

Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus

Ein Leitfaden mit Handlungsempfehlungen und
Praxistipps für Geschäftsführung und Führungskräfte



Inhalt

■	1. Einleitung	Seite 5
■	2. Management Summary	Seite 8
	Auf einen Blick: Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus	Seite 12
■	3. Formen von Gewalt	Seite 14
	A. Psychische (verbale/nonverbale) Gewalt	Seite 16
	B. Körperliche Gewalt	Seite 16
	C. Sexualisierte Gewalt	Seite 16
	D. Rassistische Gewalt	Seite 16
■	4. Klinikbereiche	Seite 17
	A. Außenbereich und Pforte	Seite 18
	B. Notaufnahme	Seite 19
	C. Somatische Abteilungen	Seite 20
	D. Psychiatrische/psychosomatische Abteilungen	Seite 20
■	5. Handlungsfelder	Seite 22
	A. Prävention	Seite 23
	Führungsverantwortung und Arbeitsschutz	Seite 24
	Organisatorische Maßnahmen	Seite 28
	Personenbezogene Maßnahmen	Seite 31
	Bauliche und technische Maßnahmen	Seite 36
	B. Intervention	Seite 38
	Frühwarnsignale	Seite 38
	Deeskalation durch Kommunikation	Seite 39

Entstanden im Rahmen einer Arbeitsgruppe der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) mit Praktikerinnen und Praktikern aus den NRW-Krankenhäusern (St. Rochus-Hospital Telgte, Evangelisches Klinikum Bethel, Evangelisches Krankenhaus Mülheim) sowie mit Vertreterinnen und Vertretern der Initiative „Sicher im Dienst“ der nordrhein-westfälischen Landesregierung und der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW)

Verbale Kommunikation	Seite 39
Nonverbale Kommunikation	Seite 39
Sicherheitsabstand zum Täter/zur Täterin und Fürsorge gegenüber Dritten	Seite 40
Schutz- und Abwehrtechniken	Seite 40
Maßnahmen gegenüber Patientinnen/Patienten und Begleitpersonen	Seite 41
Notfallplan	Seite 41
C. Nachsorge	Seite 42
Akutbetreuung direkt nach dem Vorfall	Seite 42
Weitere Betreuung nach Gewaltvorfall	Seite 43
Meldesystem	Seite 44
Innerbetriebliche Meldung und Dokumentation	Seite 44
Meldung an den Unfallversicherungsträger als Arbeitsunfall	Seite 45
Meldung an die Strafverfolgungs-/ Ermittlungsbehörde (Polizei)	Seite 45
■ 6. Öffentliche Aufklärung und politische Arbeit	Seite 46
■ 7. Quellen und Literatur	Seite 48
■ 8. Bildnachweise und Impressum	Seite 51

01 Einleitung



Fast jede und jeder Mitarbeitende in einem Krankenhaus hat schon einmal Gewalt und/oder Aggression gegen sich durch Patientinnen oder Patienten beziehungsweise durch deren Begleitung erlebt. 94 Prozent berichten von verbalen, 70 Prozent von körperlichen Angriffen gegen sich. Das zeigt eine gemeinsame Studie des „Competenzzentrums Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare)“, des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG), aus dem Jahr 2018 zu „Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten der Pflege- und Betreuungsbranche in Deutschland“ auf. Das Spektrum der körperlichen Übergriffe reicht von Beschimpfen und Bedrohungen über Kneifen und Kratzen bis hin zu Schlägen. Die Arbeit im Krankenhaus hat sich dabei als besonders risikoreich erwiesen, gerade für körperliche Gewalterlebnisse. Jeder dritte Beschäftigte fühlt sich durch Übergriffe stark belastet. Da, wo sich eine Einrichtung besonders deutlich im Präventionsbereich engagiert, sinkt laut der Studie dieses Empfinden.

Die Fälle von Übergriffen gegen das Krankenhauspersonal haben in Zeiten wachsender gesellschaftlicher Spaltung inzwischen sogar zugenommen. Man muss leider sagen: Verbale, körperliche und sexualisierte Gewalterlebnisse gehören im Krankenhaus zum Alltag. Umso wichtiger ist es, sämtliche Mitarbeitenden dafür zu sensibilisieren. „Gewaltprävention in Krankenhäusern“ ist kein Nischenthema. Es ist ohne Wenn und Aber „Chefsache“. Die Arbeitgeber und Führungskräfte müssen vorweg gehen. Sie müssen eine Unternehmenskultur etablieren, die keinerlei Form von Gewalt toleriert, und gewaltpräventive Schritte ergreifen. Nur so können sich die Mitarbeitenden sicher am Arbeitsplatz fühlen. Entsprechende Maßnahmen auf organisatorischer, personenbezogener und auf baulich-technischer Ebene schaffen jedoch nicht nur subjektive, sondern auch objektive – tatsächliche – Sicherheit.

In zahlreichen Krankenhäusern haben sich bereits feste Abläufe, Präventionsmaßnahmen, strukturierte Dokumentation von Gewaltvorfällen und eine strukturierte Nachsorge gegenüber den betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etabliert. Andere Häuser sind gerade dabei, diese zu implementieren. Laut einer Untersuchung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Rahmen des „Krankenhaus Barometers 2019“ erfassen bereits zwei von drei Krankenhäusern körperliche Übergriffe auf Mitarbeitende standardmäßig. Aber die zunehmende Gewaltintensität in der Gesellschaft erfordert immer wieder neue Anpassungen.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) hat das Interesse vieler Mitglieder an einem gemeinsamen Leitfaden aufgegriffen. Der Impuls dazu wurde durch zwei parallele Ereignisse verstärkt: Im nordrhein-westfälischen Landtag wurde die KGNW um Stellungnahme in einer Sachverständigenanhörung zum Thema Gewaltprävention im Gesundheitswesen gebeten. Und zugleich hatte die Präventionskampagne „Sicher im Dienst“ des Landes Nordrhein-Westfalen als ein Baustein der NRW-Initiative für „Mehr Schutz und Sicherheit von Beschäftigten im öffentlichen Dienst“ erste Handlungsempfehlungen auch für Kliniken erstellt. Kernelement der Kampagne ist das bundesweit einmalige ressort- und bereichsübergreifende Präventionsnetzwerk #sicherimDienst zur Verbesserung der Gewaltprävention für den gesamten öffentlichen Dienst. Dazu gehört ein berufsgruppenübergreifender Präventionsleitfaden. Mitarbeitende in Krankenhäusern profitieren bereits von einigen Anregungen. Allerdings hat sich gezeigt, dass die Arbeit in den Kliniken einige Besonderheiten aufweist, die im Rahmen der Gewaltprävention Anpassungen erfordern.

Vor diesem Hintergrund hat die KGNW eine Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern verschiedener NRW-Krankenhäuser, der Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW) und von „Sicher im Dienst“ ins Leben gerufen. Mit der Expertise von Praktikerinnen und Praktikern aus den Krankenhäusern, namentlich Dr. med. Hans Werner Kottkamp, Chefarzt der zentralen Notaufnahmen und des Kurzliegerbereichs im Evangelischen Klinikum Bethel und Mitglied der „AG Gewaltfrei“ der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), Matthias Schulte, Pflegedirektor St. Rochus-Hospital Telgte, sowie Petra Winterboer, Leitung Ausbildung & Praxis, Katharina Hörnes, Lehrerin für Pflegeberufe an der Pflegeschule, und Jennifer Mackenberg, Zentrale Praxisanleiterin, alle Evangelisches Krankenhaus Oberhausen. Allen Beteiligten gilt unser ausdrücklicher Dank für ihr wertvolles Engagement für ein gemeinsames Anliegen.

Ziel der Arbeitsgruppe war es, den vorliegenden Leitfaden zu erstellen, der das Thema „Gewaltprävention im Krankenhaus“ aufnimmt, konkrete Handlungsempfehlungen gibt und Hilfestellung bei der Schulung des gefährdeten Personals verschafft. Er kann wie eine Checkliste Orientierung vermitteln, wo noch Handlungsbedarf besteht, ersetzt aber nicht die konkrete Projektarbeit im Krankenhaus. Zielgruppe dieses Leitfadens sind primär die Geschäftsführungen und der Führungsstab. Das Papier bildet zugleich eine gute Basis, um in komprimierter – plakativer – Form daraus weitere Unterlagen mit konkreten Praxistipps für die potenziell gefährdeten Mitarbeitenden in den Ambulanzen, auf den Stationen und in anderen Bereichen, darunter auch Beschäftigte im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM), im Arbeitsschutz und Personalverantwortliche, zu erarbeiten. Eine zentrale Erfahrung der beteiligten Expertinnen und Experten zeigt: Die intensive Auseinandersetzung mit der Gewaltprävention im Krankenhaus ist ein essenzielles Momentum, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für das Krankenhaus zu gewinnen beziehungsweise sie zu binden. Zentral ist dabei die klare Botschaft nach außen: Gewalt hat im Krankenhaus keinen Platz und wird auf keinen Fall toleriert.

Wichtig zum Verständnis: Dieser Leitfaden dient lediglich als Empfehlung, er hat keinen Verbindlichkeitscharakter und soll künftig regelmäßig auf Basis praktischer Erfahrungen weiterentwickelt werden.

Der Leitfaden und weitere Informationen zum Thema „Gewaltprävention im Krankenhaus“ sind online abrufbar unter www.kgnw.de.



02 Management Summary



Gewalt im Krankenhaus und Gewaltübergriffe speziell gegen das Krankenhauspersonal sind keine Seltenheit. Sie gehören mittlerweile zum Alltag der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Tagtäglich erleben sie verbale, körperliche und sexualisierte Gewalt. Ein Drittel fühlen sich durch Übergriffe stark belastet. Die Fälle von Übergriffen gegen das Krankenhauspersonal haben in Zeiten wachsender gesellschaftlicher Spaltung sogar zugenommen. Umso wichtiger ist es, sämtliche Mitarbeitenden dafür zu sensibilisieren. „Gewaltprävention in Krankenhäusern“ ist kein Nischenthema. Es ist ohne Wenn und Aber „Chefsache“. Die Arbeitgeber und Führungskräfte müssen eine Unternehmenskultur etablieren, die keinerlei Form von Gewalt toleriert. Und sie müssen gewaltpräventive Schritte ergreifen. Das erfordert Maßnahmen auf organisatorischer, personenbezogener und auf baulich-technischer Ebene. Nur so können sich die Mitarbeitenden sicher am Arbeitsplatz fühlen.

In zahlreichen Krankenhäusern haben sich bereits feste Abläufe, Präventionsmaßnahmen, strukturierte Dokumentation von Gewaltvorfällen und eine strukturierte Nachsorge gegenüber den betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern etabliert. Die zunehmende Gewaltintensität in der Gesellschaft erfordert jedoch immer wieder neue Anpassungen.

Formen von Gewalt

Gewaltübergriffe gegenüber dem Krankenhauspersonal haben verschiedene Formen. Gemeinsamkeit ist: Sie bedeuten immer eine Grenzüberschreitung gegenüber einer Person und ihren Grundrechten. Die häufigsten Formen sind: psychische (verbale/nonverbale) Gewalt, körperliche Gewalt, sexualisierte Gewalt und rassistische Gewalt. Oft sind die Übergänge zwischen verschiedenen Gewaltformen fließend. Die möglichen Folgen können für die Mitarbeitenden gravierend sein. Sie reichen von leichten bis hin zu schweren körperlichen und seelischen Erkrankungen.

