weiß nicht, wo oben und unten ist. Was zur Hölle passiert hier gerade?

Juli 2018, ein belebter Platz an an einer Einkaufspassage in Mainz. Ein Mann liegt hilflos auf dem Asphalt. Der Notruf mit dem Hinweis „gestürzte Person“ geht ein, Justin Weisang fährt im Rettungswagen mit einem Kollegen und einem Praktikanten mit Blaulicht zum Einsatz. Eine Menschentraube steht um den Mann herum, der Kollege parkt noch den Wagen, Weisang selbst eilt schon mit dem Notfallkoffer zu dem Mann. Fast sechs Jahre Einsatzerfahrung hat Weisang damals, aber das, was folgt, hat er bis dato und bis heute nicht erlebt.

Sieben Jahre später sitzt Justin Weisang in der integrierten Leitstelle in Mainz-Gonsenheim und schildert seinen persönlichen Horrorfilm, der damals an der Einkaufspassage in der Nähe des Rheinufer Realität wurde. Er spricht ruhig und sachlich, selbst eine innerliche Aufregung lässt sich nicht erahnen. „Es hat vorher nichts, absolut nichts darauf hingedeutet, dass wir angegriffen werden könnten“, sagt Weisang.

Das Überraschungsmoment, in dem ein mutmaßlich Hilflöser plötzlich die Augen öffnet und seinen eigenen Retter hart mit der Faust ins Gesicht trifft, ist deshalb für die Sanitäter groß. Weisang legt sich zusammengerollt in Schutzhaltung auf den Boden, und der mittlerweile aufgestandene Patient

schlägt auf ihn ein. Weisangs Kollegen, ein großer und kräftiger Mann, gelingt es, den Gewalttäter zu Boden zu bringen, setzt sich auf ihn drauf. Eine Weile geht das gut, ehe sich der Mann befreien kann und völlig entfesselt beide Helfer maltreatiert, später auch die herbeigerufenen Polizisten, er beschädigt das Polizeiauto, lässt sich nur schwer festnehmen. Auch die Feuerwehr, das ist in solchen Ausnahmesituationen üblich, wird zur Unterstützung herbeigerufen: „Die Blaulichtfamilie hält zusammen“, sagt Weisang und schmunzelt.

Neun Monate krankgeschrieben

Weisangs Kollege wird verletzt, glücklicherweise aber nicht so schwer. Justin Weisang dagegen erleidet Verletzungen am ganzen Körper. Das Gravierendste ist der Anriss der Quadrizepssehne im Knie in Kombination mit einem Knochenmarködem. Neun Monate lang ist er krankgeschrieben.

In der Leitstelle neben Weisang sitzt Mathias Hirsch und hat die ganze Zeit gebannt zugehört, obwohl er die Geschichte natürlich kennt. Und Hirsch, der hauptberuflich von der Kreisverwaltung Mainz-Bingen aus die Rettungsdienste in Rheinhessen und im Kreis Bad Kreuznach koordiniert, wurden schon viele gewalttätige Übergriffe geschildert. „Aber das hier“, er schüttelt den Kopf, „ist wirklich ein sehr schlimmer Fall. So etwas habe ich noch nicht gehört.“

Hirsch ist gleichzeitig Vorsitzender des Vereins „Helfer sind tabu“, der seit 2017 auf das Problem der Übergriffe gegen Rettungskräfte aufmerksam macht. In einer repräsentativen Studie mithilfe digital erfasster Daten kam heraus, dass es in den Jahren 2019 bis 2022 in Rheinhessen bei 360.000 Einsätzen zu 76 Vorfällen kam, darunter waren 32 Beleidigungen. „Auch, wenn jeder Fall einer zu viel ist, logisch, sind das insgesamt nicht viele Fälle“, verdeutlicht Hirsch. „Verglichen mit anderen Regionen in Deutschland leben wir hier auf einer

Insel der Glückseligen.“ Medial empfinde man die Übergriffe allgemein als Massenphänomen, was in Rheinhessen aber nicht der Fall sei.

Die wohl geringere Wahrscheinlichkeit in Rheinhessen Opfer zu werden, ist für die Beteiligten im Rettungsdienst aber kein Grund, präventiv nicht tätig zu werden. In den Rettungswachen wird der Umgang mit Konflikten und vorab auch die Vermeidung solcher Situationen überhaupt in Form eines Deeskalationstrainings geschult. Wenn Weisang erzählt, reflektiert er in diesem Sinne auch immer das eigene Verhalten und fragt sich: Wie treten wir als Rettungskräfte auf? Wie gehen wir mit Menschen um, die sich immer in Ausnahmesituationen befinden? Kann man bei einer Beleidigung durch solche Menschen auch mal „alle Fünfe gerade sein lassen“?

Im Nachgang zu belastenden Ereignissen wird den Beschäftigten psychologische Betreuung angeboten, Führungskräfte haben ohnehin eine Fürsorgepflicht. Die hat Justin Weisang damals nicht in Anspruch genommen. „Am meisten haben mir die Gespräche mit den Kollegen geholfen“, sagt er. Außerdem konnte er immer mit seiner Partnerin sprechen, die ebenfalls Notfallsanitäterin war. Bei der Bewältigung habe ihm der Gedanke geholfen, dass nicht er als Person, sondern als Repräsentant einer Institution angegriffen wurde. Und auch, wenn ihn selbst keine Schuld treffe an der Eskalation damals, sagt er selbstkritisch, dass er nicht alleine zur vermeintlich hilflosen Person hätte gehen sollen. „Selbstschutz gehört auch immer dazu.“



Foto: Christopher Schäfer

Notfallsanitäter Justin Weisang (rechts) wurde selbst Opfer eines gewalttätigen Übergriffs, Mathias Hirsch ist Vorsitzender des Vereins „Helfer sind tabu“ und Koordinator der Rettungsdienste in der Kreisverwaltung Mainz-Bingen.

Deeskalation ist das oberste Gebot

Deeskalation ist das oberste Gebot für die Rettungskräfte im Umgang mit Menschen in Notsituationen, und Einfühlungsvermögen müssen sie zudem aufbringen. Eine Täter-Opfer-Umkehr dürfe jedoch niemals stattfinden, sagt Rettungsdienstkoordinator Hirsch. Er wünscht sich im alltäglichen Umgang von der Bevölkerung etwas mehr Verständnis: „Wenn wir den Rettungswagen zum Beispiel mitten auf der Straße parken, tun wir das, weil wir möglichst schnell zu den Patienten kommen wollen, weil es auf Sekundenschnelle ankommt, nicht, weil wir gerne bequem parken“, verdeutlicht er.

Und wenn Hirsch an den Übergriff am Fort Malakoff denkt, hat er einen Appell: „Es ist wichtig, dass sich Menschen für uns einsetzen. Sie sollen sich nicht in Gefahr bringen, aber zum Beispiel andere auf die Situation aufmerksam machen oder den Notruf wählen.“ Genau das hat aus der Menschenmenge von etwa 100 Personen, die im Juli 2018 um den Gewalttäter und die Rettungskräfte herumstand, niemand getan. Die Opfer mussten die Notrufmeldung selbst absetzen.

Opfer zu sein, hieß für den Mainzer nicht nur, mit den körperlichen und psychischen Folgen zu leben, sondern weil der Täter nicht zahlungsfähig war – auch kein Schmerzensgeld zu erhalten. Glück hatte Weisang, dass er nach sechs Wochen Lohnfortzahlung nicht plötzlich weniger Geld hatte: Sein Arbeitgeber war kulant. Jedoch kam der Prozess vor Gericht dazu. „Es ist wichtig, alle Fälle anzuzeigen, auch wenn damit Arbeit verbunden ist.“ Dass der Täter unter Alkohol- und Kokaineinfluss stand, möchte Weisang nicht als Entschuldigung gelten lassen.

