Übergriffe auf Mitarbeitende in der Notaufnahme

Analyse von architektonischen Maßnahmen zur Prävention bzw. dem effizienten Umgang

Sarah Zimmermann

Gewaltvorfälle (körperliche oder verbale Übergriffe sowie Vandalismus) stellen ein Problem von wachsender Relevanz für Krankenhäuser dar. Notaufnahmen melden dabei die häufigsten Probleme hinsichtlich Vandalismus bzw. Übergriffen. Diese stellen für das hohen Stress ausgesetzte Krankenhauspersonal eine erhebliche zusätzliche Belastung dar. Daher setzen Krankenhäuser entsprechende Maßnahmen zum Umgang mit oder der Prävention von Übergriffen durch Patient:innen um. Dabei finden architektonische (bauliche und technische) Maßnahmen am häufigsten Anwendung.

Im Rahmen dieser Arbeit sollen die architektonischen Maßnahmen zur Prävention und zum Umgang mit Übergriffen hinsichtlich ihrer Umsetzung und Wirksamkeit analysiert und Handlungsempfehlungen gegeben werden. Dafür wurde eine Online-Umfrage von Klinikpersonal in Notaufnahmen durchgeführt.

Im Ergebnis zeigte sich, dass übergriffige Verhaltensweisen gegenüber Mitarbeitenden in der Notaufnahme zunehmen. Die Umsetzung architektonischer Maßnahmen kann einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Situation leisten. Ein umfassender kombinierter Einsatz architektonischer Maßnahmen findet allerdings noch nicht flächendeckend statt und es werden weitere (z. B. architektonische) Maßnahmen in Notaufnahmen erforderlich.

EINLEITUNG

Krankenhäuser zählen zu den kritischen Infrastrukturen. Diesbezüglich werden spezielle Anforderungen an den Funktionserhalt und die Notversorgung gestellt, so dass in außergewöhnlichen Notsituationen (Stromausfall, Krieg, Naturkatastrophen, Pandemie) die Funktion gewährleistet werden kann. [1] Neben diesen besonderen Gefahren existieren auch alltägliche Gefahrenlagen. Unter anderem stellen Gewaltvorfälle ein Problem für Krankenhäuser und insbesondere deren Notaufnahmen dar.

Während für andere sicherheitsrelevante Berufe ein besonderes Schutzbedürfnis durch Gesetzesinitiativen wie das „Gesetz zur Stärkung des Schutzes von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften" erfährt, gilt dies nicht für das Personal von Notaufnahmen oder anderer Krankenhausbereiche. [2]

Gewalt in der Notaufnahme

Über Vorfälle von Gewalt wurde erstmals in den 1990er Jahren aus Militärkrankenhäusern in den USA mit dem Fokus auf Kriegsveteranen mit Abhängigkeiten oder psychiatrischen Erkrankungen berichtet. [7] Seither belegen Studien im nationalen und internationalen Kontext, dass Gewalthandlungen zugenommen haben. [8] Es handelt sich damit nicht um einen standortspezifisches, sondern vielmehr um ein globales Problem bzw. Phänomen.

Im Krankenhausbarometer des deutschen Krankenhausinstituts wurde ein eigener Abschnitt zum Thema Übergriffe auf Mitarbeitende und ihre Prävention in den Krankenhäusern aufgeführt. [9] Im Rahmen dieser Analyse wurde herausgefunden, dass ca. 83 körperliche (z. B. Schlagen, Kratzen, Beißen, Anspucken) oder verbale Gewaltvorfälle pro Krankenhaus und Jahr verzeichnet wurden. Speziell für den Bereich der Notaufnahme besteht Handlungsbedarf, da dort im Vergleich die häufigsten Probleme hinsichtlich Vandalismus bzw. Übergriffen registriert werden. [3, 4]

