

Med Klin Intensivmed Notfmed
<https://doi.org/10.1007/s00063-022-00960-2>
 Eingegangen: 11. März 2022
 Überarbeitet: 29. Juni 2022
 Angenommen: 27. August 2022

© Der/die Autor(en) 2022

Redaktion
 Michael Buerke, Siegen



Notfallversorgung als risikoreicher Arbeitsplatz – Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt gegen Beschäftigte

Vanessa Beringer^{1,2} · Tanja Wirth¹ · Lena Kazmierczak^{1,3} · Sonja Reißmann¹ · Wilfried Schnieder⁴ · Hans-Werner Kottkamp⁵ · Greta Ullrich⁶ · Albert Nienhaus^{7,8} · Volker Harth¹ · Anja Schablon⁷ · Stefanie Mache¹

¹ Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland; ² Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Hamburg, Hamburg, Deutschland; ³ Institut für Psychologie, Universität Jena, Jena, Deutschland; ⁴ Zentrale Notaufnahme, Klinikum Herford, Herford, Deutschland; ⁵ Zentrale Notaufnahme, Evangelisches Klinikum Bethel (EvKB), Bielefeld, Deutschland; ⁶ Zentrale Notaufnahme, Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg, Henstedt-Ulzburg, Deutschland; ⁷ Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare), Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Hamburg, Deutschland; ⁸ Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG), Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Viele Mitarbeitende in der Notfallversorgung erleben verbale und körperliche Gewalt, die von Patient:innen oder Begleitpersonen ausgeht. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt in der Notfallversorgung verfügbar sind und wie die Beschäftigten diese subjektiv bewerten.

Methodik: Eine deutschlandweite Querschnittserhebung wurde 2020 mittels eines Online-Fragebogens durchgeführt. Der Fragebogen enthielt Items zu Maßnahmen zur Gewaltprävention, -intervention und -nachbereitung. Quantitative Daten wurden deskriptiv, Freitextangaben gemäß der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: An der Erhebung nahmen 349 Personen, davon 115 Leitungskräfte, teil. Die Verfügbarkeit von Sicherheitspersonal und eine standardisierte Meldung von Vorfällen wurden als wichtige Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt erachtet. Von den Leitungskräften gaben 67 % an, keinen Sicherheitsdienst zu haben, während 56 % berichteten, dass gemeldete Gewaltereignisse nicht strukturiert aufgearbeitet werden. Eine hohe Arbeitsbelastung in der Notfallversorgung kann die Umsetzung von Maßnahmen behindern. Insgesamt wurde die Forderung nach verstärkter Unterstützung durch Vorgesetzte und die Klinikleitung deutlich.

Schlussfolgerung: Es zeigt sich, dass Beschäftigte bestimmte Maßnahmen als wirksam erachten, diese oft aber nicht konsequent umgesetzt werden. Es bedarf einer strukturierten Meldung von Gewaltvorfällen gegen Beschäftigte, um die Prävalenz realitätsnah abbilden zu können. Neben der Aufstockung des (Pflege-)Personals kann der eingeschränkte Zutritt für Begleitpersonen zu einer Reduktion des Konfliktpotenzials führen.

Schlüsselwörter

Gewaltprävention · Notaufnahme · Arbeitssicherheit · Aggression · Deeskalation



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

In Deutschland gehört das Gesundheitswesen zu den Wirtschaftszweigen mit den meisten Meldungen von Gewaltunfällen [6]. Gewalt gegen Beschäftigte im Gesundheitswesen geht überwiegend von Patient:innen oder deren Angehörigen aus [24]. In der Notfallversorgung werden neben den Beschäftigten des Rettungsdienstes [11] insbesondere Mitarbeitende in Zentralen Notaufnahmen (ZNA) Opfer verbaler und körperlicher Gewalt [7, 16]. Die International Labour Organization [12] (S. 4) definiert Gewalt am Arbeitsplatz als „jede Handlung, Begebenheit oder von angemessenem Benehmen abweichendes Verhalten, wodurch eine Person im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit schwer beleidigt, bedroht, verletzt oder verwundet wird.“

Bei einer Befragung in den notfallmedizinischen Bereichen der Charité Berlin gaben 93% des pflegerischen und 98% des ärztlichen Personals an, innerhalb der letzten sechs Monate Opfer von verbaler Gewalt geworden zu sein. Von körperlicher Gewalt waren 46% des pflegerischen und 22% des ärztlichen Personals betroffen [14]. Vielerorts findet keine standardmäßige Erfassung von Gewaltvorfällen und nur eine selektive Meldung derer statt [2, 20], weshalb von einer Dunkelziffer auszugehen ist.

Studien zeigen, dass nachts die Wahrscheinlichkeit von Übergriffen am höchsten ist [11, 25]. Weitere Risikofaktoren sind Alkohol- oder Drogenkonsum, psychiatrische und neurologische (z.B. Schizophrenie, Demenz) sowie schmerzhafte Erkrankungen der Patient:innen [4, 5, 11, 19, 22, 25]. Auch das hohe Patient:innenaufkommen in ZNA und damit verbundene lange Wartezeiten tragen zu Gewaltvorfällen bei [5, 11].