Und trotz alledem hat sich Justin Weisang nicht entmutigen lassen. Noch immer sitzt er, der mittlerweile hauptberuflich als Referent im Innenministerium arbeitet, zweimal monatlich im Rettungswagen. „Als Notfallsanitäter lernt man seine Stadt in anderen Facetten kennen, der Beruf ist sehr abwechslungsreich, man kann fachkompetent Menschen in Notfallsituationen helfen. Notfallsanitäter ist einfach ein schöner Beruf – mit gelegentlich unschönen Seiten.“ Er selbst sagt, die Erfahrungen im Rettungsdienst hätten seinen Charakter gestärkt, ihm weitere Menschenkenntnis beschert und, da klingt er nun sehr professionell: „Ich habe noch mehr dazugelernt, wie man in chaotischen Situationen die Ruhe bewahren, strukturiert arbeiten und handlungsfähig bleiben kann.“

Christopher Schäfer



Deeskalierende Kommunikations- und Abwehrtechniken: „Kenntnisse in Selbstbehauptung sind unbedingt notwendig“

Foto: AdobeStock/simoneminth

Patienten, die Klinikzimmer verwüsten, in Arztpraxen das Personal anpöbeln oder sogar attackieren - immer häufiger kommt es zu Gewalt gegen Ärzte. In Kooperation mit der Hochschule der Polizei bietet die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz eine Fortbildung an, um sich auf solche und ähnliche Situationen vorzubereiten. Kursleiter Marco Besch erklärt, worauf es ankommt.

Herr Besch, was meinen Sie: Brauchen Ärztinnen und Ärzte heutzutage ein Grundwissen in Selbstverteidigung, um in ihrem Beruf arbeiten zu können?

Selbstverteidigung spielt ja grundsätzlich nur eine Rolle, wenn man tatsächlich körperlich angegriffen wird – das braucht man meiner Meinung nach als Arzt nicht unbedingt. Unbedingt notwendig sind aber Kenntnisse in der Selbstbehauptung. Dazu gehört beispielsweise die richtige Kommunikation und Körpersprache in Stresssituationen.

Mittlerweile sind aggressive Patienten in Arztpraxen oder Notaufnahmen keine Seltenheit mehr. Was ist das Mittel erster Wahl, um zu deeskalieren und Gewalt zu verhindern?

Es gibt dafür keine Musterlösung, da jeder Mensch anders ist. Wichtig ist, sein eigenes Verhalten und das Verhalten, des Gegenübers zu beachten und zu hinterfragen, warum der Patient gerade so aggressiv ist. Mit einem Alkoholisierten muss man anders umgehen, als mit einem, der dringend eine Behandlung braucht. Bei der eigenen Kommunikation sollte man darauf achten, in Ich-Botschaften zu formulieren und einen Verhaltensänderungswunsch zu äußern. Fünfmal nur zu sagen: „Schreien Sie mich nicht an“ wird wahrscheinlich keine Verhaltensänderung hervorrufen. Kombiniert man dies aber mit einer objektiven Erklärung der Ausgangssituation und verknüpft damit eigene Motive und mögliche Konsequenzen, kann man damit schon sehr viel erreichen.

Bei einer Deeskalation: Worauf sollte man besonders bei der Kommunikation achten?

Je nach Einzelfall ist zunächst das „Aktive Zuhören“ ganz wichtig, um zu erfahren, was der Hintergrund der Aggression ist. Danach lässt sich dann oft punktuell auf das Motiv eingehen. Wenn ein Mensch jedoch in einer psychischen Ausnahmesituation ist, hat er oft eine sehr eingeschränkte Wahrnehmung. Hier kann es dann hilfreich sein, den negativen Reiz in einen positiven umzuwandeln, um die Person wieder aus ihrem „Tunnel“ zu holen.

Warum ist es so schwierig, in Stresssituationen richtig zu handeln?

Hochstress bedeutet ein Stück weit Handlungsunfähigkeit. Handlungen, die nicht automatisiert oder nicht grobmotorisch sind, können wir dann nicht mehr umsetzen. In unserem Training vermitteln wir daher nur grobmotorische Verhaltensweisen, die grundsätzlich im Menschen angelegt sind.

In der Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte werden genau solche Stresssituationen geübt. Dabei legen Sie Wert auf verschiedene Aspekte. Welche Rolle spielt die Körperhaltung?

Die Körperhaltung spielt eine große Rolle, auch in wissenschaftlichen Studien. Diese sagen, dass zwei Drittel der Kommunikation nonverbal passiert. Aufrechte Körperhaltung, fester entschlossener Blick, lageangepasste Gestik und Mimik, Augenkontakt suchen – das sind alles Dinge, die Selbstbehauptung darstellen.

Warum sollte man eine gewisse Distanz zur Person wahren?

Ausreichender Abstand bedeutete Eigensicherung pur. Wenn man genügend Abstand zu einer aggressiven Person hat, ist man bei unvermittelten körperlichen Angriffen noch handlungsfähig. Im medizinischen Bereich ist dies bei einer Untersuchung oder einer Impfung natürlich schwierig. Um die körperliche Unversehrtheit jedoch auch hierbei nicht vom Zufall abhängen zu lassen, ist bei verbal aggressiven Personen eine erhöhte Aufmerksamkeit und eine ständige Anpassung an deren Verhaltensweisen sehr wichtig.

Warum ist das medizinische Umfeld für eskalierende Gewalt besonders gefährdet?

Im Medizinischen Umfeld befinden sich meines Erachtens viele Menschen im emotionalen Ausnahmezustand oder zumindest einem Zustand, der vom Normalen abweicht. Da geht es um die eigene Erkrankung oder die eines nahen Angehörigen. Dies wird oft auch begleitet von Bewusstseinsbeeinträchtigungen durch Alkohol oder Medikamente. Das erschwert die normale Kommunikation.

Sollte man auf unsachliche Äußerungen und Beleidigungen reagieren oder sie ignorieren?

Das hängt natürlich wieder vom Einzelfall ab. Grundsätzlich kann man eine unsachliche Äußerung oder Beleidigung auch mal ignorieren. Aber die fortwährende Ignorierung mündet irgendwann in eine Art „Unterwürfigkeit“, was vom Gegenüber als Schwäche angesehen wird. In bestimmten Momenten müssen dann die Mittel der Selbstbehauptung greifen, bei dem Grenzen gesetzt und ein Stoppstrich gezogen wird.

Wenn es doch zu einem Angriff kommt, wie sollte man richtig reagieren?

Das ist natürlich der „worst case“ und es ist für den Laien aus zahlreichen Gründen schwierig, sich da angemessen und möglichst zielführend zu verhalten. Bei der Polizeiausbildung werden hunderte Zeitstunden in das Abwehrtraining investiert. Da diese Quantität für den medizinischen Bereich natürlich nicht umsetzbar ist, spielt das Gefahrenradar und damit verbundene Verhaltensweisen eine bedeutsame Rolle: Wie positioniere ich mich an meinem Gegenüber? Wie positioniere ich mich im Raum? Wie steht mein Schreibtisch? Habe ich eine Fluchtmöglichkeit im Rücken?

Wie wird das in der Fortbildung unter anderem vermittelt?

In den Fortbildungsveranstaltungen mit den Ärztinnen und Ärzten werden über die vorbereitenden Maßnahmen hinaus auch stressstabile und rein grobmotorische Basistechniken der Selbstverteidigung vermittelt.

Grundsätzlich sollte man im Angriffsfall versuchen, eine Barriere zwischen sich und den Angreifer zu bekommen. Meist fängt es mit einem aggressiven aufeinander Zulaufen an. Wenn ich beispielsweise einen Stuhl vor mich ziehen oder ein verbales Überraschungsmoment anbringen kann, bringt mir dies mehr Zeit für den Rückzug. Bei Angriffen aus aller nächster Distanz vermitteln wir ausschließlich Dinge, die man ohne regelmäßiges Training im Hochstress abrufen kann. Der eine schlägt lieber, der andere tritt lieber, der eine geht an den Kopf, der andere geht an den Arm und wiederum andere stoßen lieber – also für jeden ist was dabei. Jeder geht letzten Endes mit einem guten Gefühl aus der Fortbildung und findet für sich einen Weg, der seine persönlichen Bedürfnisse sowie Stärken und Schwächen berücksichtigt.