Gründe für Gewalt in der Notaufnahme

Gründe für Gewalt liegen in der vorliegenden Sonder- bzw. Notfallsituation, in der sich die Patient:innen befinden (z. B. besonderer Zustand der Patient:innen bedingt durch Schmerzen oder Alkohol oder Erkrankungen wie Schizophrenie oder Demenz). [2, 4, 5] Ursachen sind auch im steigenden Patientenaufkommen zu sehen, da dieses ein höheres Stresslevel und Umorganisation des Personals bedingt und damit Konfliktsituationen begünstigt. [4, 10, 11, 12] Das steigende Patientenaufkommen in der Notaufnahme resultiert u. a. aus mangelnden Wissen über das Einsatzspektrum des Rettungswesens bzw. des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. [13, 14] Eine ausreichende Kenntnis der Bevölkerung über die drei parallelen, aber unabhängigen Sektoren des dt. Gesundheitssystems (Rettungsdienst, ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notaufnahmen) ist jedoch zwingend erforderlich, da die Patient:innen eigenständig einen Sektor auswählen. [13] Werden die Sektoren Rettungsdienst und ärztlicher Bereitschaftsdienst vermindert in Anspruch genommen, so konzentrieren sich die Patient:innen auf der Notaufnahme und es kommt hier zur Überlastung. [15]

Ein weiterer Grund, welcher Konfliktsituationen in der Notaufnahme begünstigt, liegt in der Schnittstellenfunktion der Notaufnahme zwischen präklinischer Phase (Rettungsdienst, Notarzteinsatz) und klinischer Phase (Krankenhaus). Nachdem in der präklinischen Phase oft (auch aufgrund äußerer Umstände) maximal therapiert wurde, erfolgen dann in der Notaufnahme zum Teil Revisionen von Therapieansätzen auf Basis neuer Erkenntnisse. Solche Therapieentzüge sind den Patient:innen und ggf. Angehörigen mitunter schwer vermittelbar und können Konflikte erzeugen. [16, 17] Auch die unzureichende Verzahnung der inner- und außerklinischen Notfallversorgung bedingen Verzögerungen in der Weiterversorgung der Patient:-innen [18] und können Ursache für Gewalthandlungen der Patient:innen bzw. der Angehörigen infolge von Unverständnis für die Situation sein.

Zudem bergen die komplexen Behandlungsprozesse mit vielen beteiligten Personen und der Stress des Personals ein erhöhtes Risiko für Fehler

bzw. Fehleinschätzungen (z. B. übersehene/vergessene Patient:innen im Warteraum, Kommunikationsdefizite) in Notaufnahmen. [2, 5]

Weiterhin verschärft die anhaltende pandemische Lage die Situation in den Krankenhäusern. Dies bedeutet unter anderem für die Krankenhäuser eine Sondersituation, in welcher die Leistungsfähigkeit durch den höheren Arbeitsaufwand und die Infektionsgefahr gefordert ist. Daraus resultierende längere Wartezeiten forcieren körperliche und verbale Gewaltvorfälle. [4]

Auswirkungen von Gewalt

Gewalt in Notaufnahmen führt zu einer Gefährdung des Personals, sowie einer Störung der organisatorischen Abläufe des Krankenhauses, da Personalressourcen temporär in der Deeskalation gebunden sind und somit der Patientenversorgung in dieser Zeit nicht zur Verfügung stehen. [19] Weiterhin stellen Übergriffe für das Krankenhauspersonal eine zusätzliche Belastung dar. Dies gewinnt vor dem Hintergrund der Auswirkungen der Tätigkeit des medizinischen Krankenhauspersonals auf das Wohl der Patient:innen an Durchschlagskraft. Längerfristig können aus der Belastung von Übergriffen zunehmende Arbeitsausfälle und gesundheitliche Beeinträchtigungen des Personals resultieren, welche sich auf die Qualität der gesundheitlichen Versorgung im Krankenhaus auswirken. [3, 19]