Deshalb ist auch der Arbeitgeber durch die Ausfallzeiten und eine eventuelle Berufsunfähigkeit möglicherweise betroffen. Insgesamt gilt es frühzeitig zu zeigen, dass im Krankenhaus klare Verhaltensspielregeln gelten und Gewalt in keinerlei Ausprägung toleriert wird.

Klinikbereiche

Gewalt gegen das Krankenhauspersonal ist nicht auf einen Bereich beschränkt. Daher gilt es, jede Abteilung sowie das gesamte Krankenhaugelände zu berücksichtigen, um Gewalt in Kliniken zu verhindern: Außenbereich und Pforte, Notaufnahme, somatische Abteilungen sowie psychiatrische, psychosomatische Abteilungen. Überall kann es zu Gewalt gegenüber dem Krankenhauspersonal kommen – sogar am Telefon oder online.

Handlungsfelder

Beim Thema „Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus“ ergeben sich im Wesentlichen drei große Handlungsfelder: Prävention, Intervention und Nachsorge.



Prävention

Ärztlicher Dienst, Pflegekräfte und andere Krankenhausmitarbeitende können wesentlich dazu beitragen, mögliche Konflikte im Keim zu ersticken, nicht eskalieren und in Gewalt ausarten zu lassen. Dazu benötigen sie besondere Unterstützung und Schulung.

Die Basis und der Rahmen dafür müssen durch die Führung eines Krankenhauses geschaffen werden. Sie sollte ein übergeordnetes Klinikleitbild, das keinerlei Form von Gewalt toleriert,

verankern. Sie muss Maßnahmen ergreifen beziehungsweise vorbereiten, um in allen Fällen reagieren zu können. Als gute Orientierung hat sich in der Praxis das „Aachener Modell“ bewährt. Es definiert vier Gefährdungsstufen – von Gefährdungsstufe 0 (normale bis kontroverse Gesprächssituation) bis hin zu einer Gefährdungsstufe 3 (Einsatz von Waffen oder Werkzeugen, Bombendrohung, Amoklauf, Geiselnahme, Überfall). Jede Form von Gewalt, jede Gefährdungsstufe erfordert unterschiedliche Maßnahmen.

Das Wichtigste ist Gewaltprävention, wofür verantwortliche Personen, Handlungsempfehlungen und konkrete Voraussetzungen zu bestimmen sind. Präventionsmaßnahmen lassen sich im Großen und Ganzen in drei verschiedene Bereiche unterteilen: organisatorisch, personenbezogen sowie baulich-technisch.



Intervention

Techniken zum Verhalten im Falle eines Angriffs lassen sich in Schulungen erlernen. Sie in einer konkreten – emotional besonders fordernden – Situation anzuwenden, benötigt viel Erfahrung und Wiederholung. Fort- und Ausbildungsprogramme sind daher unerlässlich. Sie bieten in verschiedenen Bereichen Hilfestellung, was das Personal einer Klinik bei einem möglichen oder tatsächlichen Angriff tun kann.

Öffentliche Aufklärung und politische Arbeit

Um das Krankenhauspersonal für das Thema Gewalt und Gewaltprävention zu sensibilisieren, ist eine breitflächige interne Kommunikation unabdingbar. Wichtig ist es auch, das Thema in die Öffentlichkeit und zu den politischen Entscheidungsträgern zu bringen. Die Öffentlichkeit schließt sämtliche aktuellen und künftigen Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher der Krankenhäuser ein, ob im ambulanten oder stationären Bereich. Die Null-Toleranz-Strategie gegenüber jeder Form von Gewalt gegenüber dem Krankenhauspersonal muss klar, eindeutig und als nicht verhandelbar öffentlich breit kommuniziert werden. Auch flächendeckende plakative Aushänge setzen – neben dem Veröffentlichen der Hausordnung – Zeichen. Zudem helfen regionale und lokale Netzwerke mit Gesundheitseinrichtungen, Behörden und Polizei.

Die Finanzierung baulicher Maßnahmen zur Gewaltprävention im Krankenhaus benötigt Investitionsgeld. Daher muss auch die Politik in die Verantwortung genommen werden, entsprechende Fördermittel bereitzustellen. Das Thema gewinnt durch öffentliche Sensibilisierung an Bedeutung, die Herausforderungen bei Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus nehmen zu.



Nachsorge

Nach einem Angriff steht fast jede oder jeder Betroffene unter einem Schock. Zahlreiche Kliniken haben bereits ein System der sofortigen Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen etabliert. Dabei wird den Gewaltopfern aus diesem Personenkreis unmittelbar nach dem Vorfall eine dafür geschulte Betreuerin oder ein Betreuer zur Seite gestellt.

Eine solche Sofort-Unterstützung als erste Maßnahme der Nachsorge soll das Opfer unmittelbar begleiten und unterstützen, ein akutes Trauma abwenden, eine Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS) und Sekundärtraumatisierung bei mittelbar Beteiligten reduzieren oder verhindern. Die Person, die das Gewaltopfer betreut, sollte eine professionelle Schulung durchlaufen haben.

Darüber hinaus sollten Krankenhäuser professionelle Nachsorgekonzepte nicht nur für die akute, sondern auch für die mittelbare und langfristige Nachsorge festlegen.

Auf einen Blick: Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus





03 Formen von Gewalt



Diese Umfrage des „Spiegel“ geht Anfang 2024 durch alle Medien: Von 2019 bis 2020 ist die Zahl der Gewaltdelikte in Krankenhäusern um 20 Prozent auf fast 6.900 Taten gestiegen. Ein Viertel davon mit 1.571 Taten hat sich in NRW-Kliniken ereignet, eine Zunahme um 29 Prozent. Was hier schon beunruhigend klingt, ist tatsächlich nur die berühmte Spitze des Eisbergs, denn die Zahlen erfassen nur die bei Polizei und Staatsanwaltschaft angezeigten Rohheitsdelikte.

Eine Erhebung der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA), zusammen mit der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, zeichnet ein drastischeres Bild allein für die Notaufnahmen, die ein Hotspot für Gewaltvorfälle sind. Von 350 befragten Beschäftigten in den Notaufnahmen beklagten 87 Prozent körperliche Gewalt durch Patienten oder Patientinnen, sogar 97 Prozent erlebten verbale Gewalt. Fast jede zweite weibliche Pflegekraft in den Notaufnahmen hat demnach schon sexualisierte Gewalt erlebt, das berichtet auch fast ein Drittel ihrer männlichen Kollegen. Doch es sind oft auch Begleitpersonen, die übergriffig werden. Eine solche Übergriffigkeit hat verschiedene Formen, immer bedeutet es eine Grenzüberschreitung gegenüber einer Person und ihren Grundrechten. Die häufigsten Formen werden hier beispielhaft aufgeführt:

- A. Psychische (verbale/nonverbale) Gewalt
- B. Körperliche Gewalt
- C. Sexualisierte Gewalt
- D. Rassistische Gewalt

Oft sind die Übergänge zwischen verschiedenen Gewaltformen auch fließend und lassen sich nicht eindeutig voneinander trennen.

Die möglichen Folgen können für die Mitarbeitenden gravierend sein und reichen von leichten bis hin zu schweren körperlichen und seelischen Erkrankungen. Auch der Arbeitgeber ist durch die Ausfallzeiten und eine eventuelle Berufsunfähigkeit im schlimmsten Fall betroffen, weil er zeitweise oder ganz einen wertvollen Mitarbeiter oder eine wertvolle Mitarbeiterin verliert.

Neben den Gewaltübergriffen gegen das Krankenhauspersonal durch Patientinnen, Patienten oder ihre Begleitung sind auch Fälle innerhalb des Mitarbeiterstamms oder unter den Patientinnen beziehungsweise Patienten bekannt. Diese erfordern zum Teil spezifische Maßnahmen, die sich in diesem Leitfaden nicht umfassend beschreiben lassen.

A. Psychische (verbale/nonverbale) Gewalt

Sowohl nonverbale als auch verbale Übergrifflichkeiten verfolgen das Ziel, das Gegenüber einzuschüchtern, zu bedrohen. Unter nonverbale Gewalt fallen Handlungen wie drohende Mimik oder Gestik, Distanzlosigkeit, Nachäffen oder stoisches Ignorieren. Als verbale Gewalt gelten Beschimpfung, Beleidigung, Bedrohung, Einschüchtern, respektlose oder anzügliche Bemerkungen oder Schreien und Fluchen. Das kann auch in digitaler Form, zum Beispiel per E-Mail, oder am Telefon erfolgen.

B. Körperliche Gewalt

Die physische Gewalt kann im Affekt geschehen wie etwa die Abwehr einer medizinischen Maßnahme. Meist aber geht sie bewusst von einer angreifenden Person aus. Die Spanne reicht von Handgreiflichkeiten über Schläge und Tritte, Anrempeln, Anspucken bis zu Angriffen mit Gegenständen – durchaus in unterschiedlicher Intensität.

C. Sexualisierte Gewalt

Diese Art von Übergriffen kann man zwar in den ersten beiden subsumieren, sexualisierte Gewalt stellt aber eine besondere Form von psychischer und physischer Aggression dar. Die Bandbreite umfasst anzügliche Bemerkungen oder Gesten, Belästigungen und Nötigungen sowie Vergewaltigungen.

D. Rassistische Gewalt

Krankenhäuser leben in allen Bereichen von der Vielfalt ihrer Beschäftigten. Viele von ihnen erleben rassistische Gewalt in den oben beschriebenen Ausprägungen, die jedoch diskriminierend, ausgrenzend auf einen Migrationshintergrund abzielen. Auch Verweigerung von medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen gehört dazu. Die nachfolgenden Kapitel widmen sich allgemein der Gewaltprävention und der Nachsorge. Dabei ist klar, dass das Thema Rassismus auch in diesem Kontext eine weitere Aufarbeitung braucht, wie sie das Universitätsklinikum Eppendorf mustergültig betreibt. Im Rahmen einer Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW am 18. Januar 2022 zum Thema „Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen“ bezog das Klinikum ausführlich dazu Stellung (siehe Link im Quellenverzeichnis).

04 Klinikbereiche



Wenn es darum geht, Gewalt in Krankenhäusern zu verhindern, ist jeder Bereich zu berücksichtigen. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich beispielhaft auf vier davon:

- A. Außenbereich und Pforte
- B. Notaufnahme
- C. Somatische Abteilungen
- D. Psychiatrische, psychosomatische Abteilungen

Überall kann es zu Gewalt gegenüber dem Krankenhauspersonal kommen – sogar am Telefon oder online. Die Gründe und auch die Formen der Übergriffe unterscheiden sich zum Teil und erfordern unterschiedliche Präventionsmaßnahmen. Oft werden auch Angehörige und Besucher zu Tätern. Hier gilt es frühzeitig zu zeigen, dass auch für sie klare Verhaltens-Spielregeln gelten.



A. Außenbereich und Pforte

Nach Dienstschluss begegnet der Arzt, der Stunden zuvor einen Besucher der Station verweisen musste, auf dem Weg zu seinem Auto diesem Menschen am Parkplatz. Der noch wütende Besucher geht sofort auf ihn los und streckt ihn mit einem Faustschlag nieder. Als sich Kollegen nähern, ergreift der Täter die Flucht.