Wie kann man die Umgebung im medizinischen Umfeld sicherer gestalten?

Grundsätzlich ist es wichtig, keine gefährlichen Gegenstände im unmittelbaren Zugriffsbereich des Patienten abzulegen, wie beispielsweise Schere, Spritze oder Skalpell. Das Behandlungszimmer sollte möglichst so ausgestaltet sein, dass immer eine natürliche Barriere zwischen dem Arzt und dem Patienten besteht, wie beispielsweise ein Schreibtisch. Wenn möglich, sollte man auch immer eine Fluchttür im Rücken haben.

Wie kann man das Auftreten in Stresssituationen üben?

Das Verhalten in einer Stresssituation kann man bspw. durch eine gezielte Stressimpfung üben. Wir setzen die Leute in den Trainings bewusst unter hohen Stress, damit sie die Stressreaktionsebenen und deren Bewältigung kennenlernen und so nachfolgend in der Lage sind unter Stress die normalen Handlungen umzusetzen. In unserer Fortbildung arbeiten wir dabei auch mit Videofeedback, damit die Teilnehmer sich selbst reflektieren können und sehen, wie sie wirken und wie sie sich bei Stress verhalten. Weiterhin ist auch die mentale Vorbereitung wichtig, um zu überlegen, was passieren könnte und was man in solch einem Fall tut. Das praktische Training ist aber grundsätzlich nicht zu ersetzen.

Inwiefern sollte das gesamte medizinische Team miteinbezogen werden?

Im Idealfall funktioniert die ganze Praxis oder die Notaufnahmen als ganzheitliches Team. Deshalb sollte man Verzahnungen schaffen, damit Nothilfe durch gegenseitige Unterstützung im Ernstfall funktionieren kann. Es kann im Einzelfall auch sinnvoll sein, innerhalb des Teams ein Codewort zu vereinbaren, um Mitarbeiter zu sensibilisieren, ohne dass das Gegenüber das mitbekommt und möglicherweise noch aggressiver wird.

Das Interview führte Michaela Kabon.

Foto: Michaela Kabon



MARCO BESCH ist stellvertretender Leiter der Abteilung 2 - Zentralstelle Schieß- und Einsatztraining sowie Leiter des Fachkreises Abwehr- und Zugriffstraining an der Hochschule der Polizei Rheinland-Pfalz. Gemeinsam mit seinem Team konzipiert und führt er Aus- und Fortbildungsprogramme für Polizistinnen und Polizisten durch, wie zum Beispiel Schieß- und polizeitaktische Einsatztrainings sowie Abwehr- und Zugriffs- oder spezielle Kommunikationstrainings.

Ärztin: Wenn ich einen aggressiven Patienten vor mir habe, werde ich auch selbst wütend. Es ist wichtig, den Umgang damit zu lernen. Außerdem ist es gerade als Frau entscheidend, vor den Patienten ein gewisses Standing zu haben.

Arzt: Ich habe viele Patienten, die Morphine verschrieben bekommen. Manche haben mich schon angeschrien und waren so wütend, dass sie die Türangel aus der Wand gerissen haben. Die Frage ist: Wie bekomme ich da mehr Frieden rein?

Ärztin: Im Bereitschaftsdienst kommt es auch vor, dass ich alleine arbeite. Dann muss ich in Wohnungen rein, wo man nie weiß, was einen hinter der Tür erwartet. Darauf wäre ich gerne vorbereitet.

Ärztin: Wir üben im Team Kommunikation, wir schulen uns untereinander und versuchen, deeskalierend zu sein. Aber wie spreche ich mit den zunehmend psychisch kranken Menschen, die für eine normale Absprache gar nicht zugänglich sind?

Ärztin: In der Radiologie gibt es viele Aggressionen aufgrund der Terminknappheit. Und diese Aggression und Beleidigung ist in den vergangenen Jahren exponentiell gestiegen. Da kommen an der Anmeldung von Patienten Sprüche wie „Ich schieß’ Dir ne Kugel in den Kopf.“ Deshalb ist das Thema Selbstverteidigung für uns so wichtig.

Ärztin: Mein Kollege wurde von einem älteren Herrn schon mit einem Stock angegriffen. Mir ist zum Glück noch nichts passiert, aber ich würde gerne eine professionellere Kommunikation in diesen Situationen beherrschen, um die Situation runterzufahren.



Fotos: Michaela Kabon / Zitate notiert von Christopher Schäfer



Ärztin: Ich habe viele Probleme mit aggressiven, an Demenz erkrankten Menschen. Sie kann man mit normalen verbalen Mitteln nicht erreichen. Ich erhoffe mir Tricks, wie ich zum Beispiel auch angegriffenen Schwestern helfen kann, wenn jemand austickt.

Ärztin: Ein Patient wollte einmal unbedingt sein Schmerzmedikament verschrieben bekommen, aber ich konnte es ihm nicht geben. Er ist in der Praxis völlig ausgerastet, hat rumgeschrien, ist aber dann weg. Und ich hatte danach drei Tage Sorge, dass er wiederkommt und was dann passiert.

Ärztin: Es ist unglaublich, aber auch in der Kinderklinik gibt es gewalttätige Übergriffe. Da habe ich schon einiges erlebt. Ich bin selbst ein hitziges Gemüt, und ich möchte lernen, wie ich meine Emotionen kontrollieren kann.



Arzt: Wer bei uns pöbelt, fliegt raus. Ich rufe auch das Ordnungsamt an, wenn es notwendig ist. Das ist mir egal. Wenn ich alle Aggressions- und Gewalterfahrungen, die ich gemacht habe, aufschreiben würde, bräuchte ich Wochen.

Die gemeinsame Fortbildung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und der Hochschule der Polizei beinhaltet unter anderem einen Videostresstest und Praxisübungen zur bedarfsorientierten Eigensicherung. Abschluss der Fortbildung bilden die realitätsnahen Situationstrainings mit aggressiven Patienten.



Ärztin: Seit Corona ist die Stimmung schlechter geworden. Man muss sich Patienten anderer Kulturen in den Weg stellen, weil sie andere Gewohnheiten haben. Ich kann auch aufschäumen, aber vielleicht wäre es besser, wenn ich nicht eskaliere.

Hintergrund-Foto: Adobe Stock/Golib Tolibov

Angriffe in medizinischen Berufen: Handlungsfelder zur Resilienzförderung

Foto: AdobeStock/Halfpoint



Körperliche und psychische Gewalt gegen Mitarbeiter in medizinischen Berufen wie Rettungsdienst, Krankenhaus und Arztpraxen stellt eine kritische Ausnahmesituation für die direkt und indirekt Betroffenen dar. Verbale und körperliche Angriffe können dabei nicht nur strafbar sein, sondern auch ohne einen Straftatbestand das berufliche Rollenbild bedrohen. Bei manchen Betroffenen führt dies in der Folge zu psychischen/physischen (Fehl-)Beanspruchungen, Demotivation oder langanhaltenden Einschränkungen. Zahlreiche Studien berichten von alarmierenden Entwicklungen bezüglich der Gewalt gegen Rettungskräfte, Polizei sowie in Krankenhäusern, Praxen und Pflegeeinrichtungen. Die Autoren fordern in der Folge mehr Ressourcen für Trainings, Sicherheitsmaßnahmen und schärfere Strafen.

Im Gegensatz dazu gibt es Studien, die keine Hinweise auf eine hohe oder zunehmende Gewalt im Rettungsdienst finden oder sogar von einem „Narrativ von einer immer gefährlicheren Welt“ sprechen. Problembewältigung und Resilienzförderung in kritischen Ausnahmesituationen beginnt mit einer Situationsanalyse. Wie ist daher die Lage in Notaufnahmen, Krankenhäusern und Arztpraxen zu bewerten und welche Maßnahmen sind nötig? Dieser Beitrag skizziert zunächst die Prävalenz und Veränderungen des Gewaltphänomens in medizinischen Berufen anhand aktueller Studien. Danach werden Handlungsfelder reflektiert, die zur Gewaltvermeidung und Stärkung der Resilienz in kritischen Situationen beitragen können.