Umgang mit Gewalt in Notaufnahmen

Es existieren Studien im nationalen wie internationalen Kontext zum Thema der Übergriffe in Krankenhäusern. Dabei wurden sowohl körperliche als auch verbale Übergriffe auf Patient:innen und Klinikpersonal, so wie Vandalismus untersucht. Schwerpunkte der Studien liegen neben der Analyse der Fallzahlen von Übergriffen in der Darstellung der Ursachen und der Ableitung organisatorischer Handlungsempfehlungen. [4, 20] Ebenfalls existieren Studien zum Einsatz von Medikamenten im Zusammenhang mit übergriffigen Patient:innen. [21] Obwohl bauliche und technische Maßnahmen gemäß Blum et al. [9] zu den gängigsten Maßnahmen zum Umgang mit Patientenübergriffen sowie deren Prävention zählen, existieren kaum Studien zur Wirksamkeit dieser architektonischen Maßnahmen. In Sunder et al. [22] werden konkrete bauliche Planungsempfehlungen für eine zentrale Notaufnahme gegeben, allerdings ausschließlich unter dem Gesichtspunkt baulicher Hygiene. Studien zur Wirkung von Metalldetektoren und Sicherheitspersonal bei Übergriffen in Notaufnahmen existieren schwerpunktmäßig im angloamerikanischen Raum und zeigen zum Teil konträre Ergebnisse. [19] Eine umfassende Evaluation der Wirksamkeit von architektonischen Maßnahmen im Kontext der Gewaltprävention in Notaufnahmen steht national und international noch aus. [3]

Fragestellung

Im Rahmen dieser Arbeit sollen die Übergriffe von Patient:innen auf Mitarbeitende in Notaufnahmen und die Maßnahmen untersucht werden. Es wird analysiert, welche Erfahrungen die Mitarbeitenden bzgl. Übergriffen von Patient:innen gemacht haben und welche Probleme (z. B. fehlende Kompetenz der Mitarbeitenden im Umgang, unzureichende Maßnahmen) bestehen. Ebenfalls wird die wahrgenommene Wirksamkeit der architektonischen Maßnahmen erhoben.
Es werden Handlungsempfehlungen zur Gestaltung von Notaufnahmen gegeben, um Übergriffen vorzubeugen bzw. besser mit diesen umgehen zu können.

METHODIK

Mittels strukturierter Fragebögen im Rahmen einer Online-Umfrage wurden Mitarbeitende von Notaufnahmen in Deutschland befragt. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet und im Anschluss zusammengefasst und thesenartige Handlungsempfehlungen für die Umsetzung von architektonischen Maßnahmen zur Prävention bzw. dem Umgang mit Übergriffen abgeleitet.

Die anonyme Online-Umfrage wurde im Zeitraum vom 12. bis 31. Dezember 2021 durchgeführt. Die

Umfrage wurde per Mail an zentrale Kontaktpersonen der Krankenhäuser in Deutschland mit der Bitte um Weiterleitung an die Mitarbeitenden der Notaufnahmen verschickt.

Aufbau des Fragebogens

Die Erhebung wurde dreiteilig konzipiert. Umfrageteil A erhebt allgemeine Fragestellungen zur Person sowie dem zugehörigen Krankenhaus. Dieser Teil war erforderlich, um mittels Kontrollfragen sicherzustellen, dass ausschließlich Antworten von Mitarbeitenden in Notaufnahmen berücksichtigt werden. Teil B erhebt die Wahrnehmung von Übergriffen aus Sicht der Person und Teil C die Wahrnehmung der Wirksamkeit von architektonischen Maßnahmen bei Übergriffen.

Hypothesen

Hypothesen, welche mit der Auswertung des Fragebogens geprüft werden sollen, sind:

1. Die pandemische Lage begünstigt übergriffiges Verhalten von Personen gegen Krankenhauspersonal.
2. Übergriffe auf Mitarbeitende in Notaufnahmen stellen eine große Belastung für das Krankenhauspersonal dar.
3. Es besteht Handlungsbedarf, damit die Mitarbeitende in Notaufnahmen besser mit Übergriffen umgehen können.
4. Architektonische Maßnahmen gewinnen an Bedeutung zur Prävention und dem Umgang mit Übergriffen.