Ein fiktiver Fall, wie er jeden Tag auf einem Krankenhausgelände denkbar ist. Gerade im Außenbereich kann es in der Dunkelheit zu unvorhersehbaren Gefahren kommen. Nicht alle Bereiche sind gut beleuchtet und einsehbar. Nicht immer sind andere Menschen in der Nähe, die potenzielle Täterinnen und Täter abschrecken könnten. Nicht immer ist ein schneller Zugriff auf Alarmsysteme möglich. Doch auch hier lässt sich, je nach Beschaffenheit des Außengeländes, präventiv eingreifen.

Der Pfortenbereich eines Krankenhauses ist rund um die Uhr besetzt und in der Regel die früheste Anlaufstelle für jeden, der eine Klinik betritt. Daher sind die Mitarbeitenden hier oft die Ersten, denen Ärger, Aggression und Gewalt entgegenschlägt. Eine besondere Schulung des Personals und entsprechende bauliche Maßnahmen, zum Beispiel durch einen geschützten Thekenbereich, möglicherweise ergänzt durch permanent anwesendes geschultes Sicherheitspersonal oder einen Notrufknopf zur möglichen Alarmierung, sind unabdingbar.

B. Notaufnahme

Ein Vater sitzt mit seinem verletzten Kind im Wartebereich. Er hat kein Verständnis dafür, dass dringlichere Notfälle zuerst behandelt werden, und bedroht einen Mitarbeitenden am Empfang in aggressivem Ton: „Wenn mein Kind jetzt nicht sofort behandelt wird, schlag‘ ich hier alles kurz und klein!“



Leider hat fast jede Pflegekraft in der Notaufnahme eines Krankenhauses eine ähnliche Situation bereits erlebt. Davon berichtet das Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM) in seiner Untersuchung „Prävention von Aggressionen und Gewalt gegenüber Beschäftigten in der Notaufnahme: Forschungsergebnisse und Praxistipps“ von Juli 2023.

Im Gesundheitswesen kommt es in der Notaufnahme eines Krankenhauses mit am häufigsten zu Gewalttaten und Übergriffen gegen das Krankenhauspersonal. Ausgangspunkt sind die Patientinnen und Patienten selbst oder deren Begleitungen. Sie sind schmerzgeplagt, ängstlich, angespannt, voller Sorge und Ungewissheit. Lange Wartezeiten, oft am Abend oder in der Nacht nach einem anstrengenden Tag, verstärken die negativen Gefühle, möglicherweise in Kombination mit Alkohol- oder Drogenkonsum.

Ähnliche Fälle häufiger Gewaltübergriffe lassen sich auch auf den Intensivstationen, den sogenannten „High-Care-Bereichen“, beobachten. Hier gehen sie meistens von Angehörigen oder Bekannten der dort stationär behandelten Patientinnen und Patienten aus.

Dabei unterscheiden sich die Formen von Gewalt. Es gibt nonverbale Gewalt, zum Beispiel Nachäffen, Ignorieren oder Drohungen, verbale Gewalt, etwa durch Mimik, Gestik oder Briefe/E-Mails, und direkte körperliche Gewalt, beispielsweise in Form von Handgreiflichkeiten, Schlägen oder Bewerfen mit Gegenständen. Auch sexuelle und rassistische Übergriffe stehen auf der Tagesordnung. Die Wirkungen für die Opfer sind jedoch in allen Fällen sehr belastend. Die möglichen Folgen sind unterschiedlich ausgeprägt: der Wunsch nach Arbeitsplatzwechsel, Arbeitsunfähigkeit, Ängste, Schuldgefühle, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Depressionen, Burnout oder sogar posttraumatische Belastungsstörungen.



C. Somatische Abteilungen

Die somatischen Abteilungen stehen bei den Maßnahmen zur Gewaltprävention in Krankenhäusern meist nicht so sehr im Fokus wie die Notaufnahme oder wie psychiatrische/psychosomatische Abteilungen. Dennoch bedeutet das nicht, dass es nicht auch hier zu zahlreichen Gewaltdelikten gegen das Personal kommt. Noch schlimmer: Weil die Zahl

nach aktuellen Untersuchungen in den somatischen Abteilungen niedriger als in den beiden „neuralgischen“ Bereichen ist, könnte Gewalt gegen das Personal hier zu einer unterschätzten Gefahr werden. Gerade dann sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglicherweise unvorbereitet und hilflos. Daher sind die somatischen Abteilungen in Prävention, Intervention, Nacharbeit und Resilienz immer in gleichem Maße zu berücksichtigen wie auf den ersten Blick risikofähigere Bereiche. Gerade hier können Mitarbeitende auch im Rahmen interner Schulungen von der Erfahrung der oft intensiv in Gewaltprävention geschulten Fachkräfte aus der Psychiatrie/Psychosomatik oder der Notaufnahme profitieren.

D. Psychiatrische/psychosomatische Abteilungen

Vorab: Psychisch kranke Menschen sind in ihrer überwiegenden Mehrheit deutlich weniger häufig aggressiv oder gewalttätig als die Normalbevölkerung. Allerdings kommt es unter wahnhaft schizophren Erkrankten sowie Patientinnen und Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung und zusätzlicher Suchtproblematik häufiger zu Aggressivität und Gewalthandlungen.



Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen, psychosomatischen oder neurologischen Erkrankungen benötigen jedoch gerade in der Klinik eine besondere

Ansprache. Denn viele der in diesem Bereich stationär behandelten Personen erleben aufgrund ihrer Krankheit Grenzerfahrungen, die eine therapeutische Behandlung vor zusätzliche Herausforderungen stellen, weil eine Situation schneller eskalieren kann. Die meisten Übergriffe passieren erfahrungsgemäß während der Aufnahme, in den High-Care-Bereichen der Psychiatrie und in der Gerontopsychiatrie.

Die Personen in diesen Abteilungen sind akut eigen- und fremdgefährdet. Übergriffe passieren häufig raptusartig. Hier wirken zur Gewaltprävention oft nicht mehr in den somatischen Abteilungen erfolgreiche Methoden der Kommunikation. Der Maßnahmenkatalog und die Reaktionsfähigkeit der Mitarbeitenden muss im Alltag höhere Anforderungen bewältigen können. Insbesondere in der Gerontopsychiatrie kommen Einschränkungen im Seh- und Hörvermögen hinzu. Manchmal kann es hier schon helfen, eine Begleitperson einzubinden, um dem Kranken Orientierung und Sicherheit zu verschaffen. Manchmal, gerade in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sind es jedoch die Begleitpersonen, die gewalttätig werden, zum Beispiel die Eltern.

Daher ist Personal in der Psychiatrie in der Regel besser geschult und praxiserprobter im Umgang mit gewaltbereiten Patientinnen und Patienten als in anderen Bereichen eines Krankenhauses. Von den Erfahrungen dieser Mitarbeitenden können auch die Kolleginnen und Kollegen aus den somatischen Fachabteilungen profitieren. Hier kommen verschiedene Formen deeskalativer Strategien zur Anwendung. Von den darin geschulten Kolleginnen und Kollegen lässt sich, etwa in Weiterbildungen, erlernen, wie sich in ruhiger 1:1-Situation eine Vertrauensbasis und letztlich Konsens herstellen lässt und möglicherweise weitere Akutmaßnahmen einzuleiten sind. Auch sicheres Auftreten ist erforderlich – in letzter Konsequenz sind sicherstellende Zwangsmaßnahmen, die die Bewegungsfreiheit des Patienten oder der Patientin einschränken, denkbar und leider manchmal notwendig. Auch diese sind kommunikativ und so respektvoll wie möglich zu begleiten. Zu beachten sind außerdem rechtliche Vorgaben und die nationale medizinisch relevante Leitlinie. Das gilt selbstverständlich für alle Bereiche eines Krankenhauses.

Bei allen Maßnahmen und allem zu erzielenden Konsens zwischen Pflegekraft und der Patientin oder dem Patienten ist jedoch niemals der Schutz der eigenen Person außer Acht zu lassen: „Sind Fluchtwege erreichbar? Kann ich als Pflegekraft gegebenenfalls Kolleginnen und Kollegen sowie das Sicherheitspersonal erreichen und um Hilfe bitten, im Notfall auch die Polizei rufen?“



05 Handlungsfelder



Krankenhäuser müssen bei der Gewaltprävention ihre Hausaufgaben machen. Checklisten bieten eine gute Möglichkeit, den Status quo zu analysieren. Dabei ergeben sich im Wesentlichen drei große Handlungsfelder:

- A. Prävention
- B. Intervention
- C. Nachsorge

A. Prävention

Ärztlicher Dienst, Pflegekräfte und andere Krankenhausmitarbeitende können wesentlich dazu beitragen, mögliche Konflikte im Keim zu ersticken, nicht eskalieren und in Gewalt ausarten zu lassen. Dazu benötigen sie besondere Unterstützung und Schulung.

Doch zunächst gilt es, eine oder mehrere Stufen weiter oben anzusetzen. Denn die Führung muss unbedingt ein übergeordnetes Klinikleitbild, das keinerlei Form von Gewalt toleriert, verankern. Sie muss ihre Aufmerksamkeit und ihr Handeln danach ausrichten. Die Führungskräfte stehen in ihrer Rolle in einem besonderen Fokus, weil die Arbeitgeber in der Regel die Verantwortung gemäß Arbeitsschutzgesetz an sie weitergeben.

Als gute Orientierung hat sich in der Praxis das „Aachener Modell“ bewährt. Es definiert vier Gefährdungsstufen:

Gefährdungsstufen:

- 0** normale bis kontroverse Gesprächssituation
- 1** verbal aggressiv, unangepasstes Sozialverhalten, Sachbeschädigung
- 2** Handgreiflichkeiten, körperliche Gewalt, Bedrohung/ Nötigung, Durchsetzung eines Platzverweises
- 3** Einsatz von Waffen oder Werkzeugen, Bombendrohung, Amoklauf, Geiselnahme, Überfall

Daraus leitet das Aachener Modell bei der Prävention Verantwortlichkeiten, Handlungsempfehlungen und zu schaffende Voraussetzungen ab. Jede Form der Gewalt erfordert danach also unterschiedliche Maßnahmen, mit denen ihr zu begegnen ist.

Führungsverantwortung und Arbeitsschutz bilden die Grundlage.

Daraus leiten sich Maßnahmen ab, die sich im Groben in verschiedene Bereiche unterteilen lassen:

- Organisatorische Maßnahmen
- Personenbezogene Maßnahmen
- Bauliche und technische Maßnahmen

Einige Leitfäden sehen aufgrund der Wirksamkeit eine geänderte Priorisierung nach technischen, organisatorischen und letztendlich erst personenbezogenen Maßnahmen (TOP-Prinzip), doch aus praktischer Sicht der Krankenhäuser macht die Umkehrung hier Sinn.