Prävalenz und Veränderung von Gewalt im medizinischen Berufsfeld

Betrachtet man die Studienlage, wird deutlich, dass der Begriff „Gewalt gegen medizinisches Personal“ nicht einheitlich verwendet wird. Er ist weder kriminologisch noch kriminalistisch definiert und wird in der Wissenschaft je nach Kontext unterschiedlich konzeptualisiert. Die Tabelle fasst ausgewählte Studien von 2020 bis 2024 zusammen, die die Gewalt in medizinischen Berufen untersuchen. Gewaltindikatoren reichen von retrospektiven Selbstberichten über verbale und körperliche Gewalt in bestimmten Zeiträumen über Einsatzdokumentationen mit abstrakten oder konkreten Gewaltkonzepten bis hin zur Auswertung von Statistiken zu Unfallohäufigkeiten und Anzeigen in der Kriminalitätsstatistik. Die Methodenvielfalt erschwert die Vergleichbarkeit, doch soll hier nicht auf die methodischen Herausforderungen und die kritische Bewertung einzelner Studien eingegangen werden.

Gewaltsituationen sind Ausnahmesituationen – nicht nur für die einzelnen Betroffenen, sondern auch für das medizinische Team.

Doch hat die Gewalt in den vergangenen Jahren zugenommen und eine kritische Schwelle überschritten? Die Datenlage aus retrospektiven Berichten zeigt klar eine wahrgenommene Zunahme der Gewalt in Krankenhäusern und Arztpraxen. Auch objektivere Daten der polizeilichen Kriminalitätsstatistik bestätigen die Gewaltzunahme für den Bereich Rettungsdienst. Entgegen diesem Befund berichtet eine Studie stabile, niedrige Prävalenzen bei Rettungsdienstfahrten während der Corona-Jahre. Mit einer vergleichbaren Methode ermitteln Leuchter und andere jedoch höhere Prävalenzen für das Jahr 2019, die mit subjektiven Häufigkeitsberichten korrespondieren.

Doch gehört Gewalt durch Angehörige oder psychiatrisch unauffällige Patienten grundsätzlich nicht zum beruflichen Rollenbild in Krankenhäusern und Arztpraxen, weshalb die Zahlen der geschilderten Studien nicht akzeptabel sind. Gleichzeitig warnt die Forschung vor Fehlern im Umgang mit komplexen Problemen. Als Pflegekraft, Arzt oder Sanitäter als auch auf organisationaler Ebene sollten Aktionismus und eine Verallgemeinerung der Gewaltproblematik vermieden werden, um die Vielschichtigkeit der Gewaltentstehung und -verarbeitung angemessen zu berücksichtigen.

	Studie	Methode
Retrospektive Befragung	Jüchser & Richter (2021) / Rettungsdienst Fazit: 34% Gewalterfahrung / 81% berichten Anstieg	Methode: Fragebogen retrospektiv 12 Monate, N = 1.717 Zeitraum: Mai-Juli 2019
	BGW (2023) Studie I / Beschäftigte aus deutschen Notaufnahmen (Ärzte, Pflegekräfte, Rettungsdienst) Fazit: 64%-97% Gewalterfahrung	Methode: Fragebogen retrospektiv 12 Monate, N = 349 Zeitraum: Sep.-Dez., 2020
	Leuschner et al. (2023) / Rettungsdienst & Notaufnahme Fazit: 6%-27% Gewalterfahrung	Methode: Wöchentlicher Fragebogen im Längsschnitt, N = 58, Zeitraum: Mai – Aug. 2021
	DKI (2024) / Krankenhäuser Fazit: 73% berichten Anstieg der Gewalterfahrung	Methode: Fragebogen an N = 250 Krankenhäuser Zeitraum: April 2024
	KBV (2024) / Ärzte & medizinisches Personal in Praxen Fazit: 43%-48% Gewalterfahrung / 85% berichten Anstieg	Methode: Onlinebefragung, N = 7.580 Zeitraum: September 2024
Einsatzdokumentation	Leuchter et al. (2020) / Rettungsdienst Fazit: 1.2% Gewalterfahrung	Methode: Einsatzbegleitender analoger Fragebogen, N = 7.793, Zeitraum: vier Wochen in 2019
	PROKON (2023) / Rettungsdienst Rheinhessen Fazit: 0.02%-0.03% Gewalterfahrung / kein Anstieg**	Methode: Einsatzbegleitender digitaler Fragebogen in der Region Rheinhessen, N = 362.741 Zeitraum: Okt. 2019- Sep. 2022
Statistiken Anzeigen / Unfälle	Bundeslagebild des BKA (2024) / Exkurs Rettungsdienst Fazit: 40% Anstieg „Gewalt“ seit 2018 auf N = 2.902 in 2023	Methode: Statistik abgeschlossener Ermittlungsverfahren wegen Gewaltdelikten (z.B. Mord, Körperverletzung, Nötigung, Bedrohung, ... keine Beleidigungsdelikte) Zeitraum: 2018-2023
	BGW (2023) Studie I / Versicherte der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) Fazit: kein Anstieg der gemeldeten Unfälle	Methode: meldepflichtige Arbeits- und Wegeunfälle durch Schreck- und Gewaltvorfälle, N = 353.875 Zeitraum: 2018 bis 2022

Anmerkung. * Die detailliertere Studienübersicht ist beim Autor erhältlich. ** Es wurde von den Autoren eine Datenbereinigung vorgenommen, deren Umfang und Systematik aus dem Bericht nicht elaboriert werden kann.

Handlungsfelder zur Resilienzförderung

Gewaltsituationen sind Ausnahmesituationen – nicht nur für die einzelnen Betroffenen, sondern auch für das medizinische Team. Psychologische Modelle der Teamresilienz unterscheiden zwischen Handlungsphasen vor, während und nach kritischen Ereignissen. Für den Umgang mit Gewalt im medizinischen Bereich bieten sie konkrete Ansatzpunkte auf individueller, organisatorischer und gesellschaftlicher Ebene.

Nach kritischen Ereignissen: Realistisches Risikobewusstsein durch Monitoring

Angesichts der oben skizzierten Datenlage ist festzustellen, dass es keine zentrale Datenerfassung zu Gewalt bei Rettungsdiensten, in Krankenhäusern oder Arztpraxen gibt, die mit der systematischen Erfassung von „Gewalt gegen Polizeibeamte“ in Rheinland-Pfalz vergleichbar ist. Neben validen Prävalenzzahlen könnte insbesondere eine differenzierte Erfassung der Tätergruppen und Ursachen verschiedene Problembereiche und somit Handlungsfelder vor Ort, in

der Organisation oder in der Politik identifizieren. Orientiert an der Studie des Deutschen Krankenhausinstituts sollte in Monitorings unterschieden werden, ob Gewalt dem Krankheitsbild des Patienten entspricht (zum Beispiel Demenz, Emotionsstörungen), mit aktuellem Suchtmittelgebrauch assoziiert ist oder unabhängig davon auftritt (zum Beispiel Respektverlust, Wartezeit). Jede dieser Gewaltsituationen unterliegt einem anderen Erklärungsmodell und erfordert unterschiedliche Maßnahmen auf kurze, mittlere und lange Sicht.

Zudem sind Tätergruppen und -merkmale zu unterscheiden (Angehörige gegen Patient), wobei auch kritische Themen wie Migrationshintergrund berücksichtigt werden sollten. Nur durch einen vorbehaltlosen Anspruch die Realität abzubilden und zu verstehen, können differenzierte Erklärungsmodelle abgeleitet werden. Diese begründen dann notwendige Maßnahmen, beispielsweise individuelle Konfliktstrategien, technische/organisatorische Maßnahmen oder



mögliche straf- und aufenthaltsrechtliche Konsequenzen auf politischer Ebene.