ERGEBNISSE

Als Rücklauf der Umfrage gingen 39 valide Antwortdatensätze ein, davon 13 vollständige. Der geringe Anteil an vollständigen Antwortsätzen lässt sich mit den spezifischen Fragestellungen des Umfrageteils C erklären, da sich das Klinikpersonal in Notaufnahmen rudimentär mit architektonischen Fragestellungen auseinandersetzt. Deshalb haben die meisten diesen Teil nicht beantwortet. Für die deskriptive Analyse und Auswertung der Daten sind die Rückläufe dennoch als ausreichend einzustufen.

Datenbasis

In die Auswertung einbezogen wurden diejenigen Antwortdatensätze, welche Fragen über die allgemeinen Fragen hinaus beantwortet haben und die Frage nach der Tätigkeit in der Notaufnahme bejaht haben. Daraus ergibt sich eine Anzahl von 22 Datensätzen, die im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet wurden. Diese Anzahl verringert sich je nach Frage speziell im Teil C der Umfrage auf die 13 vollständigen.

Umfrageteil A

Die Teilnehmenden waren mehrheitlich (ca. 67 %) weiblich. Ca. 33 % gehörten dem männlichen Geschlecht an.

Die Auswertung der Krankenhausstandorte ergab, dass die Teilnehmenden schwerpunktmäßig (ca. 77 %) in Krankenhäusern in Berlin (n=8) und Sachsen (n=9) arbeiten. Ebenfalls vertreten waren die Bundesländer Nordrhein-Westfalen (n=3), sowie Mecklenburg-Vorpommern (n=1) und Brandenburg (n=1).

Hinsichtlich der Art des Krankenhauses waren sowohl Schwerpunkt-, Regel-, als auch Maximalversorger vertreten. Die meisten Teilnehmenden (50 %) sind in einem Krankenhaus der Maximalversorgung beschäftigt, Schwerpunkt- und Regelversorgung sind annähernd gleichvertreten und eine Person ist im Rettungsdienst tätig. Bei der Art der Notaufnahme, in welcher die Teilnehmenden tätig sind, dominieren die zentralen Notraufnahmen (über 90 %). Aus den interdisziplinären und unfallchirurgischen Notaufnahmen war jeweils nur eine teilnehmende Person vertreten.

Umfrageteil B

Im Folgenden werden die Fragen zum Teil B der Umfrage ausgewertet. Abb. 1 stellt die Wahrnehmung der Häufigkeit übergriffiger Handlungen in den letzten 3 Monaten gegliedert nach der Art des Übergriffs dar. Es wird ersichtlich, dass verbale