Neben körperlichen Verletzungen kann das Erleben von Gewalt schwerwiegende, langfristige Folgen für die psychische Gesundheit der Betroffenen (z.B. Burnout) haben [7, 19]. Daraus ergeben sich negative Konsequenzen, insbesondere vermehrte Kosten für das Krankenhaus durch erhöhte Arbeitsausfälle, verminderte Produktivität und geringere Versorgungsqualität [7, 15]. Ein vorbeugender und lösungsorientierter Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz in der Notfallversorgung ist folglich von großer Bedeutung. Hierbei

sind drei Formen von Maßnahmen essenziell: Präventionsmaßnahmen zielen darauf ab, potenziell aggressive Personen zu deeskalieren und Gewaltvorfälle im Vorfeld zu verhindern. Interventionsmaßnahmen werden angewandt, um während eines Übergriffs die Kontrolle über die aggressive(n) Person(en) zu erlangen und damit weiteren Schaden zu vermeiden. Maßnahmen zur Nachbearbeitung dienen dazu, die Gesundheit derjenigen aufrechtzuerhalten, die der Aggression ausgesetzt waren, den Gewaltvorfall zu bewerten und angemessen darauf zu reagieren [23]. Wenn im Folgenden von *Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt* (oder nur *Maßnahmen*) gesprochen wird, schließt dies Maßnahmen zur Gewaltprävention, -intervention und -nachbearbeitung ein. Dabei liegt der Fokus ausschließlich auf Gewalt, die von Patient:innen und/oder Begleitpersonen ausgeht.

Die zuvor beschriebenen Maßnahmen lassen sich gemäß dem TOP-Prinzip in *technische* (z.B. Alarmsysteme), *organisatorische* (z.B. angemessene Personalstärke) und *personenbezogene* Maßnahmen (z.B. Deeskalationstraining) einteilen [10, 18]. Es zeigt sich, dass Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt noch nicht konsequent umgesetzt werden [8], obwohl sich positive Effekte nachweisen lassen: Schulungen führen zu signifikanten Verbesserungen des Selbstvertrauens und der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit [13, 21] sowie der Fähigkeiten im Umgang mit aggressivem Verhalten [1, 9, 13]. Zudem sind dadurch weniger Gewaltvorfälle zu verzeichnen [1]. Insbesondere die Kombination verschiedener Maßnahmen kann einen effektiven und nachhaltigen Schutz ergeben [3, 10]. Jedoch ist insgesamt die Umsetzung und Wirksamkeit von Maßnahmen in Deutschland [11, 22] und auch international [27] bislang nur unzureichend erforscht. Die vorliegende Arbeit untersucht die Verfügbarkeit und den wahrgenommenen Erfolg bzw. Misserfolg von Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt aus der Sicht der Beschäftigten.

Studienziel und Fragestellungen

Ziel der Arbeit ist es, Erkenntnisse aus Sicht der Beschäftigten zur Verfügbarkeit von Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt, zu

deren subjektiven Bewertung der Wirksamkeit sowie zu Faktoren, die eine Umsetzung behindern, zu gewinnen. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen:

1. Welche Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt stehen den Beschäftigten in der Notfallversorgung zur Verfügung und inwiefern werden diese genutzt?
2. Welche Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt erleben die Beschäftigten als wirksam?
3. Welche Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt sind aus Sicht der Beschäftigten weniger wirksam und warum? Welche Schwierigkeiten treten bei der Umsetzung der Maßnahmen auf?
4. Welche Verbesserungsansätze sehen Beschäftigte im Umgang mit Gewalt und Aggression?

Methodik

Studiendesign und Rekrutierung

Die deutschlandweite quantitative Querschnittserhebung in Form einer Online-Befragung fand im Erhebungszeitraum September bis Dezember 2020 statt. Voraussetzung für die Teilnahme war eine hauptamtliche Beschäftigung mit direktem Patient:innenkontakt in ZNA von Krankenhäusern oder in Rettungs- und Notarztdiensten. Eingeschlossen wurde ärztliches Personal, das Pflege- und Rettungsdienstpersonal sowie nichtmedizinisches Personal. Die Rekrutierung von Teilnehmenden erfolgte über den E-Mail-Verteiler der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), wodurch ca. 1000 Mitglieder angeschrieben wurden. Sie erhielten Informationen zum Studienziel, zum Ablauf, zu den Teilnahmebedingungen, zum Datenmanagement sowie den Link zur Teilnahme. Gemäß dem Schneeballprinzip wurden die Kontaktierten gebeten, die Einladung zur Teilnahme auch an andere Kolleg:innen weiterzuleiten.

Erhebungsinstrument

Für die Erhebung wurde ein Fragebogeninstrument mit nichtstandardisierten Items und validierten Skalen verwendet. Der Fragebogen bestand überwiegend aus geschlossenen Fragen mit vorgege-

| Tab. 1 Charakteristika der Studienpopulation ($n = 349$) | | |
|---|-----|----------------|
| | n | % ^a |
| <i>Tätigkeitsbereich</i> | | |
| Krankenhaus, Zentrale Notaufnahme | 300 | 86,0 |
| Rettungs-/Notarzdienst | 41 | 11,7 |
| Beides | 6 | 1,7 |
| Praxis | 1 | 0,3 |
| Keine Angabe | 1 | 0,3 |
| <i>Berufliche Qualifikation</i> | | |
| Ärzt:in | 85 | 24,4 |
| Pflegekraft | 208 | 59,6 |
| Notfallsanitäter:in/ Rettungsassistent:in | 25 | 7,2 |
| Anderer Beruf | 31 | 8,9 |
| <i>Berufserfahrung</i> | | |
| 0–5 Jahre | 102 | 29,2 |
| 6–10 Jahre | 86 | 24,6 |
| 11–15 Jahre | 58 | 16,6 |
| > als 15 Jahre | 103 | 29,5 |
| <i>Träger der Einrichtung</i> | | |
| Privatgewerblich | 63 | 18,1 |
| Öffentlich | 183 | 52,4 |
| Frei | 102 | 29,2 |
| Keine Angabe | 1 | 0,3 |
| <i>Arbeitszeiten</i> | | |
| Schichtdienst | 302 | 86,5 |
| Kein Schichtdienst | 47 | 13,5 |
| <i>Geschlecht</i> | | |
| Weiblich | 202 | 57,9 |
| Männlich | 146 | 41,8 |
| Divers | 0 | 0,0 |
| Keine Angabe | 1 | 0,3 |
| ^a Aufgrund von Rundungen ergibt die Summe der Prozentangaben nicht immer 100 | | |