**Vor und in kritischen Ereignissen:
Gewaltprävention und Gewaltumgang**

Verschiedene Publikationen und Projekte befassen sich mit Erklärungsmodellen sowie Strategien zur Erkennung, Vorbeugung und zum Umgang mit Gewalt im polizeilichen Kontext. In aktuellen Projekten werden diese Erkenntnisse auf den medizinischen Bereich des Rettungsdienstes übertragen. Praxisnahe Sachbücher bieten zudem Rettungskräften Strategien zur Gewaltprävention und Selbstverteidigung an. Aus Sicht psychologischer Modelle der Teamresilienz werden auf individueller Ebene den Betroffenen konkrete Umgangsstrategien mit Gewalt vermittelt. Diese sollen Pflegekräfte, Ärzte oder medizinische Fachangestellte dazu befähigen, Situationen besser zu erkennen, eskalierende Einflussfaktoren zu vermeiden und Konflikte zu deeskalieren. Ohne die Bedeutung dieser Maßnahmen – oder besser gesagt die traurige Notwendigkeit – infrage zu stellen, müssen auch organisationale und politisch/gesellschaftliche Maßnahmen zur Gewaltprävention und -sanktion erörtert werden.

Hierfür ist jedoch eine differenzierte Analyse der Tätergruppen und Ursachen notwendig, da, wie zuvor erwähnt, beispielsweise Gewaltvorfälle psychiatrisch auffälliger Personen von der gruppenbezogenen Gewalt einer Angehörigenfamilie zu unterscheiden sind. Nur wenn es gelingt, den Ursprung der Gewalt in Krankenhäusern und Arztpraxen transparent zu beschreiben, lassen sich differenzierte Präventionsmaßnahmen auf individueller sowie gesellschaftlich-politischer Ebene ableiten.

Nach kritischen Situationen: Erklärungsmodelle und Teamreflexion des Bedrohungserlebens

Neben dem Monitoring von Gewalterfahrungen innerhalb der Organisation können auch individuelle oder teambezogene Reflexionsstrategien die Verarbeitung unterstützen. Individuelle Verarbeitung: Die Merkmale einer Gewaltsituation, wie Anschreien oder Beleidigungen, werden von Betroffenen individuell verarbeitet, was zu unterschiedlichen Bewertungen der erlebten Situation führen kann. Anhand verschiedener Bedrohungssituationen untersuchten Rynek und Ellwart sowohl die Auslöser als auch den Bearbeitungsmechanismus des Bedrohungserlebens. Die Auslöser umfassten nicht nur Straftaten wie physische Bedrohungen, sondern auch behinderte Handlungsregulation, Misserfolgserlebnisse sowie leistungs- und personenbezogene Geringschätzung. Wenn diese Auslöser als Bedrohung der Bedürfnisse in der beruflichen Rolle wahrgenommen wurden (zum Beispiel wahrgenommener Verlust der Kontrolle, Status, Zugehörigkeit oder körperlicher Unversehrtheit), führte dies zu einem Bedrohungserleben und negativer Beanspruchung.

Indem Betroffene ihre Erfahrungen systematisch einordnen und reflektieren, können sie konstruktiv mit Bedrohungssituationen umgehen, Ressourcen im Team aktivieren und psychisch gestärkt aus diesen Situationen hervorgehen.

Teambezogene Verarbeitung: Teambezogene Reflexionsansätze nach kritischen Ausnahmesituationen bieten die Möglichkeit, den Umgang mit Gewaltsituationen in der Arztpraxis oder auf Station zu verarbeiten. Die Reflexion im Team verbessert die Zusammenarbeit, indem sie die Wahrnehmung der Situation, Handlungsstrategien und das Lernen fördert. Durch die gemeinsame Reflexion wird eine einheitliche Wahrnehmung der Situation entwickelt, was Missverständnisse reduziert und eine bessere Abstimmung ermöglicht. Zudem können effektive und weniger erfolgreiche Handlungsweisen analysiert werden, um Strategien für zukünftige Einsätze zu optimieren. Die Reflexion stärkt auch das Lernen im Team, indem sie Veränderungen und Folgen früherer Handlungen sichtbar macht, was die Anpassungsfähigkeit und das Vertrauen im Team erhöht.

Fazit
Erfassung, Bewertung und Bewältigung von Gewaltereignissen sind ein komplexes als auch ein emotionales Thema. Eine systematische und sachliche Betrachtung trägt dazu bei, das Problemverständnis zu verbessern und notwendige Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen abzuleiten. Hilfreich wäre eine differenzierte Erfassung der Bedrohungslagen bei verschiedenen Dienstarten (zum Beispiel Notaufnahme, Pflegestationen, ärztliche Praxen, ehrenamtlicher/ hauptamtlicher Rettungsdienst), um notwendige Maßnahmen zielgerichtet aufzusetzen. Vor allem sollte die erlebte Zunahme von Gewalt in Krankenhäusern und Praxen nicht mit Verweis auf Methoden und Umfang der Befundlage infrage gestellt werden. Die aktuellen Studien sind ein Weckruf an Patienten, Angehörige, Politik und Gesellschaft, mit verstärktem Bewusstsein, sachlicher Differenzierung und Ehrlichkeit die Problemlage zu adressieren.

Literatur beim Autor.



Autor
Prof. Dr. Thomas Ellwart
Professur für Wirtschaftspsychologie
Universität Trier
ellwart@uni-trier.de
www.wip.uni-trier.de

Foto: Universität Trier

Gewalt gegen die Ärzteschaft und Mitarbeitende: Meldestelle der Landesärztekammer Hessen

Kaum könnte der Widerspruch größer sein: Sie wollen anderen Menschen helfen, doch statt Dankbarkeit erleben einige Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal Aggressionen und Gewalt im beruflichen Kontext. Vor diesem Hintergrund wurde vor sechs Jahren die Meldestelle „Gewalt gegen die Ärzteschaft und Team“ bei der Landesärztekammer Hessen implementiert. Laut Medieninformationen wurden Drohungen und körperliche Übergriffe in Praxen und Krankenhäusern im beruflichen Alltag in den letzten Jahren immer häufiger. Studien zufolge seien die Hintergründe für die erhöhte Aggressionsbereitschaft vielfältig. In Zeiten von Ärztemangel und hoher Arbeitsbelastung würden die Ressourcen knapper und die Wartezeiten auf Termine länger, was zu Frustration und Aggression unter den Patientinnen und Patienten führen könne. Es scheint allerdings ein genereller Trend zu sein, dass Menschen ihren Frust an Helfenden auslassen: Regelmäßig machen auch Angriffe auf Polizei, Rettungsdienste und Feuerwehren Schlagzeilen.

Vor dem Hintergrund der ansteigenden Übergriffe gab es im Jahr 2017 eine Neuregelung des § 115 Strafgesetzbuch (StGB) „Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte“. § 115 des StGB ermöglicht seitdem die Bestrafung bei Gewalt gegenüber Feuerwehr, Katastrophenschutz oder Rettungsdienst bei tätlichen Angriffen. Ärzte wurden dabei nicht berücksichtigt. Um mehr Schutz für Notfallärzte zu erreichen, plante die Bundesregierung eine Reform des strafrechtlichen Schutzes.