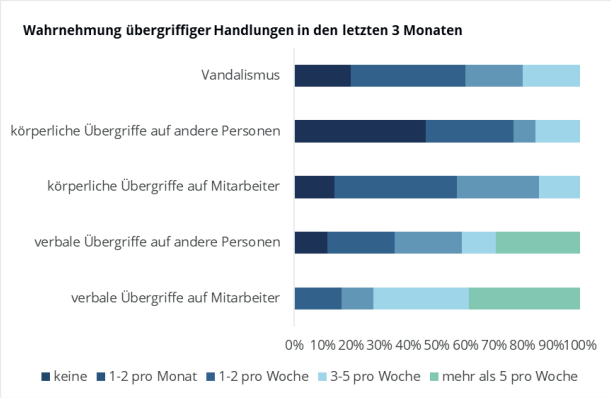

Abb. 1: Wahrnehmung von Übergriffen in den letzten 3 Monaten

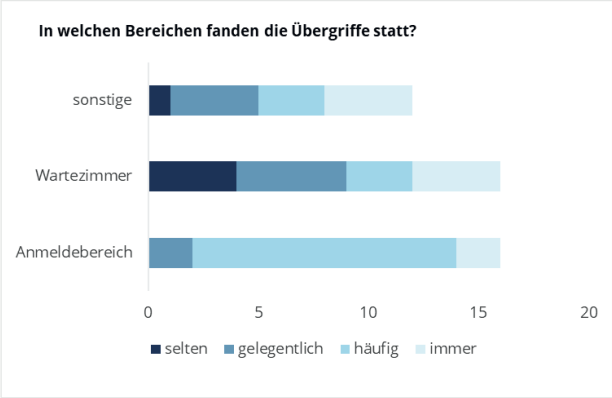

Abb. 2: Auftreten von Übergriffen in den letzten 3 Monaten nach Bereich

Übergriffe auf Mitarbeitende der Notaufnahme oder andere Personen am häufigsten wahrgenommen werden. Die verbalen Übergriffe auf Mitarbeitende wurden dabei von 83 % der Personen mindestens einmal wöchentlich und von 39 % sogar mindestens einmal täglich wahrgenommen. Verbale Übergriffe auf andere Personen wurden von 65 % der Personen mindestens einmal wöchentlich und von 29 % sogar mindestens einmal täglich wahrgenommen. Körperliche Übergriffe und Vandalismus wurden von allen Beteiligten höchstens einmal täglich wahrgenommen. Dennoch wurden körperliche Übergriffe auf Mitarbeitende von 43 % mindestens einmal wöchentlich wahrgenommen und waren damit häufiger vertreten als Vandalismus (von 40 % mind. einmal wöchentlich wahrgenommen) und körperliche Übergriffe auf andere Personen (von 23 % mind. einmal wöchentlich wahrgenommen).

Ergänzend dazu wurde erhoben, wie häufig die Personen selbst mit den Übergriffen konfrontiert waren. Im Durchschnitt waren die Teilnehmenden in den letzten 3 Monaten ca. 23-mal mit verbalen und ca. 4-mal mit körperlichen Übergriffen konfrontiert.

Zur weiteren Konkretisierung wurde erhoben, in welchen Bereichen die Übergriffe stattfanden. Abb. 2 zeigt, dass insbesondere im Anmeldebereich (88 %) häufig oder immer Übergriffe stattfanden. Im Wartezimmer ist die Häufigkeitstendenz ausgewogener. 56 % der Teilnehmenden gaben hier an, dass Übergriffe selten oder gelegentlich vorkommen. Ebenfalls gaben einige an, dass die Übergriffe in anderen Bereichen stattfanden. Diese wurden nicht näher benannt.

Ebenfalls wurden die Ursachen für Übergriffe aus Sicht der Teilnehmenden erhoben. Abb. 3 stellt die Erkenntnisse anschaulich dar.