Führungsverantwortung und Arbeitsschutz

Gewalterlebnisse gehören leider heutzutage zum Arbeitsalltag des Personals im Krankenhaus. Daher müssen die Führungskräfte eines Krankenhauses das Thema unbedingt in die Organisationskultur fest verankern. Es muss Raum und Zeit dafür geschaffen werden. Das beginnt dabei, Präventionsmaßnahmen und die Aufarbeitung von Gewalterlebnissen während der Arbeitszeit zu ermöglichen, und reicht bis hin zur Schaffung von Orten, in die sich ein Opfer zurückziehen kann. Besonders wichtig ist es, den Beschäftigten Respekt und Ernsthaftigkeit entgegenzubringen und als Führungskraft die Rahmenbedingungen für ein vertrauensvolles Miteinander im Team zu schaffen. Sicherheit und Gesundheit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten ganz oben auf der Werteskala eines Krankenhauses stehen – ebenso wie eine offene Kommunikations- und Fehlerkultur. Wichtig ist es, Mitarbeitende in Entscheidungen einzubinden und sie zu motivieren, sich frühzeitig mit Gewaltprävention zu beschäftigen. Die Beschäftigten haben nicht nur auf ihre eigene Sicherheit zu achten, sondern müssen auch ihren Arbeitgeber über mögliche Gefahren und Missstände informieren. Sie können darüber hinaus selbst Vorschläge in diesen Bereichen erarbeiten.

Gewaltprävention sollte als integraler Bestandteil ins Qualitätsmanagement mit einer eigenen Leitlinie überführt werden. Darin finden sich konkrete, detailreiche Handlungsanweisungen für das Krankenhauspersonal. Diese Leitlinien und

die Handlungsanweisungen sind den Mitarbeitenden unbedingt näherzubringen. Schulungen bieten eine gute Möglichkeit.

Beispiel: Das Evangelische Krankenhaus in Mülheim/Ruhr umreißt im „Konzept Gewaltprävention und -erkennung“ die Organisationskultur, die Mitarbeitende für das Thema Gewalt und Gewaltprävention sensibilisieren soll:

„Wir sind stets bestrebt unseren Mitarbeitenden Maßnahmen anzubieten, die dabei helfen eine Eskalation zu vermeiden.“

Durch Vermittlung und Vorleben unseres Konzeptes, unserer Werte und Handlungsrichtlinien bemühen wir uns um ein respektvolles Miteinander in allen Bereichen.

Die Verantwortlichen Leitungen fördern eine respektvolle und vertrauensvolle Kommunikation in der gesamten Organisation.

Alle Mitarbeitenden werden angehalten stets ihr eigenes Handeln zu reflektieren.

Unsere Mitarbeitenden werden nach Möglichkeit befähigt, ihre Bedürfnisse und Anliegen zu äußern. Sie werden darin bestärkt, die eigenen Grenzen anzugeben.

Wir suchen gezielt die konstruktive und transparente Kommunikation mit Patient:innen und deren Angehörigen.“

Die Basis, um geeignete Maßnahmen zur Gewaltprävention überhaupt zu etablieren, bildet die sogenannte „Gefährdungsbeurteilung“.



Was ist eine Gefährdungsbeurteilung?

Eine Gefährdungsbeurteilung ist Teil des Arbeitsschutzes, der gesetzlich verpflichtend für alle Arbeitgeber ist, unabhängig von der Größe eines Betriebs. Sie ermittelt und bewertet Gefährdungen am Arbeitsplatz und leitet daraus entsprechende Arbeitsschutzmaßnahmen ab. Die jeweiligen betrieblichen Anforderungen und Gegebenheiten regeln auch, wie umfangreich diese Maßnahmen sind. Dabei sind unter Umständen weitere Vorschriften wie die Betriebssicherheits-, die Gefahrstoff- und die Bio-stoffverordnung zu beachten. Besonders schutzbedürftige Arbeitnehmerinnen und -nehmer wie Jugendliche und Schwangere oder Berufseinsteiger unterliegen besonderen Maßnahmen. Arbeitgeber sind verpflichtet, sich kontinuierlich und systematisch über die Gefährdungen im Betrieb zu informieren und Schutzmaßnahmen für das Personal einzuleiten. Diese Beurteilungen sind fortlaufend zu aktualisieren.

Gewalt ist für jeden Mitarbeitenden eines Krankenhauses eine alltägliche Erfahrung und ein alltägliches Risiko, dem er oder sie ausgesetzt ist. Daher muss Gewalt in jeder Form unbedingt in die Gefährdungsbeurteilung von Krankenhäusern integriert werden. Hier sind Führungskräfte aus Medizin, Pflege und Administration ebenso einzubinden wie Personal-Vertreterinnen und -Vertreter (zum Beispiel aus dem Personal-/Betriebsrat), Sicherheitsbeauftragte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärztinnen/-ärzte.

Wie wird eine Gefährdungsbeurteilung erstellt?

- Betriebsbegehung
- Mitarbeiter-Interviews
- Moderierte Workshops
- Analyse der dokumentierten Meldungen

Liegt die Gefährdungsbeurteilung einer Einrichtung vor, lässt sich anhand einer Checkliste gut beurteilen, wie sich ein Krankenhaus in der Gewaltprävention selbst aufgestellt sieht. Die nachfolgende Checkliste lehnt sich an das Muster der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) an.

Maßnahme zur Gewaltprävention	Ja	Nein	in Bearbeitung	Status quo
1 Schriftliches Konzept/Leitlinie o. ä. zum professionellen Umgang mit Gewalt und Aggression				
2 Konzept wird gelebt.				
3 Offener Umgang mit Gewalt und Gewaltprävention				
4 Gewaltdefinition vorhanden, die alle möglichen Formen einschließt: körperlich, verbal, nonverbal, sexuell, rassistisch, religiös motiviert etc.				
5 Führungskräfte leben den sensiblen und verantwortungsvollen Umgang mit dem Thema vor. Sie nehmen auch die Mitarbeitenden-Perspektive ein.				
6 Die Perspektive der Patientinnen und Patienten ist zu betrachten.				
7 Erfahrung aufgrund von Gewaltereignissen und aggressivem Verhalten fließt in das Konzept der Gefährdungsbeurteilung ein.				
8 Gefährdungsbeurteilung enthält organisatorische und baulich-technische Rahmenbedingungen, die sich auf mögliche Gewaltereignisse negativ auswirken könnten.				
9 Regelmäßig kommen Konzepte und Gefährdungsbeurteilung mit allen Maßnahmen auf den Prüfstand: Sind sie noch aktuell? Wo sind Leitlinien und Konzepte zu überarbeiten? Darin fließt die kontinuierliche Auswertung der dokumentierten Gewaltübergriffe ein.				
10 Ein Meldesystem und ein betrieblicher Notfallplan bei Gewaltvorfällen sind fest innerhalb der Organisation verankert und allen Mitarbeitenden bekannt.				
11 Regelmäßige Schulungen und Trainingseinheiten zu gewaltvermeidendem Verhalten für die Mitarbeitenden				
12 Zur Nacharbeit existiert ein Betreuungskonzept für die Opfer von Gewalt.				
13 Die Leistungen der Unfallversicherungsträger nach Gewaltereignissen sind bekannt.				

Jeder Aspekt der Checkliste ist wichtig. Manche Maßnahmen, gerade baulich-technische Anpassungen, sind planbar und zeitnah anzugehen. Andere organisatorische und personenbezogene Maßnahmen erfordern möglicherweise einen jahrelangen Prozess, um bestimmte Denkmuster und daraus resultierende Handlungen aufzubrechen und eine neue Organisationskultur zu etablieren.



Praxistipps Organisationskultur



- 1) Neben der klaren Positionierung gegen Gewalt seitens der Führungskräfte hilft ein öffentliches Bekenntnis zur Null-Toleranz-Politik bei Gewalt, zum Beispiel in Form eines Aushangs.
- 2) Auch Führungskräfte sollten sich speziell im Bereich Arbeitsschutz und Gewaltprävention schulen.
- 3) Ein Gremium, in das die Ebene der Mitarbeitenden einzubeziehen ist, kann wertvolle Impulse liefern.
- 4) Konzepte und Leitlinien sind zu entwickeln und vor Inkraftsetzung zu testen.
- 5) Gewalt ist fest im Prozess der Gefährdungsbeurteilung zu verankern. Hier sollten permanent tätige Akteurinnen und Akteure wie Sicherheitsbeauftragte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärztinnen/-ärzte sowie aus der Personalvertretung mitarbeiten, gegebenenfalls auch staatliche Aufsichtsbehörden.

Organisatorische Maßnahmen

Eine Unternehmenskultur zu etablieren ist wichtig. Sie reicht jedoch nicht aus. Neben der Etablierung einer Organisationskultur gehören auch praktische Maßnahmen innerhalb der Personalorganisation und-führung sowie innerhalb des Arbeitsalltags dazu:

- Ausreichende Personalstärke und kluge Dienstplangestaltung:
- Interne Kommunikation und Kooperation
- Internes strukturiertes Warn- und Meldesystem
- Sicherheitsdienst
- Kooperation mit der Polizei



Ausreichende Personalstärke und kluge Dienstplangestaltung

Trotz des allgemeinen Personalmangels ist dem Thema Gewaltprävention ausreichende Aufmerksamkeit zu schenken. In jedem Team kann neben der verantwortlichen Führungskraft eine weitere Mitarbeiterin oder ein weiterer Mitarbeiter für das Thema benannt sein. Diese Mitarbeiterin oder dieser Mitarbeiter unterstützt die Verantwortlichen, die geplanten Maßnahmen umzusetzen. Sie oder er dient auch als Vermittlung zwischen der Ebene der Mitarbeitenden und der Führung, etwa bei Vorschlägen oder der Aufarbeitung von Gewaltvorfällen und ihrer Nacharbeit. Sie oder er kann Schulungsmaßnahmen organisieren und dokumentieren. Folgerung: Kommt Unterstützung hinzu, zum Beispiel durch Alarmierung, muss klar sein, was zu tun ist und wer welche Aufgabe übernimmt. Zusätzlich ist bei der Dienstplangestaltung zu beachten, dass möglichst bei jeder Schicht jemand mit Erfahrung in der Gewaltprävention eingebunden ist. Idealerweise ist jede Altersgruppe in jeder Schicht einheitlich vertreten. Auch der Aspekt der Alleinarbeit ist zu überdenken.

Interne Kommunikation und externe Kooperation

Interne Kommunikation ist ein oft vernachlässigter Bereich innerhalb eines Krankenhauses. Doch gerade bei sensiblen Themen wie Gewalt ist ein Erfahrungsaustausch essentiell. Daher helfen regelmäßige – bereichs-/stationsübergreifende – Gesprächsangebote, die die Mitarbeitenden wahrnehmen können.

Um Erfahrungen auszutauschen, hat sich auch eine Kooperation mit anderen Einrichtungen – nicht nur aus dem Gesundheitswesen – bewährt. Dazu zählen Krankenhäuser, Pflegeheime, Hospize, aber auch Polizei oder Amtsgericht oder Unfallversicherungsträger. Ein regelmäßiger „Runder Tisch“ bietet eine gute Möglichkeit.