benen Antwortkategorien oder mehrstufigen Skalen. Drei Items beinhalteten ein offenes Antwortformat. Alle Befragten (Beschäftigte und Führungskräfte) wurden neben den soziodemografischen Daten nach der Verfügbarkeit und Anwendung von Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt sowie nach dem Meldeprozess von Gewaltvorfällen gefragt. Zudem konnten sie in einem Freitextfeld Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssituation im Hinblick auf die erlebte Gewalt angeben. Führungskräfte erhielten zusätzliche Items, mit denen die Umsetzung von Maßnahmen, die Dokumentation, Meldung und Nachbereitung von Vorfällen sowie die Haltung der Krankenhausdirektion erhoben wurde. Außerdem konnten

die Führungskräfte in zwei Freitextfeldern angeben, welche Maßnahmen aus ihrer Sicht besonders erfolgreich sind und welche Gründe sie für die Unwirksamkeit von Maßnahmen sehen.

Datenauswertung

Bei den geschlossenen Fragen erfolgte eine deskriptive Analyse der Häufigkeiten mithilfe der Software IBM® SPSS® Statistics (Version 26; IBM, Armonk, NY, USA). Die Antworten auf die drei offen gestellten Fragen wurden durch Freitextfelder erfasst. In Form einer qualitativen Exploration wurden die Antworten mithilfe der Software MAXQDA (Version 12.3.9; VERBI GmbH, Berlin, Deutschland) nach Mayrings Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse [17] codiert und analysiert. Soweit möglich wurde zur Einordnung der Maßnahmen das zuvor beschriebene TOP-Prinzip verwendet, um diese entsprechend der Verhaltens- und Verhältnisprävention übersichtlich darzustellen.

Ergebnisse

Die Studienpopulation bestand aus 349 Personen, von denen 115 (33%) Führungskräfte waren (20% pflegerische und 13% ärztliche Leitung). Von den Befragten waren 86% in der ZNA eines Krankenhauses und 12% im Rettungs- und Notarzdienst beschäftigt. Rund 24% aller Teilnehmenden übten eine ärztliche und 60% eine pflegerische Tätigkeit aus, während 7% als Notfallsanitäter:in bzw. Rettungsassistent:in beschäftigt waren. In **Tab. 1** wird die Stichprobe detailliert aufgeschlüsselt.

Verfügbarkeit und Anwendung von Maßnahmen aus Sicht aller Befragten

Mit Blick auf die technischen Maßnahmen zeigt sich, dass 31% der 349 Befragten *maschinelle Notfallsysteme* in der Einrichtung zur Verfügung haben. Von 115 Führungskräften gaben 39% an, einen Alarm nutzen zu können, der aktiv ausgelöst wird und durch den eine bestimmte Person(en) verständigt wird. Von den Führungskräften sagten 11% aus, in Gefahrensituationen einen Schriallarm verwenden zu können. Der überwiegende Teil der

Führungskräfte (50%) gab an, keine Alarmsysteme in der ZNA zu haben.

Unter die organisatorischen Maßnahmen fällt das *Sicherheitspersonal*: 32% der 115 Führungskräfte sagten aus, dieses in der ZNA zur Verfügung zu haben, während 67% dies nicht bestätigen konnten. Rund 43% derjenigen, die über Sicherheitspersonal verfügten ($n = 37$), gaben an, dass dieses 365 Tage im Jahr nachts verfügbar ist. Die Anwesenheit des Sicherheitsdienstes an 365 Tagen rund um die Uhr bestätigten 30%, während 5% aus sagten, dass dieser nur an Wochenenden und Feiertagen vor Ort ist. Von allen 349 Befragten bestätigten 27%, dass es in ihrer Einrichtung *Handlungsanleitungen* zum Umgang mit aggressiven Personen gibt. Die *Meldung gewalttätiger Übergriffe* im Nachgang bestätigten 35% der 349 Befragten; 50% melden nach eigenen Angaben lediglich schwerwiegende Übergriffe und 13% sagten aus, keine Gewaltvorfälle zu melden. Beschäftigte, die angeben, Übergriffe zu melden ($n = 297$), richten die Meldung an Vorgesetzte (83%), D-Ärzt:innen (53%), die BG (18%) oder an andere Stellen (14%) wie z. B. Polizei oder Qualitätsmanagement. Wenn keine Übergriffe gemeldet werden, kann dies daran liegen, dass keine strukturierte Erfassung von Gewaltereignissen existiert, so wie es 43% der 115 Führungskräfte angaben. Etwa 34% der Führungskräfte sagten aus, Vorfalleschriftlich und individuell formuliert festzuhalten, während 20% einen *standardisierten Gewalterfassungsbogen* nutzen können. Bei 29% der 349 Befragten werden *Nachsorgegespräche* nach belastenden Ereignissen und bei 24% *Fallbesprechungen* oder *Supervisionen* angeboten. Welche Angebote eine strukturierte Nachbearbeitung gemeldeter Gewaltereignisse nach Angaben der Führungskräfte noch umfasst, ist in **Abb. 1** dargestellt.