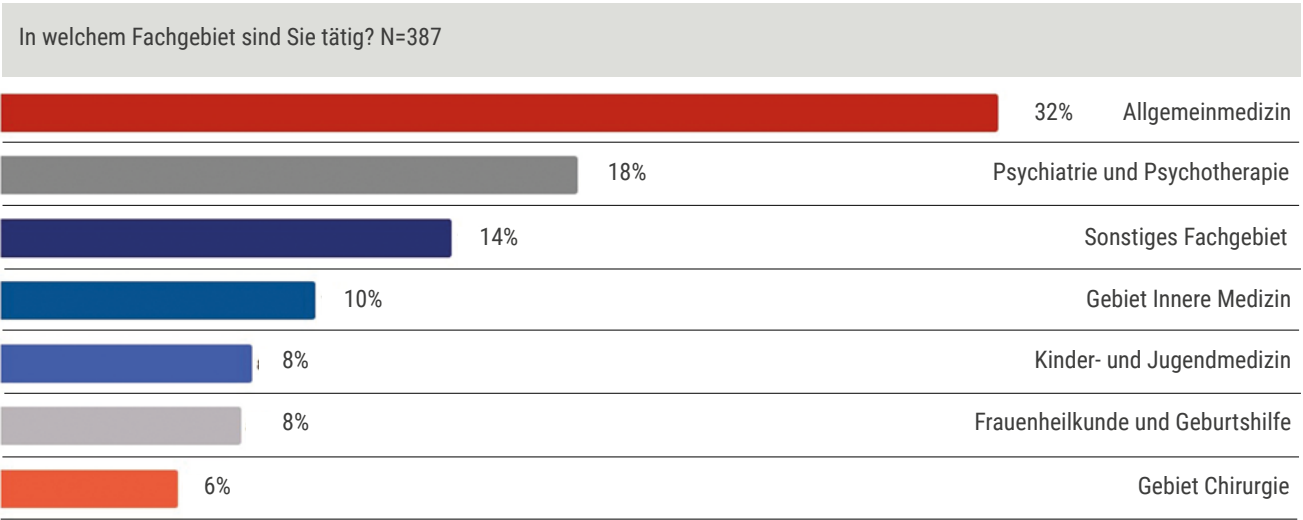
2021 folgte die Strafrechtsverschärfung: Hilfeleistende eines ärztlichen Notdienstes oder einer Notaufnahme wurden im Paragraphenteil des Strafgesetzbuches integriert. Somit

wurde der geforderte Schutz des Strafgesetzbuches auf das medizinische Personal von ärztlichen Notdiensten und Notfallambulanzen in den Krankenhäusern ausgeweitet. Ärztinnen und Ärzte in anderen Arbeitsbereichen wurden dabei jedoch nicht berücksichtigt – auch sie sollten dem Schutz dieses Gesetzes unterliegen.

Um Forderungen gegenüber dem Gesetzgeber, die gesamte Ärzteschaft im Paragraphenteil des Strafgesetzbuches zukünftig einzuschließen, zu untermauern, hat die Landesärztekammer Hessen die Meldestelle eingerichtet. Seitdem haben Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, in anonymisierter Form ihre Gewalterfahrungen der Ärztekammer zu melden.

Inhalte des Meldebogens
Im Meldebogen wird abgefragt, in welchem Bereich die Ärztin oder der Arzt tätig ist. Ferner wird erhoben, durch wen aggressives Verhalten ausgeübt wurde und gegen wen sich dieses Verhalten richtete (zum Beispiel gegen den Meldenden selbst oder gegen Mitarbeitende). In einem weiteren Teil werden die Ärzte gebeten, konkretere Angaben zum benannten Vorfall zu machen, unter anderem welche Form aggressives Verhalten erlebt wurde. Außerdem wird untersucht, ob die Ärztinnen und Ärzte nach dem Vorfall aktiv wurden und falls ja, in welcher Form (zum Beispiel Erstattung einer Strafanzeige).

Im Meldebogen wird darauf hingewiesen, dass die Landesärztekammer Hessen betroffenen Mitgliedern die Möglichkeit bietet, sich an die Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen oder an die Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen zu wenden.



Aktuelle Meldedaten

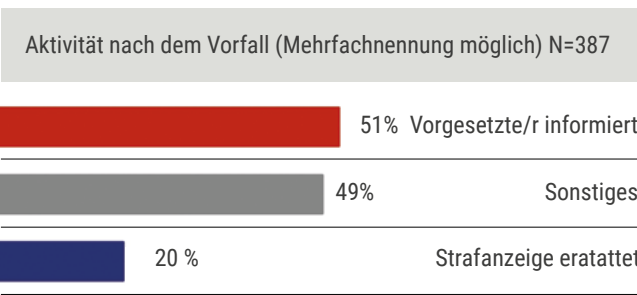
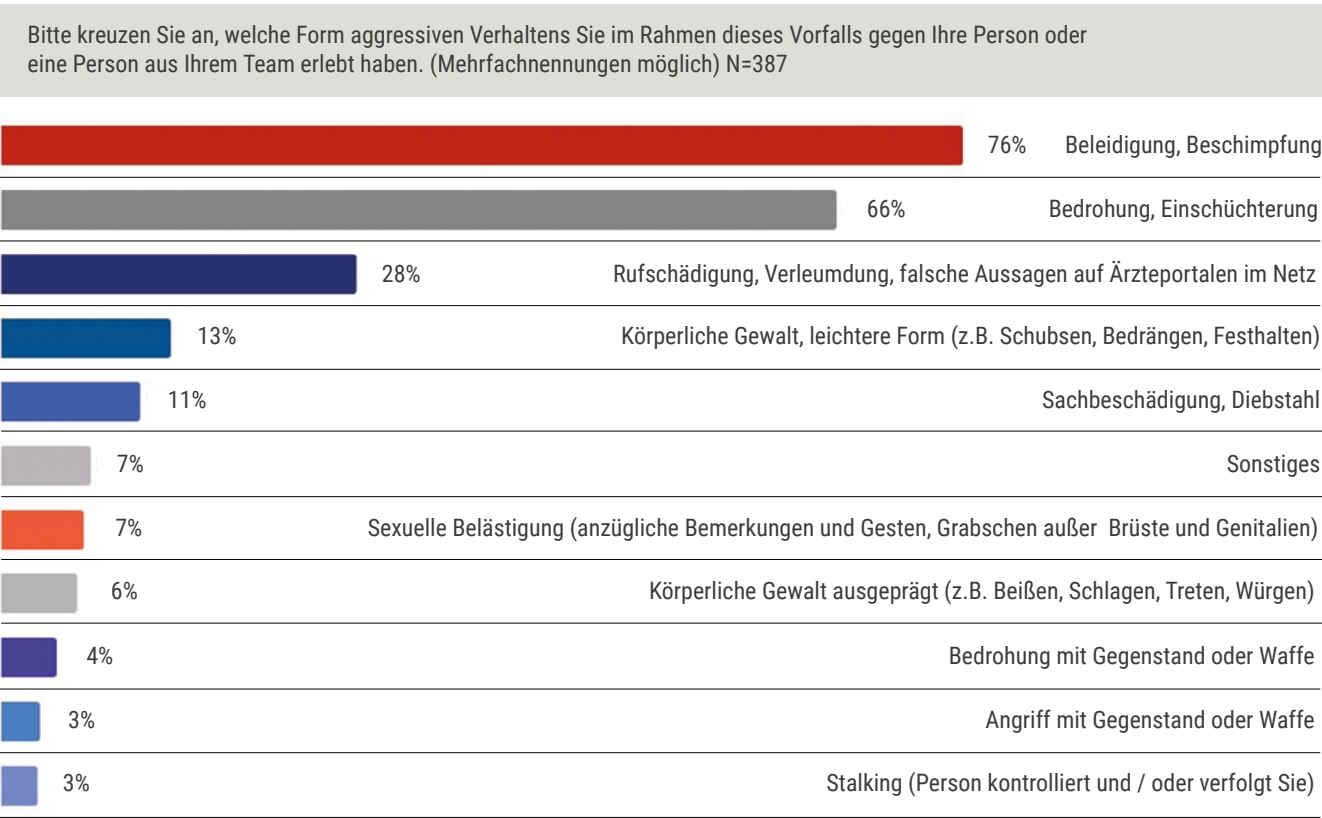
Bis Januar 2025 sind 387 Meldebögen bei der Landesärztekammer Hessen eingegangen. Die Melderinnen und Melder gaben ihr Fachgebiet an: Die Mehrheit der Meldungen stammt aus dem Gebiet der Allgemeinmedizin (32 Prozent), gefolgt von der Psychiatrie und Psychotherapie (18 Prozent). Zehn Prozent sind in der Inneren Medizin und jeweils acht Prozent in den Gebieten Kinder- und Jugendmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe dokumentiert. In den meisten Fällen sind die Melder im ambulanten Bereich tätig (79 Prozent), gefolgt vom stationären Bereich (19 Prozent) sowie sonstigen Bereichen in zwei Prozent der Fälle. Aggressives Verhalten richtet sich gegen die Ärzteschaft selbst (76 Prozent) oder gegen ihre Mitarbeitenden (54 Prozent). Mehrfachangaben sind bei dieser Fragestellung möglich.