Internes strukturiertes Warn- und Meldesystem

Neben einem strukturierten Meldesystem, das gerade in der Nacharbeit eine wesentliche Rolle spielt, (siehe Kapitel 5C) lässt sich auch ein internes Warnsystem etablieren. Das erlaubt es Mitarbeitenden, die Kontakt zu einem potenziellen Aggressor hatten und bei diesem oder bei dieser entsprechende Anzeichen erkennen, Kolleginnen und Kollegen zu warnen. Idealerweise erfolgt eine Meldung digital und erreicht schnell sämtliche relevanten Bereiche, im Einzelfall kann aber bereits eine Meldung per Telefon helfen. Dazu ist eine entsprechende Schulung notwendig, um Risikofaktoren und potenziell gewalttätige Personen zu erkennen. Eine Schlüsselrolle können Mitarbeitende des Empfangsbereichs oder der Erstaufnahme spielen. Zur Identifizierung haben sich professionelle Screening-Verfahren bewährt. Hier hat sich in der Praxis die „Brøset Violence Checklist“ (BVC) als besonders geeignet erwiesen – ein wirksames Tool, um das individuelle Gewaltisiko in den nachfolgenden 24 Stunden einzuschätzen. Die BVC ermittelt auf wissenschaftlicher Basis Prognosen für aggressives Verhalten, ist leicht umsetzbar und im Vergleich zu anderen Screening-Instrumenten relativ kostengünstig. BVC wurde in Norwegen entwickelt und wird inzwischen weltweit angewandt.

Sicherheitsdienst

Umfragen unter dem Pflegepersonal haben gezeigt: Professionell ausgebildetes Sicherheitspersonal kann bei der Gewaltprävention und Deeskalation unterstützen, idealerweise mindestens zu zweit, und rund um die Uhr verfügbar



und schnell vor Ort sein. Es sollte jedoch über sehr gute kommunikative Fähigkeiten verfügen. Die Erlaubnis zum physischen Eingreifen muss genau den krankenhausindividuellen Gegebenheiten angepasst und entsprechend definiert – möglicherweise auch komplett untersagt – sein. Manchmal genügt die sichtbare Anwesenheit von Sicherheitspersonal bereits, um mögliche Aggressoren abzuschrecken. Der Kostenfaktor und die Wirkung auf Patientinnen und Patienten sollten aber berücksichtigt werden.

Kooperation mit der Polizei

Gerade wenn kein Sicherheitsdienst vorhanden ist oder ohne Zeitverzug zur Stelle sein kann, sollte bei einem körperlichen Übergriff, bei einer Bedrohung oder Nötigung die Polizei gerufen werden. Das hilft auch, um ein Hausverbot durchzusetzen. Einige Krankenhäuser haben bereits eine strukturierte Kooperation mit der örtlichen Polizei etabliert. Dazu sollte jede Klinik mindestens einen Verantwortlichen für diese Kooperation benennen. Ein persönlicher Austausch mit konkreten Ansprechpersonen bei der Polizei, bevor ein Vorfall passiert, ist unersetzbar. Hier lässt sich genau klären, wann eine Klinik polizeiliche Hilfe benötigt und wie eine Kooperation aussieht. Konkret lässt sich ein organisiertes Meldesystem etablieren: eine direkte Durchwahl zur örtlichen Polizeidienststelle, um keine Zeit zu verlieren, gegebenenfalls auch die Vereinbarung eines Codeworts gegenüber der Polizei. Manche Kliniken nutzen auch einen Notfallknopf. Alle Verantwortlichen, die Kommunikationswege und die konkreten Vereinbarungen inklusive der Rufnummer sollten intern flächendeckend kommuniziert werden.

Personenbezogene Maßnahmen

Schulungen und regelmäßige Unterweisungen schaffen bei den Mitarbeitenden ein Gefahrenbewusstsein und geben ihnen Sicherheit. Sie sind bei der Gewaltprävention kein Bonbon, das Mitarbeitende als „Nice to have“ empfangen, sondern ein unabdingbarer Rahmenfaktor und daher auch durch die Arbeitgeberseite und die Führungskräfte in die Arbeitszeit zu integrieren. In erster Linie dienen Unterweisungen und Fortbildungen in diesem Bereich dazu, das Personal im Umgang mit aggressiven Patientinnen, Patienten oder Besucherinnen und Besuchern gezielt zu schulen. Dabei ist nicht nur das Thema einer Schulung wichtig, sondern auch ihre Rahmenbedingungen: Wie finden sie statt? Für wen werden sie angeboten?

Rahmenbedingungen für Schulungen zur Gewaltprävention	
Wann finden Schulungen erstmals statt?	Bereits während der Einarbeitung, bei Ärzteschaft und Pflegenden während der Ausbildung
Wann wird das Wissen aufgefrischt?	Wiederholungen sind wichtig, am besten einmal jährlich. Plakative Informationen (Poster etc.), etwa in Dienstzimmern oder Aufenthaltsräumen, helfen, das Gelernte zu verinnerlichen.
Wie erweckt man das Interesse der Mitarbeitenden?	Schulungen sind als Arbeitszeit anzuerkennen, gegebenenfalls auch über verpflichtende Maßnahmen. Mitarbeitende lassen sich in die Gestaltung und Organisation einbinden, etwa durch Evaluation.
Für wen sind Schulungen geeignet?	Nicht nur Pflegekräfte machen Gewalterfahrungen. Auch Empfang/Anmeldung, Ärzteschaft, selbst Reinigungskräfte können betroffen sein. Daher sind die Schulungen so zielgruppenbreit wie möglich anzubieten.
Ist das „Train the Trainer“-Konzept geeignet?	Auch die Unfallversicherungsträger raten dazu, Deeskalationstrainerinnen und -trainer auszubilden. Diese werden in die Lage versetzt, ihr Wissen an die Mitarbeitenden breit weiterzugeben. Vorteil: Sie sind regelmäßig vor Ort und können gezielt Fragen beantworten.
Sind externe Anbieter sinnvoll?	Schulungen durch die Polizei oder durch Dienstleister aus dem Gesundheitsbereich können sinnvoll sein.
Welche Lernmethode bietet sich an?	Ob online oder in Präsenz: Wichtig sind Gruppenübungen und Rollenspiele. Auch die Frage, ob es viele Einzelschulungen oder mehrtägige Blockveranstaltungen gibt, hängt von individuellen Präferenzen ab und lässt sich nicht pauschal beantworten.

Schulungsinhalte

Deeskalationstraining steht ganz vorn in der Unterweisung zur Gewaltprävention und zur Gewaltabwehr. Hierbei gehen theoretische Schulungen Arm in Arm mit praktischen – auch körperlichen – Übungen.



Themenvorschläge für Einzel- oder Blockseminare	
Hintergründe	Formen von Gewalt
	Ursachen und Risikofaktoren für die Entstehung von Gewalt
	Folgen von Gewalt
Deeskalationsstrategien und Körperinterventionen	Frühwarnsignale erkennen
	Grenzen von Deeskalationstechniken
	Deeskalation durch Kommunikation
	Umgang mit Stress
Persönliche Faktoren und Selbstreflexion	Flucht und Körperinterventionen/Schutztechniken
	Individuelle Voraussetzungen (Persönlichkeitsstruktur, Kompetenzen, Berufserfahrung etc.)
	Persönliche Haltung und Verhaltensweisen und ihr Einfluss auf Eskalationen
	Grundlagen menschlichen Handelns
	Umgang mit den eigenen Emotionen, Stressmanagement
	Machtposition gegenüber Patientinnen/Patienten sowie ihrer Begleitpersonen verstehen
	Rechtliche Grundlagen (Regelungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Hausrecht/-verbot, Notwehr/-hilfe, Gefährdungsbeurteilung, Arbeitsrecht etc.)
Weitere Schulungsansätze	Bauliche, technische und organisatorische Maßnahmen
	Umgang mit verschiedenen Gruppen von Patientinnen/Patienten und Begleitpersonen: von Zugangsbeschränkungen bis hin zu Hausverweisen und Hausverboten
	Meldesystem: innerbetriebliche Meldung, Meldung eines Arbeitsunfalls an die Unfallversicherungsträger, Strafanzeige
	Hinweise auf Angebote zur Nachsorge

Besonders das **Deeskalationstraining** ist für Beschäftigte unverzichtbar. Jeder Mitarbeitende sollte diese Unterweisung zumindest im Rahmen der Einarbeitung einmal durchlaufen haben, am besten ergänzt durch eine jährliche Auffrischung. Hier ist auch eine mehrtägige Blockveranstaltung denkbar.

Mögliche Gliederung eines mehrtägigen Deeskalationstrainings für das Krankenhauspersonal:

- Theoretische Grundlagen des professionellen Deeskalationsmanagements und Hintergründe
- Rechtliche Grundlagen

- Verhinderung (Verminderung) der Entstehung von Gewalt und Aggressionen (Frühwarnsignale)
- Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen
- Grundlagen menschlicher Handlungen, Verständnis der Beweggründe aggressiver Verhaltensweisen
- Organisatorische, personenbezogene und baulich-technische Maßnahmen
- Personenbezogene Einflussfaktoren, zum Beispiel durch Schulung der eigenen Kommunikation
- Kommunikative Grundlagen und Deeskalationstechniken im Umgang mit hochangespannten Menschen: verbale Deeskalation, Umgang mit Stress
- Schonende Vermeidungs-, Abwehr-, Löse-, Schutz- und Fluchttechniken bei Übergriffen durch Patientinnen und Patienten
- Sofortige Unterstützung und Betreuung aus dem Kollegenkreis, Nachbearbeitung von Vorfällen
- Reflexion



Wenn die Schulungsmaßnahmen nicht intern geleitet werden können, sollte bei einem externen Anbieter auf Erfahrung im Gesundheitsbereich geachtet werden.

Sinnvoll ist es, interne Trainerinnen und Trainer zu schulen, die ihr erlerntes Wissen an Beschäftigte weitergeben. Solche „Train the trainer“-Schulungen dauern in der Regel deutlich länger als reine Workshops für Beschäftigte. Die Inhalte werden vertieft, zusätzliche didaktische Lerneinheiten bereiten auf die Wissensweitergabe vor. Solche zusätzlichen Inhalte können sein:

- Vorbereitung eines Workshops: Aufbau und Struktur
- Vermittlung von Lerninhalten an Erwachsene
- Vermittlung von Vermeidungs-, Abwehr-, Löse-, Schutz- und Fluchttechniken

! Praxistipp: Gefühlsarbeit und Teamarbeit nicht vernachlässigen

Neben den reinen Schulungsangeboten des Arbeitgebers und der Führungskräfte berühren die personenbezogenen Maßnahmen auch die Etablierung einer Unternehmenskultur und ihre konkrete Umsetzung. Gemeint sind Maßnahmen zur Fürsorge gegenüber dem Personal und eine Teamkultur.

Den Mitarbeitenden muss Raum zur Gefühlsarbeit geschaffen werden: Sie müssen Erlebnisse aufarbeiten, besprechen und Gefühlen freien Lauf lassen können. Dafür muss immer Zeit und Raum sein. Ein Prinzip der „offenen Tür“, Sprechstunden oder regelmäßige Personalgespräche bieten möglichen Raum dafür, Fallbesprechungen im Team eine weitere – zuletzt auch dafür, eine Arbeitskraft zu erhalten.

Darüber hinaus können Mitarbeitende aus besonders gefährdeten Bereichen, zum Beispiel der Notaufnahme, mit einem Personen-Notruf ausgestattet werden.