Mit Blick auf das *Deeskalationstraining*, das unter die personenbezogenen Maßnahmen fällt, bestätigten 58% der 349 Befragten, dass dieses angeboten wird, während es 30% verneinten und 12% nicht wussten. Von jenen Befragten, bei denen dieses Angebot bestand ($n = 201$), gaben 68% an, daran teilgenommen zu haben.

Darüber hinaus sagten 24% der 349 Befragten aus, dass in ihrer Einrichtung

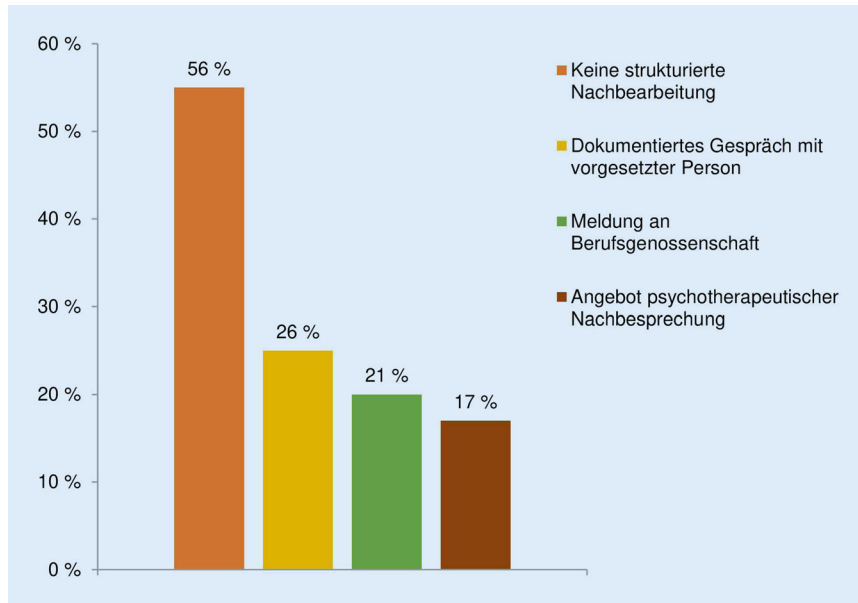


Abb. 1 ▲ Nachbearbeitung gemeldeter Vorfälle aus Sicht der Leitungskräfte ($n = 115$). (Anmerkung: Inwiefern findet eine strukturierte Nachbearbeitung von gemeldeten Gewaltereignissen statt?/ Mehrfachantworten möglich)

keine Angebote zum Umgang mit Gewalt zur Verfügung stehen. In Bezug auf die Krankenhausdirektion gaben 39 % der 115 Leitungskräfte an, dass diese sich *aktiv gegen Gewalt im Krankenhaus positioniert habe*, während 58 % dies nicht bestätigten und 3 % keine Angabe machten.

Als erfolgreich wahrgenommene Maßnahmen aus Sicht der Leitungskräfte

Von 115 Leitungskräften nahmen 31 % die in ihrer Einrichtung etablierten Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt als erfolgreich wahr. Davon gaben 47 % ($n = 17$) Beispiele und begründeten ihre Antwort. In den Antworten kristallisierten sich elf Maßnahmen heraus, die als besonders wirksam erachtet wurden. In Bezug auf technische Maßnahmen waren dies *Aushänge* in der ZNA zur Aufklärung und Information. Hierdurch konnten Patient:innen und Begleitpersonen über Wartezeiten oder das Triage-System informiert werden, wodurch Transparenz geschaffen wurde.

Mit Blick auf organisatorische Maßnahmen wurde die Präsenz von *Sicherheitspersonal* (vor allem in den Abend- und Nachtstunden) am häufigsten genannt. Auch die Kooperation mit *Fachkräften der Psychiatrie*, die Unterstützung durch

Polizist:innen sowie das Vorhandensein eines *Beauftragten für Konzernsicherheit* wurden als wirksam erachtet. Zu den genannten Maßnahmen, die nach Gewaltvorfällen Anwendung fanden, zählten die *Rückmeldung von Vorfällen* an die BG sowie *Konsequenzen für Täter:innen* (z. B. Hausverbot).

Unter personenbezogene Maßnahmen fallen Angebote wie *Deeskalationstrainings* oder *Fortbildungen*. Hier sollten alle Mitarbeitenden aus Sicht der Befragten einerseits lernen, adäquat mit verbaler und körperlicher Gewalt umzugehen, und andererseits, Gewaltsituationen gar nicht erst entstehen zu lassen. Dazu passend wurden auch das *eigene Verhalten* und die *persönliche Einstellung* genannt, wodurch Gewalt teilweise im Vorfeld verhindert werden konnte. Als wichtige Maßnahme im Nachhinein wurde die *systematische Aufarbeitung* in Form von Gesprächen innerhalb des Teams oder durch psychologische Betreuung angesehen.

Gründe für die Unwirksamkeit von Maßnahmen und weitere Schwierigkeiten aus Sicht der Leitungskräfte

Rund 59 % der 115 Leitungskräfte erachteten etablierte Maßnahmen als erfolglos.

57 % ($n = 39$) davon begründeten ihre Antwort im Freitextfeld. Die am häufigsten berichtete Begründung bezieht sich auf Angebote wie *Deeskalationstrainings* oder *Schulungen*. Diese finden nach Angaben der Befragten zu selten oder außerhalb der Arbeitszeit statt, weshalb sie wenig Anklang finden. Alle thematisierten Gründe für die Unwirksamkeit vorhandener Maßnahmen sind in **Tab. 2** stichpunktartig aufgeführt.