Formen aggressiven Verhaltens gegen Praxisteam

Die Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, die Aggressionsformen, die sie im Rahmen eines Vorfalls erlebt haben, anzugeben. Mehrfachnennungen pro Vorfall sind möglich. Betrachtet man die Formen aggressiven Verhaltens, so wird deutlich, dass die Mehrheit über Beleidigung oder Beschimpfung berichtet (76 Prozent) sowie über Bedrohung oder Einschüchterung (66 Prozent). 28 Prozent berichten über Ruf-

schädigung in Form von Falschaussagen auf Ärzteportalen im Internet, gefolgt von körperlicher Gewalt in leichterer Form (zum Beispiel Schubsen, Bedrängen, Festhalten) in 13 Prozent der Fälle. Anhand einer offenen Frage haben Betroffene die Möglichkeit, konkretere Angaben zum benannten Vorfall zu machen. Dabei wird insbesondere aggressives Verhalten gegenüber dem Praxisteam, auch seitens der Angehörigen, beschrieben: „Tochter müsse wohl länger als zwei Stunden warten, Kontakt per WhatsApp. Eltern haben am Nachmittag deshalb Drohungen gegenüber MFA ausgesprochen: Wollten die Praxis auseinandernehmen.“

Aus den Freitextangaben kristallisierte sich heraus, dass vor allem längere Wartezeiten oder unerfüllte Rezeptwünsche aggressives Verhalten auslösen. Ferner fordern Patientinnen und Patienten und – in einigen Fällen deren Angehörige – Behandlungsmaßnahmen, die medizinisch nicht gerechtfertigt seien. Dies führe häufig zu Diskussionen sowie Eskalationen in Form von Beleidigungen und Beschimpfungen.



Die Hälfte der Ärzteschaft wurde nach dem Vorfall aktiv

Über die Hälfte (53 Prozent) der Melderinnen und Melder wurde nach dem Vorfall aktiv. Die Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte haben nach dem Vorfall ihren Vorgesetzten/ihre Vorgesetzte informiert (51 Prozent), gefolgt von sonstigen Angaben wie „Vorfall wurde der Landesärztekammer gemeldet“, „Der Vorfall wurde dokumentiert“ oder „Wir erteilten dem Patienten/ der Patientin Hausverbot“ in 49 Prozent der Fälle. 20 Prozent der Melderinnen und Melder, die nach dem Vorfall aktiv wurden, haben Strafanzeige erstattet.

Ausblick

Wir leben in krisenhaften Zeiten. Dies kann zu Überforderung führen, die unter anderem mit einer gesteigerten Aggressivität gegen die Ärzteschaft sowie Gesundheitsfachkräften einhergeht, was auch die Daten aus den Meldebögen der Landesärztekammer Hessen verdeutlichen. Patientinnen und Patienten, die immer fordernder werden, zeigen weniger bis gar kein Verständnis für die derzeitige Arbeitsbelastung der Ärzteschaft sowie Mitarbeitenden und verhalten sich in einigen Fällen respektlos, beleidigend und drohend. Die Daten aus dem Meldebogen zeigen, dass Gewalt insbesondere gegenüber dem Praxisteam ausgeübt wird. In einigen Fällen wurden die Medizinischen Fachangestellten unterstützend herangezogen, wenn Patientinnen und Patienten im Behandlungszimmer aggressiv gegenüber dem Arzt oder der Ärztin werden.

Strafanzeigen sollten zukünftig vermehrt erstattet werden

„Erfahrungsgemäß werden viel zu wenige solcher Taten zur Anzeige gebracht“, kommentiert Hannelore König, Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe. Die Zahlen aus unserem Meldebogen bestätigen diese Aussage. Nur ein relativ geringer Anteil hat nach einem Vorfall Strafanzeige erstattet. Um das Ausmaß an Gewalt gegen Ärzteschaft und Mitarbeitenden transparenter zu machen, erscheint es wichtig, dass sämtliche Formen von Gewalt nicht hingenommen werden und nach einem Vorfall unverzüglich eine Strafanzeige erfolgt. „Strafanzeigen haben sich in der Vergangenheit

bewährt, denn auch in den Täterkreisen spreche es sich herum, wenn man sich wehren würde“, so die Erfahrung eines Hausarztes, der regelmäßig Strafanzeige erstattet. Durch Rückmeldungen auf seine Anzeigen erfahre er immer wieder, dass die Zahl der Ermittlungserfolge hoch sei, ebenso wie die Anzahl der Verurteilungen zu Geldstrafen.

Meldebogen auf der LÄKH-Website

Jegliche Formen von Gewalt sollten von Ärztinnen und Ärzten nicht hingenommen werden und Vorfälle können jederzeit anhand des Meldebogens der Landesärztekammer Hessen gemeldet werden. Nur so können wir gemeinsam auch in Zukunft dazu beitragen, Gewalt transparent zu machen sowie Handlungsstrategien zu entwickeln. Anhand des Meldebogens haben Ärztinnen und Ärzte aus allen Fachgebieten und Bundesländern weiterhin die Möglichkeit, Vorfälle der Landesärztekammer Hessen zu melden. Hier geht es direkt zum Meldebogen:

<https://www.sphinxonline.com/v4/s/qs0puu>

Literatur bei Autorinnen



Autorinnen

Dr. Dipl.-Soz. Iris Natanzon,
Wissenschaftliche Referentin
Landesärztekammer Hessen
E-Mail: qs@laekh.de

Foto: Isolde Asbeck/ LÄKH



Nina Walter
Ärztliche Geschäftsführerin
Landesärztekammer Hessen

Foto: Katarina Ivanisevic

Prävention und Nachsorge: Handeln vor und nach einem Gewaltvorfall im Gesundheitswesen

Psychische und physische Gewalt erleben laut Studien die meisten Beschäftigten mit Kontakt zu Patientinnen und Patienten. Zu dieser Gewalt durch betriebsexterne Personen gehören zum Beispiel Beschimpfungen, Beleidigungen, Bedrohungen sowie leichte und schwere Übergriffe und Körperverletzungen.

Einem Arzt wird der Weg versperrt, der Patient haut ihm mit der Faust ins Gesicht, eine Pflegekraft beobachtet das Ereignis und kann keine Hilfe herbeiholen, ...

Solche und ähnliche Beschreibungen von Ereignissen sind Unfallversicherungsträgern wie der Unfallkasse Rheinland-Pfalz nicht unbekannt. Die Zahl von Unfallmeldungen, die Gewalt bei der Arbeit beinhalten, bleibt im Gesundheitswesen hoch. Im Klinikum Worms beispielweise werden seit 2018 aggressive Übergriffe mit einem Meldebogen erfasst und ausgewertet. Im Beobachtungszeitraum von 2018 bis 2024 wurden insgesamt 121 Übergriffe gemeldet. In jeweils 34 Prozent der Fälle waren die Übergriffe entweder nur verbal oder nur körperlich erfolgt, in 32 Prozent der Fälle wurde sowohl verbale als auch körperliche Gewalt ausgeübt. Die Tendenz ist insgesamt steigend.