Bauliche und technische Maßnahmen

Zahlreiche Präventionsmaßnahmen lassen sich durch den Arbeitgeber im baulichen und technischen Bereich durchführen. Diese können verhindern, dass Patientinnen und Patienten sich in den Räumlichkeiten eines Krankenhauses übermäßig gestresst fühlen und möglicherweise aggressiv werden. Sie tragen auch wesentlich dazu bei, dass sich Mitarbeitende sicher am Arbeitsplatz fühlen. Das beginnt an der Pforte und im Eingangsbereich und reicht bis zum Behandlungszimmer und zu den Aufenthaltsräumen für das Personal. Einige Maßnahmen erfordern Umbauten wie das Schaffen geschützter Bereiche, andere sind mit geringerem Aufwand zu bewältigen, zum Beispiel eine gute Beschilderung innerhalb der Klinik. Für manche Maßnahmen lassen sich möglicherweise Fördergelder beim Bundesland beantragen.

Allgemeine Maßnahmen

- Ruhige und natürliche Farbgebung, angenehme Beleuchtung
- Viele Fenster für Tageslicht
- Optisch ruhige Inneneinrichtung
- Lärmreduzierende Oberflächenbeschichtung
- Zugangsregelung: Trennung Publikumsverkehr/Backoffice, um nicht für jedermann alle Bereiche zu öffnen
- Sicherheits- und gesundheitsgerechte Wahl des Mobiliars und anderer Gegenstände, die sich nicht als Waffe nutzen lassen
- Weitestgehende Vermeidung von „gefangenen“ Räumen, also Räumen, die sich nur durch ein anderes Zimmer betreten lassen
- Barrierefreie Arbeitswege und Arbeitsplatzgestaltung
- Überschaubare und gut einsehbare Bereiche
- Gut verständliche Leitsysteme, Erklärungen und Beschilderung
- Geeignete, gut erreichbare und ausreichende Rettungs- und Fluchtwege, die nicht durch Möbel (zum Beispiel Schreibtische) verstellt sind
- Türspion in gesicherten Bereichen

Eingang, Warte- und Empfangsbereich

- Eingangstüren vor allem nachts verschließen und 24/7 überwachen
- Elektronische Lösung für Türöffnung und -verschluss
- Getrennte Eingangsbereiche für Insassen des Rettungswagens und der übrigen Patientinnen und Patienten
- Geschützte, abschließbare Bereiche oder trennende Elemente wie Empfangstheken

- Wartebereich ohne Sichtkontakt zum Empfang
- Abgrenzung zwischen Empfangs- und Behandlungsbereich ermöglichen
- Bruchsicheres Glas verwenden
- Versorgung mit Essen (Snacks) und Getränken, zum Beispiel durch Automaten, sowie Zerstreuung ermöglichen (Wartezimmer-TV, WLAN etc.)
- Ausreichender Abstand zwischen den Sitzplätzen
- Spielecke für wartende Kinder

Personalbereiche

- Nicht einsehbare, zentrale und leicht erreichbare Diensträume und Personal-Aufenthaltsräume
- Fluchtwege
- Spezielle, technisch gesicherte Schutzräume bei akuter Gefahr oder Flucht mit Alarmknopf
- Gesicherte Räume für die Nachtwache (besonders in der Psychiatrie)
- Ausstattung der Beschäftigten in besonders gefährdeten Bereichen mit Personennotrufsystemen (Notfallknöpfe, Pager und Notfalltasten, Schriallalarme etc.)

Station

- Geeignete Alarmierungssysteme, beispielsweise eindeutige akustische Signale
- Rückzugsräume für besonders empfindsame Patientinnen und Patienten
- In sensiblen Bereichen: Zutritts-Kontrollsysteme, beispielsweise durch Videoüberwachung
- Genügend Einzelzimmer und spezielle Behandlungsräume zur möglichen Separierung aggressiver Personen
- Digitale Dokumentation von Gewaltvorfällen in Patientenakten ermöglichen



B. Intervention

Techniken zum Verhalten im Falle eines Angriffs lassen sich in Schulungen erlernen. Sie in einer konkreten – emotional besonders fordernden – Situation anzuwenden, benötigt viel Erfahrung und Wiederholung. Informationen auf Papier oder in digitaler Form ersetzen daher keine Fort- und Ausbildung. Sie geben nur einen ersten Fingerzeig, was das Personal einer Klinik bei einem möglichen oder tatsächlichen Angriff tun kann:

- Frühwarnsignale
- Deeskalation durch Kommunikation
- Verbale Kommunikation
- Nonverbale Kommunikation
- Sicherheitsabstand und Fürsorge gegenüber Dritten
- Schutz- und Abwehrtechniken
- Maßnahmen gegenüber Patientinnen/Patienten und Begleitpersonen
- Notfallplan

Frühwarnsignale

In vorherigen Schulungen sollten die Mitarbeitenden Frühwarnsignale für Aggressionen kennen gelernt haben. So können sie im besten Fall aufkommende Gewalt frühzeitig erkennen und verhindern. Solche Signale sind äußere Unruhe (permanentes Auf- und Abgehen), Schwitzen, Fäusteballen, starrer Blick oder Schlagen auf Gegenstände. Möglicherweise lassen sich hier zuvor erlernte Deeskalationstechniken anwenden.

Wichtig:

Die Mitarbeitenden dürfen sich nicht selbst in Gefahr bringen, gegebenenfalls einen geschulten oder erfahrenen Kollegen oder eine solche Kollegin oder sogar – sofern vorhanden – den Sicherheitsdienst um Hilfe gegenüber einem (möglichen) Aggressor bitten.

Nicht immer deuten Frühwarnsignale auf potenzielle Aggressionen hin, manchmal ist die Person nervös, zum Beispiel aufgrund von Angst oder Unsicherheit.

Deeskalation durch Kommunikation

Auch verbale und nonverbale Kommunikationstechniken lassen sich in Schulungen erlernen. Natürlich erwirbt jeder Mitarbeitende erst in praktischer Anwendung die notwendige Erfahrung. Daher hilft es, in Erstsituationen auf Unterstützung durch ältere Kolleginnen und Kollegen zu bauen.

Einige verbale und nonverbale Techniken und Verhaltensweisen haben sich als besonders hilfreich in der Kommunikation mit potenziellen Aggressoren erwiesen:

- Wertschätzung und Verständnis zeigen
- Ruhiges, selbstsicheres Auftreten
- Zuhören: Wünsche und Ängste erfragen
- Angst beim Anderen reduzieren: Hoffnung geben, Lösungen suchen, unverfängliche Versprechen machen
- Die eigene Sicherheit gewährleisten: kein Risiko eingehen, Sicherheitsabstand halten, Fluchtmöglichkeiten im Auge behalten
- Gemeinsame Haltung anbieten: Alternativen zum Wutausbruch aufzeigen, Entspannungsmöglichkeit vorstellen

Verbale Kommunikation

Hier steht der Inhalt des Gesagten im Vordergrund. Die Ansprache sollte ruhig und klar verständlich sein, die Aussagen eindeutig. Am besten geeignet sind „Ich-Botschaften“ („Ich habe den Eindruck, dass Sie ...“). Zu komplizierte Formulierungen sind zu vermeiden. Bei Sprachbarrieren sollten möglichst Muttersprachler aus dem Kreis der Kolleginnen und Kollegen hinzugezogen werden. In manchen Krankenhäusern gibt es „Dolmetscherlisten“ mit internen Fremdsprachlern aus dem Kreis der Kolleginnen und Kollegen. Auch webbasierte Sprachhilfen/Übersetzungsprogramme werden immer professioneller. Poster und Plakate in mehreren Sprachen können darüber hinaus erste Missverständnisse beseitigen.

Nonverbale Kommunikation

Als Provokation zu verstehende Körpersprache und Handlungen sind möglichst zu vermeiden.

Sicherheitsabstand zum Täter/zur Täterin und Fürsorge gegenüber Dritten

Zum möglichen Angreifer oder zur möglichen Angreiferin ist ein Sicherheitsabstand zu wahren, um außerhalb der Arm- und Beinreichweite zu bleiben. Tipp: Seitlich stehen, um geringe Angriffsfläche zu bieten. Unbeteiligte Dritte, zum Beispiel im Wartebereich, sollten in Sicherheit gebracht werden.

Nicht immer helfen kommunikative Deeskalationsmaßnahmen, um eine Situation zu entschärfen. Dann bleiben weitere, stärkere Maßnahmen als Ausweg. Dazu zählt auch die Flucht, um sich in Sicherheit zu bringen. Daher ist es wichtig, vor Eintritt in die Situation mögliche Fluchtwege auszuloten. Außerdem ist im Fluchtfall sofort Alarm auszulösen.

Schutz- und Abwehrtechniken

- In Fortbildungen und Deeskalationsschulungen erlernen Mitarbeitende, sich selbst und andere Beteiligte zu schützen und angemessene Schutz- und Abwehr-/Lösetechniken auch in Stresssituationen abzurufen und anzuwenden.
- Die Anwendung von Schutz- und Abwehr-/Lösetechniken gegenüber Patientinnen/Patienten und Besucherinnen/Besuchern ist ein komplexes und sensibles Thema. Das Gesetz legt an ihren Einsatz und darüber hinaus an die Anwendung von Zwangsmaßnahmen strenge Maßstäbe an. Die Anwendung von Schutz- und Abwehrtechniken erfordert vor Umsetzung unbedingt die Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen, was erlaubt ist. Zwischen den beiden genannten Gruppen Patientinnen/Patienten und Besucherinnen/Besuchern ist, auch aus juristischer Sicht, zu differenzieren.
- Prinzipiell gilt das Recht auf Notwehr beziehungsweise Nothilfe und Notstand (vorsätzliche Handlung ohne konkreten Angriff als einziger Weg zur Gefahrenabwehr) auch für das Krankenhauspersonal im Dienst. Die Polizei zu rufen, kann eine Option sein, gerade bei Gewalt von Besucherinnen und Besuchern.
- Die Einleitung von Zwangsmaßnahmen ist rechtlich genau geregelt. Der Gesetzgeber unterscheidet Maßnahmen im Rahmen der Unterbringung (gegen oder ohne den Willen), ärztliche Zwangsmaßnahmen (Heilbehandlung gegen oder ohne den Willen) und freiheitsentziehende Maßnahmen im Rahmen der Unterbringung. Wann und in welcher Form sie anzuwenden sind und welche rechtlichen Voraussetzungen jeweils bestehen, sollte ein Deeskalationstraining ausführlich behandeln. In der Psychiatrie sind die Abläufe aufgrund der Häufigkeit geübter als beispielsweise in den somatischen Abteilungen.

Maßnahmen gegenüber Patientinnen/Patienten und Begleitpersonen

- Aufklärung und Information: Auch hier können etwa Aushänge im öffentlichen Krankenhausbereich auf konsequentes Handeln gegenüber Gewaltausbrüchen („Null-Toleranz-Strategie“) hinweisen, gegebenenfalls auch in mehreren Sprachen.
- Feedback geben: „Wir machen so etwas hier nicht“ – als erster Schritt auf das Fehlverhalten hinweisen
- Zugangsbeschränkungen für Begleitpersonen: Manche Krankenhäuser beschränken die Anzahl der Begleitpersonen pro Patient/Patientin auf eins.
- Hausverweis und Hausverbot: eine fast schon letzte Maßnahme, um einen möglichen oder tatsächlichen Täter fernzuhalten. Die Hausordnung sollte deutlich im öffentlichen Teil eines Krankenhauses darauf hinweisen. Wichtig ist zu definieren, wer rechtlich befugt ist, ein Hausverbot auszusprechen. Bei der Durchsetzung ist gegebenenfalls der Sicherheitsdienst hinzuziehen. Ein Verstoß („Hausfriedensbruch“) kann strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Notfallplan

Der Notfallplan gehört – strenggenommen – zu den organisatorischen Vorbereitungen eines möglichen Gewaltvorfalls gegenüber dem Krankenhauspersonal und liegt damit in der Hand des Arbeitgebers oder der Führungskräfte. Hier ist genau festgelegt, wie Kolleginnen und Kollegen sich unterstützen und wann die Polizei zu informieren ist. Daher bildet der Notfallplan die Basis des Handelns in und nach einem Notfall. Wichtig ist es, den zuvor aufgestellten Notfallplan intern breitflächig zu kommunizieren und Abläufe regelmäßig zu testen. Beispielsweise sollte er in jedem Dienst- und Personalraum hängen.