Von allen Leitungskräften, die im Freitextfeld eine Antwort formulierten, gaben 33 % ($n = 13$) an, dass an ihrem Arbeitsplatz keine Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt vorhanden sind. Andere Teilnehmende äußerten keine Gründe für die Unwirksamkeit etablierter Maßnahmen, sondern weitere Schwierigkeiten im Umgang mit Gewalt. Dazu zählten das Fehlen von *Sicherheitspersonal*, *Videoüberwachung* sowie einer standardisierten *Dokumentation und Meldung* der Vorfälle. Die Befragten bemängelten, dass *Deeskalationstrainings* aus Kostengründen eingestellt werden. Außerdem nahmen einige Leitungskräfte ein *mangelndes Problembewusstsein* bei der Klinikleitung in Bezug auf Gewaltvorfälle wahr. Sie stellten fest, dass der Fokus meist auf den *Patient:innen und deren Bedürfnissen* und weniger auf den Anliegen der Mitarbeitenden liegt. Das Verhalten der Mitarbeitenden, vor allem wenn dieses von Unzufriedenheit, Stress und Ungeduld geprägt ist, kann zudem unerwünschte Reaktionen von Patient:innen provozieren. Ferner wurde die *mangelnde Wertschätzung* für die geleistete Arbeit in der ZNA generell kritisiert und die Zunahme von Gewalt als *gesamtgesellschaftliches Problem* angesehen.

Ansätze zur Verbesserung der Situation im Hinblick auf Gewalt aus Sicht aller Befragten

Von den 349 Befragten äußerten 32 % ($n = 113$) Vorschläge zur Verbesserung der Situation im Hinblick auf die erlebte Gewalt am Arbeitsplatz. Die *bauliche Struktur* in der ZNA wurde häufig thematisiert. Hier regten die Befragten an, die Räumlichkeiten zu entzerren, Rückzugsmöglichkeiten und Fluchtwege zu schaffen sowie Anmeldung, Wartebereich und Behandlungszimmer voneinander zu trennen. Außerdem

| Tab. 2 Gründe für die Unwirksamkeit vorhandener Maßnahmen aus Sicht der Leitungskräfte |
|---|
| Angebote finden zu selten oder außerhalb der Arbeitszeit statt |
| Mangelndes Problembewusstsein bei Patient:innen |
| Hohe Arbeitsbelastung, daher keine Aufarbeitung von Gewaltvorfällen |
| Ungeschützter Zugang zur Zentralen Notaufnahme |
| Intoxikierte Patient:innen |
| Anwesenheit vieler Begleitpersonen (bewirkt Unruhe und Unübersichtlichkeit) |
| Geringer Handlungsspielraum der Mitarbeitenden und Gefühl, „sich nicht wehren zu dürfen“ |
| Unsicherheit beim Personal hinsichtlich des Umgangs mit Gewaltvorfällen |
| Unzureichende Besetzung der Pforte |
| Aufklärung ist unzulänglich und wirkungslos |

wünschten sie sich vermehrte *Unterstützung durch Vorgesetzte*. Konkret gefordert wurde, dass eine Reaktion auf gemeldete Vorfälle erfolgt, dass klare Handlungsanweisungen (z. B. SOP) verfügbar sind, dass Vorgesetzte in Fallbesprechungen anwesend sind sowie dass ein Beschwerdemanagement für Beschäftigte eingerichtet und eine sichere Arbeitsumgebung gewährleistet wird. Die Befragten erachteten es als wichtig, dass verstärkt *Angebote zur Aufarbeitung von Gewaltvorfällen* (z. B. Supervision, Fallbesprechungen oder psychologische Betreuung) bereitgestellt werden. Eine tabellarische Auflistung aller Verbesserungsvorschläge findet sich in

▣ **Tab. 3.**

Diskussion

Diese Auswertung ermöglicht einen differenzierten Überblick hinsichtlich der Verfügbarkeit von Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt und deren subjektive Bewertung aus Sicht der Beschäftigten. Einige Maßnahmen, wie die Präsenz von Sicherheitspersonal, das Angebot von Deeskalationstrainings oder Fortbildungen sowie eine systematische Aufarbeitung von Gewaltvorfällen, wurden von den Befragten als wirksam erachtet. Ein unzureichendes Problembewusstsein bei Patient:innen und der Klinikleitung, viele Begleitperso-

| Tab. 3 Ansätze zur Verbesserung aus Sicht aller Befragten | |
|--|--|
| Technische Maßnahmen | Entzerrung der baulichen Struktur in der Zentralen Notaufnahme |
| | Etablierung von Notfallknöpfen |
| | Videoüberwachung (im Eingangs- und Wartebereich) |
| | Patient:innenfreundlicher Wartebereich (z. B. WLAN, Getränke, TV) |
| Organisatorische Maßnahmen | Etablierung bzw. Verstärkung des Sicherheitsdiensts |
| | Mehr Unterstützung durch Vorgesetzte |
| | Mehr Personal (v. a. im Nachtdienst) |
| | Schnellere Abläufe und Vermeidung von Überfüllung |
| | Mehr Unterstützung durch Polizei |
| | Keine bzw. maximal zwei Begleitpersonen |
| | Strafrechtliche Verfolgung von Täter:innen |
| | Hausverbot für gewalttätige Patient:innen |
| | Informationen zu Schulungen sowie mehr verfügbare Termine |
| | Geschultes Personal, strukturierte Abläufe und angemessene Ausstattung für den Umgang mit intoxikierten und psychisch erkrankten Patient:innen |
| | Dokumentation und Meldung aller Gewaltvorfälle |
| | Vorbereitung auf Gewaltvorfälle bereits bei Einarbeitung |
| | Besetzung des Empfangs 24 Stunden |
| | Allgemeinmedizinische Praxis vor Ort zur Filterung von Patient:innen, die keiner Behandlung in der Zentralen Notaufnahme bedürfen |
| Dezentralisierung der Notfallversorgung | |
| Personenbezogene Maßnahmen | Regelmäßiges und verpflichtendes Deeskalationstraining |
| | Angebote zur Aufarbeitung von Gewaltvorfällen |
| | Fortbildungsangebote (z. B. Resilienztraining) |
| | Selbstbehauptung der Mitarbeitenden (sich gegen Übergriffe zur Wehr setzen) |
| | Verstärkte öffentliche Aufklärung zum Thema |
| | Schutzausrüstung für Mitarbeitende |
| | Mehr Wertschätzung für die Pflege (auch finanzieller Art) |
| | Selbstreflexion bei eigener Ungeduld und Aggression |