Die Ursachen sind vielfältig und liegen nicht lediglich in individuellen Faktoren oder in der Interaktion zwischen den handelnden Personen. Auch Auslöser in der Situation wie Umgebungsbedingungen oder organisatorische Hemmnisse sind relevant. Die Folgen von Gewalt bei der Arbeit sind einerseits körperliche und psychische Verletzungen bei Beschäftigten, andererseits kommt es zu Auswirkungen für den Betrieb: Die Arbeitsbeziehung von Beschäftigten mit Patientinnen und Patienten kann leiden. Unsicherheit kann zu einem dysfunktionalen Umgang mit zukünftigen Konfliktsituationen und damit zur Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit führen. Krankheitsbedingte Ausfälle oder sogar Kündigungen können Personalengpässe verstärken. Das Betriebsklima leidet gegebenenfalls durch eine Reduktion der Motivation.

Ganzheitliche Gewaltprävention

Nicht zuletzt aus den oben genannten Gründen stellt sich also die Frage nach erfolgreicher Gewaltprävention. Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz und andere Unfallversicherungsträger beraten und qualifizieren hierzu ihre Mitgliedsbetriebe zur Gestaltung sicherer und gesunder Arbeit und versorgen Versicherte bei Gewaltereignissen im beruflichen Kontext.

In der Pflicht stehen Arbeitgeber mit der Verantwortung, eine Gefährdung für das Leben sowie die physische und die psychische Gesundheit möglichst zu vermeiden und die verbleibende Gefährdung möglichst geringzuhalten. Dabei ist durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (§4 und §5 Arbeitsschutzgesetz).

Das Klinikum Worms setzt seit Jahren auf ganzheitliche und wirksame Maßnahmen. Angefangen mit einer Analyse und Beurteilung der Gefährdungen durch eine Arbeitsgruppe mit Beschäftigten aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen wurden vielfältige Maßnahmen abgeleitet, die in ein umfassendes Gewaltschutzkonzept inklusive eines Leitbilds mit Positionierung gegen Gewalt gemündet sind. Um schnell Hilfe erreichen zu können, wurden eine Notfalltelefonnummer und Hilfteams etabliert. Als weitere Maßnahmen wurden die Schaffung von sicheren Rückzugsräumen und die Ausrüstung von Beschäftigten, die Alleinarbeit leisten, mit Notrufsystemen abgeleitet. Ebenso bedeutsam und eingeführt wurden Schulungen der Beschäftigten zum Thema Deeskalation, um den Beschäftigten Sicherheit für schwierige Situationen zu vermitteln und präventiv zu wirken. Diese werden durch zwei mit der Unterstützung der Unfallkasse Rheinland-Pfalz zu Deeskalationstrainerinnen ausgebildeten Mitarbeiterinnen in Veranstaltungen im Unternehmen organisiert. Zusätzlich wurde ein Unterweisungskonzept für alle Beschäftigten zum Thema erstellt. Das Klinikum Worms stellt dabei die hierzu gemeinsam mit der Unfallkasse Rheinland-Pfalz eigens erstellte Modulreihe „Gewappnet gegen Gewalt im Gesundheitsdienst“ zur Verfügung, die von allen Beschäftigten und verantwortlichen Personen einzeln, aber auch im Rahmen von Teamsitzungen abgerufen werden können. Die Modulreihe wurde durch ein spezifisches Modul ergänzt, welches über die konkreten innerbetrieblichen Regelungen des Klinikum Worms informiert.

Psychologische Nachsorge

Wenngleich Prävention wirksam ist, lassen sich Ereignisse nicht vollständig vermeiden. Im Sinne der Sekundärprävention ist es wichtig, betroffene Personen nach Erlebnissen insbesondere auch psychisch zu stabilisieren und zu unterstützen, um langfristige Traumafolgestörungen wie eine posttraumatische Belastungsstörung zu verhindern. Arbeitgeber können ihren Beschäftigten hier unter-



Foto: AdobeStock/nito

schiedliche Angebote machen. Im Fokus steht dabei ein unterstützender Umgang mit Betroffenen und die Vermeidung von Bagatellisierung für die Bewältigung. Eine Sensibilität sollte dabei sowohl unter Kolleginnen und Kollegen als auch bei Führungskräften entwickelt werden.

1. Betriebliche psychologische Erstbetreuung: Kurz nach einer Akutsituation können neben professionellen externen Kräften der Psychosozialen Notfallversorgung auch intern ausgebildete Kolleginnen und Kollegen die psychologische Erstbetreuung übernehmen. Diese ergänzt die medizinische Erste Hilfe und sorgt dafür, dass Betroffene soziale Unterstützung erhalten, äußere und innere Sicherheit erfahren und sich beruhigen können. Die Unfallkasse Rheinland-Pfalz bietet ähnlich wie andere Unfallversicherungsträger hierzu eine Ausbildungsreihe für ihre Mitgliedsbetriebe an.

2. Psychologische Beratung: Nach der Erstbetreuung sollten Beschäftigte, die das Erlebte noch mit sich tragen, die Möglichkeit haben, sich freiwillig an weitere professionelle Unterstützung zu wenden. Beispielsweise können interne oder extern organisierte Sozialberatungen, Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte fungieren. Im Klinikum Worms erhalten alle betroffenen Beschäftigten zeitnah von der Betriebsmedizin ein Gesprächsangebot. Hierbei hat sich gezeigt, dass die unkomplizierte telefonische Kontaktaufnahme mit der Option weiterer persönlicher Gespräche sehr positiv aufgenommen wird und eine gute Möglichkeit darstellt, die Belastung für die Betroffenen zu minimieren.

3. Psychotherapie: Unfallversicherungsträger können, wenn ihnen der Vorfall bekannt ist, mit der Einleitung einer Psychotherapie im Rahmen ihres Psychotherapeuten-Verfahrens, unterstützen. So überprüft beispielsweise die Betriebsmedizin im Klinikum Worms in Abhängigkeit des Gesprächsverlaufs die Notwendigkeit psychotherapeutischer Unterstützung und leitet an die Unfallkasse Rheinland-Pfalz weiter.

Meldung als Arbeitsunfall

Da Unfallversicherungsträger erst bei Hinweis auf eine psychische Verletzung beziehungsweise Traumatisierung professionelle Hilfen wie Psychotherapie anbieten und erforderliche Maßnahmen zur Akutversorgung, Rehabilitation und Wiedereingliederung einleiten können, ist eine Unfallmeldung beziehungsweise Unfallanzeige an den zuständigen Unfallversicherungsträger unabdingbar. Gewaltvorfälle sind Arbeitsunfälle, wenn sie einen körperlichen Schaden oder eine seelische Verletzung verursachen. Bei mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeit der betroffenen Person muss der Betrieb den Gewaltvorfall an die zuständige Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft melden.

Es ist empfehlenswert, dass Betriebe Ereignisse darüber hinaus intern dokumentieren und regelmäßig auswerten, um gezielte Maßnahmen ableiten zu können. Für Akutsituationen sollte darüber hinaus ein Notfallplan existieren. Hausverbote und Strafanzeigen können als weitere wichtige Schritte herangezogen werden.

Kultur der Prävention

Voraussetzung für den guten Umgang mit Gewalt ist, dass Arbeitgeber und Führungskräfte das Thema für sich annehmen. Es sollte eine Kultur geschaffen werden, in der offen über Gewaltvorfälle gesprochen werden kann. Das Ziel ist, Gewalt zu verhindern und ihre Folgen abzumildern. Beim ganzheitlichen und systematischen Vorgehen zu Gewaltprävention unterstützen gute Arbeitsschutzstrukturen und fachliche Expertinnen und Experten. So werden Sicherheit und Gesundheit für alle Beteiligten selbstverständlich.

Literatur bei den Autorinnen



Autorinnen

M.Sc. (Psych.) N. Helin Dogan
Fachbereichsleiterin Gesundheit,
Kultur und Arbeitsfähigkeit
Unfallkasse Rheinland-Pfalz

Foto: Dogan

Ohne Foto

Dr. Barbara Wasum
Fachärztin für Innere Medizin
Betriebsärztlicher Dienst
Klinikum Worms