Die wichtigsten Inhalte des Notfallplans:

- Feste Abläufe der Rettungskette: Eigenschutz – Sofortmaßnahmen – Weitere Erste-Hilfe-Maßnahmen – Medizinische Versorgung (Rettungsdienst – Krankenhaus)
- Wichtige örtliche Gegebenheiten
- Notruftelefonnummern, Namen der Ersthelfer und -helferinnen inklusive der Kontakte bei der Polizei, die im Rahmen der vorherigen Kooperationsgespräche festgelegt worden sind
- Adressen der nächsten ärztlichen Anlaufstelle
- Betriebliche Ansprechpersonen für weitere Maßnahmen der unmittelbaren Betreuung, der Nachsorge und anderen betrieblichen Reaktionen

C. Nachsorge

Nach einem Angriff gegen sich selbst steht fast jede oder jeder Betroffene unter einem Schock. Zahlreiche Kliniken haben bereits ein System der sofortigen Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen etabliert. Dabei wird den Gewaltopfern aus diesem Personenkreis unmittelbar nach dem Vorfall eine dafür geschulte Betreuerin oder ein Betreuer zur Seite gestellt. Solche Konzepte gibt es auch von zahlreichen Institutionen – die „betriebliche psychologische Erstbetreuung“ (bpE), entwickelt von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung/DGUV, oder die „Stressbearbeitung/-bewältigung nach belastenden Ereignissen“ der Bundesvereinigung Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SbE). Diese Form der Sofort-Unterstützung als erste Maßnahme der Nachsorge zielt darauf, das Opfer unmittelbar zu begleiten und zu unterstützen, ein akutes Trauma abzuwenden, eine Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS) und Sekundärtraumatisierung bei mittelbar Beteiligten zu reduzieren oder zu verhindern.

Das hat neben der gesundheitlichen und fürsorglichen Komponente auch einen mittelbar wirtschaftlichen Effekt, nämlich die Vermeidung von Ausfallzeiten und eventueller Berufsunfähigkeit. Die oder der jeweils das Gewaltopfer Betreuende sollte eine professionelle Schulung durchlaufen haben, um die Methodik zu erlernen und anwenden zu können. Das kann Teil des Deeskalationstrainings sein. Darüber hinaus sollten Krankenhäuser professionelle Nachsorgekonzepte nicht nur für die akute, sondern auch die mittelbare und langfristige Nachsorge vorliegen haben.

Akutbetreuung direkt nach dem Vorfall

- Medizinische Versorgung
- Begleitung in einen geschützten Raum, weit weg vom Tatort
- Externe Störungen vermeiden, auch nicht durch andere Kolleginnen und Kollegen
- Wünsche des Opfers respektieren, auch bei fehlendem Redebedarf
- Protokollieren des Vorfalls im Rahmen der Sofort-Unterstützung und Betreuung und Weiterleiten des offiziellen und beiderseits unterschriebenen Protokolls an die Personalabteilung (Eckdaten zum Gespräch, Teilnehmende, Anlass, chronologischer Ablauf des Vorfalls, Zeugen). Wichtig: Das Opfer selbst bestimmt oder stimmt zu, wer das Protokoll lesen darf.
- Information der unmittelbar Vorgesetzten
- Einschätzung zur weiteren Arbeitsfähigkeit, gegebenenfalls in Absprache mit den Vorgesetzten

- Ablauf gemäß des zuvor definierten Meldesystems organisieren (mögliche Meldung an den Unfallversicherungsträger mit Terminorganisation bei Durchgangsarztin/-arzt, gegebenenfalls Anzeige bei der Polizei)

Neben der Akutversorgung organisiert die Erstbetreuerin oder der Erstbetreuer oder eine andere Vertrauensperson aus dem Personal die weiteren Abläufe und kann das Opfer zum Arzt oder nach Hause begleiten. Sie können auch im Rahmen der Nachsorge in den kommenden Monaten unterstützend tätig sein, zum Beispiel bei bürokratischen Angelegenheiten (Meldungen und Dokumentation, Versicherungsfragen etc.). Die betreuende Person erstattet auch innerhalb des Teams Bericht über den Vorfall und steht hier als Ansprechperson bereit.

Weitere Betreuung nach Gewaltvorfall

- Regelmäßige aktive Kontaktaufnahme zum Opfer und Angebot konkreter Unterstützung: Möglichkeiten zur Traumaverarbeitung, Vorstellung interner – etwa durch Seelsorger – und externer Hilfsangebote, zum Beispiel durch Berufsgenossenschaft/Unfallversicherung, rechtliche Aufarbeitung
- Organisation einer Kontaktaufnahme durch die direkten Vorgesetzten, falls notwendig
- Bei längerer Krankschreibung: Informationen zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)
- Innerhalb des Teams: Besprechung und Aufarbeitung mit Beteiligten, Darstellung weiterer Gesprächsangebote
- Innerhalb der Klinik: Erarbeitung organisatorischer, personenbezogener und baulich-technischer Lösungsansätze zur weiteren Prävention anhand des dokumentierten Vorfalls



Meldesystem

Mitarbeitende und Führungskräfte müssen einen Vorfall als „Gewaltakt“ wahrnehmen, um das Meldesystem in Anspruch zu nehmen – Folge einer zuvor etablierten Organisationskultur. Sie müssen für das Thema sensibilisiert sein und verstehen, dass sie auch Beschimpfungen und sonstige verbale Angriffe nicht folgenlos hinnehmen müssen. Nur so erkennen sie die Notwendigkeit, Angriffe gegen sich zu melden.

Das Meldesystem sollte drei Stufen umfassen:

- Innerbetriebliche Meldung und Dokumentation, Meldung durch den Vorgesetzten
- Meldung an den Unfallversicherungsträger als Arbeitsunfall
- Meldung an die Strafverfolgungs-/Ermittlungsbehörde

Wichtig ist auch hier, dass der genaue Meldeablauf zuvor seitens des Arbeitgebers und der Führungskräfte definiert, organisatorisch und technisch vorbereitet sowie intern klar kommuniziert worden ist. Außerdem sind Opfer- und Datenschutz streng zu wahren.

Innerbetriebliche Meldung und Dokumentation

Jedes Gewaltopfer sollte die Möglichkeit haben, nach einem erlittenen Angriff von einer Vertrauensperson begleitet zu werden. Das erstellte Gesprächsprotokoll bietet die Basis der Dokumentation des Gewaltvorfalls – sehr wichtig beispielsweise für die eventuelle Meldung an den Unfallversicherungsträger als Arbeitsunfall oder an die Strafverfolgungs-/Ermittlungsbehörde (Polizei). Das innerbetriebliche strukturierte Meldesystem sollte als Teil der Arbeitsschutzmaßnahmen verstanden werden. Es trägt wesentlich dazu bei, interne weitere Präventionsmaßnahmen einzuleiten. So lassen sich künftig vergleichbare Vorfälle reduzieren oder sogar vermeiden. Außerdem steigert sich das Bewusstsein und die Wachsamkeit für solche Vorfälle. Wichtig: Das innerbetriebliche Meldesystem nach einem Gewaltvorfall muss intern flächendeckend kommuniziert werden. Denkbar ist etwa ein Aushang in allen Dienstzimmern, der auch die unmittelbaren Ansprechpersonen bei externen Einrichtungen enthält (Unfallversicherung, Polizei etc.). Klarheit und Einfachheit stehen hier obenan.

Vorlagen für Erfassungsbögen von Gewalttaten gegenüber dem Krankenhauspersonal bieten verschiedene Einrichtungen wie die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) oder die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) an. Hierüber sollte jeder

Gewaltvorfall dokumentiert werden. Der Bogen sollte so einfach wie möglich gestaltet sein. Auch die Möglichkeit zur anonymen Meldung sollte den Opfern, die nicht innerhalb der Klinik als solche stigmatisiert werden möchten, offen stehen.

Waren Patientinnen und Patienten als Täter beteiligt, lassen sich solche Informationen in der Patientenakte dokumentieren – Informationen, die für deren weitere Behandlung oder auch als Warnung gegenüber dem übrigen Personal wichtig sind. Neben objektiven Daten ist auch das subjektive Empfinden bedeutsam und bei einem entsprechenden Meldesystem zu berücksichtigen.

Meldung an den Unfallversicherungsträger als Arbeitsunfall

Bei körperlichen oder psychischen Schäden nach einem Gewaltvorfall gegenüber dem Personal liegt ein Arbeitsunfall vor. Die Dokumentation eines Sicherheitsvorfalls und seine Information an den Vorgesetzten stellt eine wichtige Voraussetzung dar, um ihn als Dienstanfall anerkennen zu lassen. Der Arbeitgeber muss ihn dem Unfallversicherungsträger (Unfallkasse oder Berufsgenossenschaft) nach drei Tagen Arbeitsunfähigkeit melden. Auch wenn ein Opfer nicht arbeitsunfähig gemeldet ist, kann eine Meldung an den Unfallversicherungsträger erfolgen – wenn das Opfer dies wünscht. Bei auftretenden Spätfolgen, zum Beispiel einer Traumatisierung, ist eine Meldung auch zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Neben der Bearbeitung versicherungsrechtlicher Fragen kann der Unfallversicherungsträger ein Krankenhaus auch bei der Durchführung von Präventionsmaßnahmen unterstützen.

Meldung an die Strafverfolgungs-/Ermittlungsbehörde (Polizei)

Im innerbetrieblichen Meldesystem sollte festgelegt sein, wer zu welchem Zeitpunkt bei der Polizei beziehungsweise den Strafverfolgungs-/Ermittlungsbehörden Anzeige erstattet.

Wichtig: Die finale Entscheidung darüber sollte jedoch auf jeden Fall beim Opfer liegen.

Unterstützung durch Führungskräfte und interne oder externe Juristinnen oder Juristen kann und sollte die Klinik anbieten. Eine solche Hilfe zeigt auch, dass der Arbeitgeber die Null-Toleranz-Strategie vorlebt und ernst nimmt.

Sofern Beschäftigte Opfer von Straftaten geworden sind, sollte die Strafanzeige nach Möglichkeit durch die Organisation erfolgen (Führungskräfte, Leitung, Geschäftsführung). Als Ladungsanschrift sollte die dienstliche Adresse angegeben werden.

Um das Krankenhauspersonal für das Thema Gewalt und Gewaltprävention zu sensibilisieren, ist, wie die vorherigen Ausführungen zeigen, eine breitflächige interne Kommunikation unabdingbar. Wichtig ist es jedoch auch, das Thema in die Öffentlichkeit und zu den politischen Entscheidungsträgern zu bringen.