nen in der ZNA sowie eine hohe Arbeitsbelastung tragen dazu bei, dass Maßnahmen nicht ihre gewünschte Wirkung entfalten können. Insgesamt zeigen sich Forderungen nach mehr Personal, verstärkter Unterstützung durch Vorgesetzte sowie vermehrter öffentlicher Aufklärung zum Thema Gewalt gegen Beschäftigte in der ZNA.

Technische Maßnahmen

Die Studienteilnehmenden sahen in der Umgestaltung der baulichen Struktur einen potenziellen Ansatz zur Verbesserung der Situation. Durch eine Entzerrung der Räume (z. B. Trennung von Anmeldung, Wartebereich und Behandlungszimmern) oder durch das Bereitstellen von Rückzugsmöglichkeiten für das Personal könnten gefährliche Situationen verhindert oder ein besserer Umgang damit erreicht werden. Eine Studie beschreibt,

dass immer mehr Einrichtungen aufgrund von gewalttätigen Übergriffen architektonische Veränderungen (z. B. spezielle Räume zur Unterbringung aggressiver Patient:innen) vornehmen, um die Sicherheit des Personals zu gewährleisten [26].

Die vorliegende Erhebung zeigt, dass maschinelle Notfallsysteme wie beispielsweise Alarmer, mit denen eine bestimmte Person(engruppe) benachrichtigt wird, bislang nur etwa in einem Drittel der Einrichtungen vorhanden sind. Eine andere Studie kommt mit 20 von 59 Häusern, in denen ein hausinternes Alarmsystem verfügbar ist, zu einem ähnlich geringen Ergebnis [8]. Die Maßnahme wurde von den Studienteilnehmenden jedoch als positiv bewertet, sie forderten die Etablierung eines Notfallknopfs. Darüber hinaus wurde vorgeschlagen, im Eingangs- und Wartebereich der ZNA eine Videoüberwachung zu installieren. Eine Maßnahme, die Teil-

nehmende auch in anderen Studien als sinnvoll erachteten [11]. Ob Alarmsysteme und Videoüberwachung tatsächlich zu einer Abnahme von Übergriffen oder zu einer effektiveren Intervention führen, sollte in künftigen Studien untersucht werden.

Organisatorische Maßnahmen

Die Befragten erachteten die Präsenz von Sicherheitspersonal mehrheitlich als sinnvoll, gaben jedoch auch an, dass dieses nicht ausreichend verfügbar ist. Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen einer von den Befragten als erfolgreich wahrgenommenen Maßnahme und deren tatsächlichen Umsetzung im Krankenhausalltag. Die Forderung einiger Befragten, einen Sicherheitsdienst zu etablieren oder ihn vor allem abends und nachts personell zu verstärken, findet sich auch in der Fachliteratur wieder [22].

Im Rahmen der Ansätze zur Verbesserung wurde ein beschränkter Zutritt für Begleitpersonen thematisiert. Durch zu viele Anwesende kann die Situation in der ZNA unruhig und unübersichtlich werden. Abgesehen von Behandlungen bei Kindern, Demenzerkrankten oder Sterbenden wurde es als sinnvoll erachtet, den Zutritt für Begleitpersonen gänzlich zu verbieten oder zumindest zu limitieren. Infolge der COVID-19-Pandemie ist dies geschehen, und möglicherweise könnte dies ein Modell für die Zukunft sein, da auch von Angehörigen eine Gefahr für aggressives Verhalten ausgeht [11, 19, 22]. Wie genau sich eine solche Beschränkung auf Beschäftigte und Patient:innen sowie auf die Häufigkeit von Gewaltsituationen auswirkt, sollte Gegenstand künftiger Forschungsprojekte sein.

Dass Gewaltvorfälle im Nachgang von den Beschäftigten teilweise nicht gemeldet werden, ist problematisch. Ursächlich dafür könnte sein, dass diese von vielen Beschäftigten als Teil des Jobs angesehen werden [20, 22]. Damit wird eine vollumfängliche Erfassung behindert, und es ist davon auszugehen, dass Daten zur Prävalenz häufig nicht die Realität abbilden [2]. Dass jedoch auf die Meldung eines Vorfalles durch Beschäftigte nicht automatisch eine strukturierte Nachbearbeitung (z. B. Gespräche oder Meldung an die Unfallversicherung) folgt, zeigen die Ergebnisse

dieser Arbeit. Dabei ist im Rahmen der Nachbearbeitung gerade eine Meldung an die Unfallversicherung wichtig, damit diese, wenn notwendig, Hilfe anbieten und Maßnahmen zur Akutversorgung, Rehabilitation und Wiedereingliederung koordinieren kann [10]. Darüber hinaus äußerten Befragte den Bedarf, dass gemeldete Vorfälle ernst genommen werden und eine Reaktion darauf erfolgt – beispielsweise in Form von Fallbesprechungen oder psychologischer Betreuung. Hieraus ergibt sich die Forderung an die Klinikleitung, standardisierte Verfahren zur Aufarbeitung zu etablieren.

Personenbezogene Maßnahmen

Bestehende Studien verdeutlichen, dass Schulungen wie Deeskalationstrainings wirksame Maßnahmen im Umgang mit Gewalt sind [1, 9, 13, 21] und auch die Befragten betonten, dass diese regelmäßig und verpflichtend für das ganze Team angeboten werden sollten. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass das Deeskalationstraining von einem großen Teil der Mitarbeitenden nicht besucht wird. Dass das Training zu selten oder außerhalb der Arbeitszeit stattfindet, kristallisierte sich als Begründung dafür heraus. Möglicherweise gibt es noch weitere Barrieren, die einer Teilnahme entgegenwirken. In künftigen Forschungsansätzen sollte die Frage, wie man derartige Angebote niedrigschwellig und zielgruppengerecht konzipieren kann, beleuchtet werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit deuten darauf hin, dass Maßnahmen zur Gewaltprävention aus der Perspektive der Befragten nicht zufriedenstellend und konsequent umgesetzt werden – während in anderen Studien beobachtet wurde, dass bestimmte Maßnahmen positive Effekte erzielen können [27] und aus Beschäftigtensicht damit eine Verbesserung der Sicherheit einherginge [8]. Damit wird auch an dieser Stelle die Diskrepanz zwischen der subjektiven Bewertung einer Maßnahme durch die Befragten und deren Umsetzung in der Praxis deutlich. Ursächlich für die unzureichende Umsetzung könnte auch ein mangelndes Problembewusstsein sein – die Ergebnisse zeigen, dass sich die Krankenhausleitung teilweise nicht aktiv gegen Gewalt positioniert.

Beschäftigte berichteten zudem, dass auch die eigenen Verhaltensweisen und Einstellungen eine Rolle spielen und Gewaltsituationen damit teilweise bereits im Vorfeld verhindert werden können. Ein stark beanspruchtes Personal wiederum trägt zur Entstehung von gewalttätigen Vorfällen bei [11]. Durch den vor allem die Pflege betreffenden Personalmangel wird die Situation weiter verschärft [8, 22]. Es bedarf einer gesteigerten Wertschätzung für Pflegekräfte, in finanzieller Form vonseiten der Klinikleitung, aber auch politisch und gesamtgesellschaftlich.

Stärken und Limitationen

Die Kombination aus geschlossenen und offenen Fragen ermöglicht tiefgehende Einblicke in die Gründe, weshalb bestimmte Maßnahmen als erfolgreich bzw. wirkungslos erachtet werden. Es wirkt sich limitierend aus, dass die gewonnenen Daten lediglich auf den Selbstauskünften der Teilnehmenden beruhen und damit subjektive Sichtweisen widerspiegeln. Es ist möglich, dass mehrere Personen, die an der Befragung teilnahmen, zum Zeitpunkt der Erhebung in derselben Einrichtung beschäftigt waren. Doppelnennungen von Krankenhäusern bzw. Orten konnten damit nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund der Anonymität der Befragung ist dies nicht nachvollziehbar. Zudem kann wegen der Rekrutierungsstrategie, die die Verteilung des Befragungslinks über die DGINA sowie per Schneeballprinzip beinhaltete, keine Gesamt-Rücklaufquote errechnet werden.

Fazit für die Praxis

- Eine strukturierte Dokumentation und Meldung von Gewaltvorfällen sind notwendig, um die tatsächliche Prävalenz zu bestimmen.
- Konsequenterer Umsetzung von als wirksam erlebten Maßnahmen: Sicherheitsdienst, Deeskalationstraining, Aufarbeitung von Gewaltvorfällen.
- Auch Verhaltensweisen und Einstellungen des Personals können zur Entstehung von Gewaltvorfällen beitragen, weshalb Selbstreflexion wichtig ist.
- Neben mehr Personal (insbesondere in der Pflege) könnte auch der beschränkte Zutritt für Begleitpersonen zu einer Reduktion der Arbeitsbelastung und damit zu weniger Gewaltsituationen führen.

- Befragte fordern vermehrte Unterstützung durch direkte Vorgesetzte und die Klinikleitung, insbesondere eine Reaktion auf gemeldete Vorfälle, das Bereitstellen klarer Handlungsanweisungen (z. B. SOP) sowie im Allgemeinen die Gewährleistung einer sicheren Arbeitsumgebung.

Korrespondenzadresse

Dr. Tanja Wirth

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM), Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Hamburg, Deutschland
t.wirth.ext@uke.de

Danksagung. Unser Dank gilt der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) für die freundliche Unterstützung bei der Rekrutierung sowie allen Teilnehmenden der Onlinebefragung. Zudem danken wir Frau Dr. Karin Schaefer von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und Frau Dr. Lisa Ritzenhöfer von der Unfallkasse Hessen (UKH) sehr herzlich für ihre Unterstützung bei der Konzeption und Begleitung der Studie.

Funding. Die Studie wurde von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) gefördert.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. V. Beringer, T. Wirth, L. Kazmierczak, S. Reißmann, W. Schnieder, H.-W. Kottkamp, G. Ullrich, A. Nienhaus, V. Harth, A. Schablon und S. Maiche geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Es wurden die Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) beachtet. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die Befragung erfolgte vollständig anonym, und es wurden keine personenbezogenen Daten erhoben. Vor Beginn der Befragung wurde die informierte Zustimmung zur Teilnahme über einen elektronischen Button von allen Teilnehmenden eingeholt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative

Emergency care as a high-risk workplace—Measures to deal with violence against employees

Background: Many employees in the field of emergency care experience verbal and physical violence caused by patients or visitors. The aim of this project is to gain insights into which measures are available to deal with violence in emergency care and how employees subjectively evaluate them.