Die Öffentlichkeit schließt sämtliche aktuellen und künftigen Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher der Krankenhäuser ein, ob im ambulanten oder stationären Bereich. Die Null-Toleranz-Strategie gegenüber jeder Form von Gewalt gegenüber dem Krankenhauspersonal muss klar, eindeutig und als nicht verhandelbar öffentlich breit kommuniziert werden. Dafür stehen die bekannten Maßnahmen einer klassischen Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, ergänzt durch die Einbindung sozialer Medien, zur Verfügung. Nur so kommt auch hier ein langsames Umdenken in Gang, das Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter neben den gezielten Präventionsmaßnahmen weiter schützt. Auch flächendeckende plakative Aushänge setzen – neben dem Veröffentlichen der Hausordnung – Zeichen.

Ärzttekammern, Pflegekammern, Kassenärztliche Vereinigungen, medizinische Fachgesellschaften sowie weitere Gesundheitseinrichtungen, Kommunen, Unfallversicherungsträger, Behörden des Arbeitsschutzes, Polizei und Ordnungsamt vor Ort bieten sich als mögliche Kooperationspartner, auch auf regionaler und lokaler Ebene, zur öffentlichen Aufklärung an.

Bauliche Maßnahmen zur Gewaltprävention im Krankenhaus kosten Geld. Investitionsgeld, das den Krankenhäusern – gerade aktuell in wirtschaftlich sehr herausfordernden Zeiten – weitgehend fehlt. Daher ist als Zielgruppe auch die Politik in der Verantwortung. Gerade in Krankenhäusern älterer Baujahre sind

möglicherweise höhere – vor allem baulich-technische – Investitionen notwendig, die nicht über die allgemeine Investitionsförderung des Landes finanziert werden können. Hier müssen entsprechende zusätzliche Finanzmittel für eine Anschubfinanzierung und die Förderung laufender Kosten kurz-, mittel- und langfristig bereitgestellt werden.

Dass das Thema in der Politik angekommen ist, zeigt beispielsweise die eingangs genannte Präventionskampagne „Sicher im Dienst“ des Landes Nordrhein-Westfalen als ein Baustein der NRW-Initiative für „Mehr Schutz und Sicherheit von Beschäftigten im öffentlichen Dienst“. Kernelement der Kampagne ist das bundesweit einmalige ressort- und bereichsübergreifende Präventionsnetzwerk #sicherimDienst zur Verbesserung der Gewaltprävention für den gesamten öffentlichen Dienst in Verbindung mit einem berufsgruppenübergreifenden Präventionsleitfaden. Die Kampagne erstellte auch für Kliniken erste Handlungsempfehlungen.

Auch die Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen im Januar 2023 im Anschluss an einen Antrag der SPD-Landtagsfraktion „Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen“ stellte einen Anfang dar. Im Zusammenhang mit diesem Antrag hat der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Landtag eine Entschließung verabschiedet, die unter anderem den Anstoß zu einem aktuell installierten Runden Tisch zum Thema „Gemeinsam gegen Gewalt und Diskriminierung unseres Gesundheitspersonals“ im NRW-Gesundheitsministerium gegeben hat.

Klar scheint, dass die Herausforderungen in diesem Bereich zunehmen: Die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unseren Krankenhäusern sollte es uns wert sein.

06 Öffentliche Aufklärung und politische Arbeit



7. Quellen und Literatur

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

Fragebogen zu Selbsteinschätzung „Gewalt und Aggression“. Hamburg, 2022. Verfügbar unter: https://www.bgw-online.de/resource/blob/9176/5677ac-d711a56a0b6dc0bd506b8f032e/BGW_Selbsteinschaetzung_GewaltAggression_BF.pdf (Abruf 19.02.2024).

Competenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen/CVcare, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf/UKE, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege/BGW, Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften/AGG (Autoren: A. Schablon, A. et al.).

Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten der Pflege- und Betreuungsbranche in Deutschland – ein Survey. Hamburg, 2018.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Gut vorbereitet für den Ernstfall! Mit traumatischen Ereignissen im Betrieb umgehen. DGUV Information 206-017. Berlin, 2015.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (DGUV). Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege: Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen (DGUV Information 207-025). Berlin, 2018. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/regelwerk/dguv-informationen/3429/praevention-von-gewalt-und-aggression-im-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege-eine-handlungshilfe> (Abruf 19.02.2024).

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Standards in der betrieblichen psychologischen Erstbetreuung (bpE) bei traumatischen Ereignissen. DGUV Information 206-023. Berlin, 2017.

Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). Krankenhaus Barometer_ Umfrage 2019. Düsseldorf, 2019.

Evangelisches Krankenhaus Mülheim/Ruhr. Konzept Gewaltprävention und-erkennung. Unveröffentlichte Druckversion vom 15.01.2024. Mülheim, 2024.

Evangelisches Krankenhaus Mülheim/Ruhr. Verfahrensanweisung Verhalten nach Gewaltereignis. Unveröffentlichte Druckversion vom 15.01.2024. Mülheim, 2024.

Evangelisches Krankenhaus Mülheim/Ruhr. Vorlage Gesprächsprotokoll Dokumentation Vorfall. Unveröffentlichte Druckversion vom 15.01.2024. Mülheim, 2024.

Josten, Sabine. Zwei Armlängen Distanz. In: CNE. magazin, Ausgabe 4/2019. S. 9ff. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, 2019.

Klinikum Braunschweig. Handlungsleitfaden – Prävention und Nachsorge – Patientenübergriffe am Klinikum Braunschweig. Unveröffentlichte Broschüre. Braunschweig, 2017.

Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW). Stellungnahme zum Antrag der SPD-Landtagsfraktion „Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen“ im Rahmen der Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen am 18.01.2023 (Drucksache 18/970). Düsseldorf, 2023.

Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen (Herausgeber). Mehr Schutz und Sicherheit von Beschäftigten im öffentlichen Dienst – Präventionsleitfaden. Düsseldorf, 2022.

Scherr, Judith. Umgang mit Zwangsmaßnahmen in Krankenhäusern, Psychatrien und Pflegeeinrichtungen: Juristische Handreichung für die Arbeit in psychiatrischen und somatischen Kliniken und Pflegeeinrichtungen nach SGB XI. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft. Düsseldorf, 2015.

Schieron, Martin. Gewaltprävention im Krankenhaus: Mitarbeiter vor Übergriffen schützen. In: das krankenhause. S. 679ff. Ausgabe 7/2015. Verlag W. Kohlhammer. Berlin/Stuttgart, 2015.

Sicher im Dienst. NRW-Initiative „Mehr Schutz und Sicherheit von Beschäftigten im öffentlichen Dienst“: Handlungssicherheit durch Gewaltschutztrainings. Verfügbar unter: <https://url.nrw/Gewaltschutztrainings> (Abruf: 02.05.2024). Münster, 2024.

Stadt Aachen. Sicherheitskonzept Gewaltprävention der Stadt Aachen. Aachen, 2018.

St. Rochus Hospital Telgte. Checkliste KEB nach Übergriff. Unveröffentlicht. Telgte, o. J.

St. Rochus Hospital Telgte. Institutionelles Schutzkonzept. Unveröffentlicht. Telgte, o. J.

St. Rochus Hospital Telgte. Konzept Deeskalationsmanagement. Unveröffentlicht. Telgte, o. J.

St. Rochus Hospital Telgte. Kurzkonzept „Kollegiale Erstbetreuung (KEB)“. Unveröffentlicht. Telgte, o. J.

St. Rochus Hospital Telgte. Nachsorge von aggressiven Übergriffen und Gewaltereignissen. Unveröffentlicht. Telgte, o. J.

St. Rochus Hospital Telgte. Schulungskonzept aus Implementierungskonzeption der akut geschützten Aufnahmestationen. Unveröffentlicht. Telgte, o. J.

Unfallkasse Nordrhein-Westfalen (UK NRW). Gewaltprävention – ein Thema für öffentliche Verwaltungen?! „Das Aachener Modell“: Reduzierung von Bedrohungen und Übergriffen an Arbeitsplätzen mit Publikumsverkehr. Düsseldorf, 2010.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Stellungnahme der Vorstandsbeauftragten für Migration, Integration und Anti-Rassismus im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags Nordrhein-Westfalen am 18.01.2022 zum Thema „Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen“ (Antrag der Fraktion SPD/Drucksache 18/970). Hamburg/Düsseldorf, 2023. Verfügbar unter: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST18-174.pdf> (Abruf: 21.02.2024)

Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin (ZfAM). Prävention von Aggressionen und Gewalt gegenüber Beschäftigten in der Notaufnahme – Forschungsergebnisse und Praxistipps. Hamburg, 2023.

8. Bildnachweise und Impressum

Titel: (Fotos von links oben nach rechts unten)

kues1- stock.adobe.com,
luismolinero- stock.adobe.com,
kues1- stock.adobe.com,
GENETTICA- stock.adobe.com,
Krakenimages.com- stock.adobe.com,
luismolinero- stock.adobe.com,
kues1- stock.adobe.com,
kues1- stock.adobe.com,
kues1- stock.adobe.com,
Jihan- stock.adobe.com,
Krakenimages.com- stock.adobe.com,
Krakenimages.com- stock.adobe.com;
Icon Hand: Shutterstock
S. 5: Shutterstock (Icon Buch),
fabio- stock.adobe.com
S. 8: Shutterstock (Icon Tafel)
S. 8/9: Gorodenkoff- stock.adobe.com
S. 10/11: Shutterstock (Icon Hand)
S. 12/13: Shutterstock (alle Icons)
S. 14: Shutterstock (Icon Blitz)
S. 14/15: Halfpoint- stock.adobe.com

S. 17: Shutterstock (Icon Schild),
fotograupner- stock.adobe.com
S. 18: Nicolette Wollentin- stock.adobe.com
S. 19: upixa- stock.adobe.com
S. 20: lightpoet- stock.adobe.com (oben),
David Pereiras- stock.adobe.com (unten)
S. 22: Shutterstock (Icon Organigramm)
S. 22/23: tunedin- stock.adobe.com
S. 25: Jacob Lund- stock.adobe.com
S. 28: Shutterstock (Icon Zahnrad)
S. 28/29: SG- design- stock.adobe.com
S. 29: Gorodenkoff- stock.adobe.com
S. 30: Summer Paradiwe- stock.adobe.com
S. 32: Robert Kneschke- stock.adobe.com
S. 34/35: WavebreakmediaMicro-
stock.adobe.com
S. 37: faustasyan- stock.adobe.com
S. 43: N Lawrenson/peopleimages.com-
stock.adobe.com
S. 46: Shutterstock (Icon Information)
S. 46/47: Funtap- stock.adobe.com

Herausgeber:

**Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.**

Geschäftsführer:

Matthias Blum

Anschrift:

Humboldtstraße 31
40237 Düsseldorf
+49 211 4 78 19 - 0
+49 211 4 78 19 - 99
info@kgnw.de
www.kgnw.de

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Internet:

Gestaltung:

Werbeagentur Ostermann GmbH
Felix-Wankel-Straße 20, 53881 Euskirchen
www.werbeagentur-ostermann.de

Druck:

BERK-DRUCK MEDIENPRODUKTION
Ein Unternehmen der BROERMANN
Druck + Medien GmbH
Oderstraße 5–7, 53879 Euskirchen
www.berk-druck.de