Methods: A nationwide cross-sectional online survey was conducted in 2020. The questionnaire contained items on violence prevention, intervention, and follow-up measures. Quantitative data were analysed descriptively and free text data according to Mayring's qualitative content analysis.

Results: A total of 349 respondents, including 115 supervisors participated in the survey. The availability of security staff and standardised reporting of incidents were considered important measures for dealing with violence. Of the managers, 67% reported not having a security service, while 56% claimed that reported incidents of violence were not dealt with in a structured way. A high workload in emergency care can impede the implementation of measures. Overall, the demand for increased support by supervisors and the hospital management became clear.

Conclusion: It is evident that employees consider certain measures to be effective; however, these measures are often not consistently implemented. There is a need for structured reporting of violent incidents against employees to facilitate a realistic recording of the prevalence. In addition to increasing the (nursing) staff, restricting access for visitors can decrease the conflict potential.

Keywords

Violence prevention · Emergency department · Occupational safety · Aggression · Deescalation

Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Adams J, Knowles A, Irons G, Roddy A, Ashworth J (2017) Assessing the effectiveness of clinical education to reduce the frequency and recurrence of workplace violence. *Aust J Adv Nurs* 34:6–15
- Deutsches Krankenhausinstitut e. V. (2019) Krankenhaus Barometer Umfrage 2019. https://www.dki.de/sites/default/files/2019-12/2019_Bericht%20KH%20Barometer_final.pdf. Zugegriffen: 16. Febr. 2022
- Cabilan CJ, Eley R, Snoswell CL, Johnston ANB (2021) What can we do about occupational violence in emergency departments? A survey of emergency staff. *J Nurs Manag* 29:13294
- Cabilan CJ, Johnston AN (2019) Review article: identifying occupational violence patient risk factors and risk assessment tools in the emergency department: a scoping review. *Emerg Med Australas* 31:730–740
- D'Ettoire G, Pellicani V, Mazzotta M, Vullo A (2018) Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in emergency departments. *Acta Biomed* 89:28–36
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) (2021) Statistik Arbeitsunfallgeschehen 2020. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/4271>. Zugegriffen: 16. Febr. 2022
- Estryn-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM et al (2008) Violence risks in nursing—results from the European „NEXT“ Study. *Occup Med* 58:107–114
- Frick J, Slagman A, Lomberg L, Searle J, Mockel M, Lindner T (2016) Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen: Ergebnisse einer DGINA-Mitgliederbefragung. *Notfall Rettungsmed* 19:666–670
- Frick J, Slagman A, Möckel M, Searle J, Stemmler F, Joachim R et al (2018) Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings. *Notfall Rettungsmed* 21:349–356
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV) (2018) Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3429>. Zugegriffen: 16. Febr. 2022
- Hofmann T, Hachenberg T (2019) Gewalt in der Notfallmedizin – gegenwärtiger Stand in Deutschland. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 54:146–154
- International Labour Organisation (ILO) (2003) Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. ILO, Geneva
- Krull W, Gusenius TM, Germain D, Schnepfer L (2019) Staff perception of interprofessional simulation for verbal de-escalation and restraint application to mitigate violent patient behaviors in the emergency department. *J Emerg Nurs* 45:24–30
- Lindner T, Joachim R, Bieberstein S, Schiffer H, Möckel M, Searle J (2015) Aggressives und

- herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité – Universitätsmedizin Berlin. *Notfall Rettungsmed* 18:195–200
15. Lindner T, Weissenberger G, Hottenbacher L, Möckel M (2021) Ursachen und Auswirkungen von Gewalt in der Notfallmedizin. *Notfall Rettungsmed* 24:115–118
 16. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K et al (2019) Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 76:927–937
 17. Mayring P (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Beltz, Weinheim
 18. Nienhaus A, Drechsel-Schlund C, Schambortschi H, Schablon A (2016) Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 59:88–97
 19. Nikathil S, Olausson A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B (2017) Review article: Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta analysis. *Emerg Med Australas* 29:265–275
 20. Occupational Health and Safety Administration (OSHA) (2015) *Caring for our caregivers. Preventing workplace violence: a road map for healthcare facilities*. U.S. Department of Labor, Washington DC
 21. Okundolor SI, Ahenkorah F, Sarff L, Carson N, Olmedo A, Canamar C et al (2021) Zero staff assaults in the psychiatric emergency room: impact of a multifaceted performance improvement project. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 27:64–71
 22. Schuffenhauer H, Güzel-Freudenstein G (2019) Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen. *ASU Arb Soz Umw* 54:386–393
 23. Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, FitzGerald D, Begg SJ (2020) Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>
 24. The University of Iowa Injury Prevention Research Center (IPRC) (2001) *Workplace violence: a report to the nation*. The University of Iowa, Iowa City
 25. Verboket R, Söhling N, Schmitz L, Lustenberger T, Nau C, Marzi I (2019) Gewalt in der Notaufnahme eines Maximalversorgers. *Chirurg* 90:570–575
 26. Weiland T, Ivory S, Hutton J (2017) Managing acute behavioural disturbances in the emergency department using the environment, policies and practices: a systematic review. *West J Emerg Med* 18:647–661
 27. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A (2021) Interventions for workplace violence prevention in emergency departments: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 18:8459