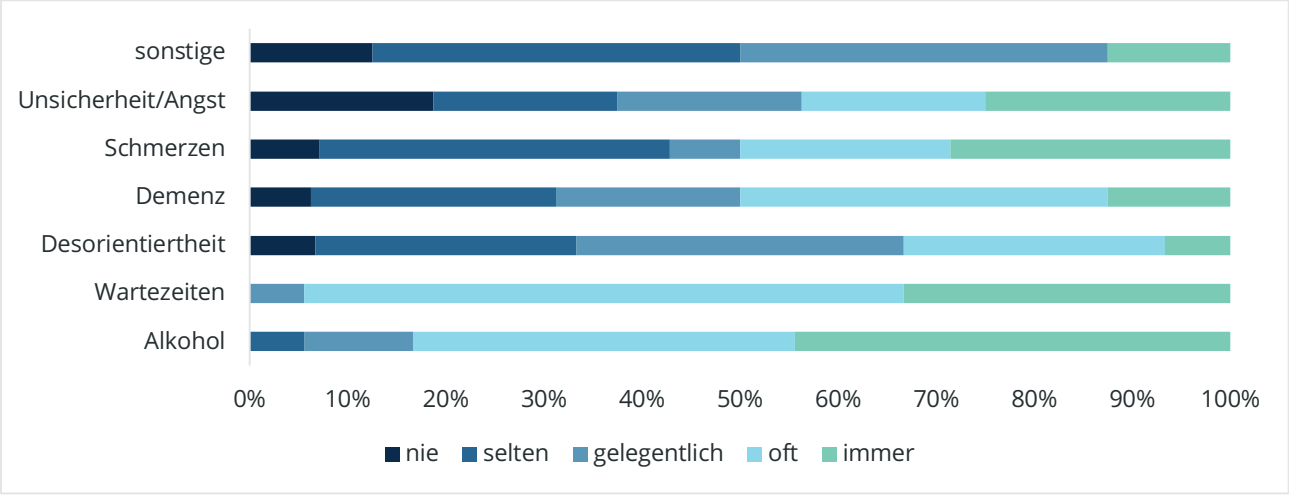

Abb. 3: Ursachen für Übergriffe in der Notaufnahme

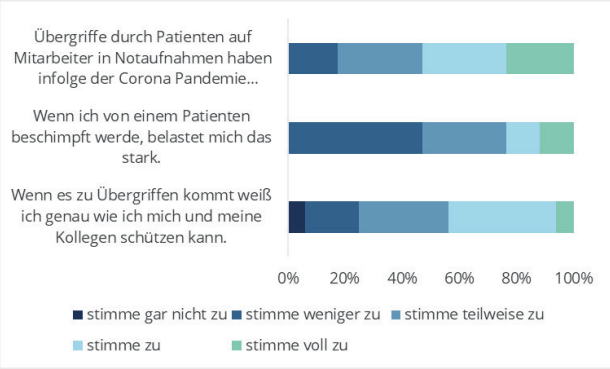

Abb. 4: Einschätzung der Entwicklung, Belastung und Umgang mit Übergriffen

Daraus wird ersichtlich, dass insbesondere Alkohol und Wartezeiten als Ursachen dominieren. Wartezeiten wurden von 94 % der Teilnehmenden oft oder immer als Ursache für die Übergriffe ange-geben. Alkohol gaben 83 % als Ursache an. Danach folgen Demenz und Schmerzen, welche in der Hälfte der Fälle oft als ursächlich für den Übergriff angesehen wurden. Desorientiertheit und Unsicherheit bzw. Angst wurden im Gesamtbild eher gelegentlich als Ursache für Übergriffe gesehen, womit auch diese beiden Faktoren nicht zu vernachlässigen sind. Es existieren weitere Gründe, welche nicht explizit benannt wurden.

Abschließend wurden die Einschätzungen der Personen abgefragt. Abb. 4 visualisiert die Antworten. Daraus ergibt sich, dass die Mehrheit (53 %) der Teilnehmenden der These: „Übergriffe durch Patient:innen auf Mitarbeitende in Notaufnahmen haben infolge der Corona Pandemie zugenommen“, zustimmt bzw. voll zustimmt und nur knapp 18 % dieser These weniger zustimmen.

Eine starke Belastung infolge von Beschimpfungen seitens der Patient:innen wurde nicht bestätigt. 47 % der Teilnehmenden stimmten dieser These weniger zu und nur knapp 24 % stimmten der These zu oder voll zu, während die Übrigen eine neutrale Meinung einnahm.

Bezüglich des Umgangs mit Übergriffen zeichnete sich ein leicht positives Bild ab. 44 % stimmten der These: „Wenn es zu Übergriffen kommt, weiß ich genau wie ich mich und meine Kollegen schützen kann“, zu oder voll zu, während ca. 25 % weniger oder gar nicht zustimmten.

Umfrageteil C

Zuerst wurde in diesem Teil die Wahrnehmung der Wirkung von architektonischen Maßnahmen abgefragt (siehe Abb. 5).

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass die Mehrzahl der architektonischen Maßnahmen eher präventiv wirkend wahrgenommen wird. Dabei gab es keine Maßnahme, welche ein eindeutiges Ergebnis der Wahrnehmung erzielte. Maßnahmen die mehrheitlich dem effizienten Umgang mit Übergriffen zugeschrieben wurden, waren der Alarmknopf sowie der abschließbare Rückzugsraum für das Personal. Der Raum für den Sicherheitsdienst wurde zu gleichen Teilen als präventiv und effizient im Umgang wahrgenommen. Die meisten präventiven Wahrnehmungen erzielten gut einsehbare Räume (91 %) und Sicherheitsglas für Fenster und Türen an der Anmeldung (85 %). Die restlichen Maßnahmen wurden mit 73-75 % ebenfalls überwiegend präventiv wirkend angesehen.

Weiterhin wurde erhoben, welche architektonischen Maßnahmen in den Notaufnahmen, in welchen die Teilnehmenden tätig sind, umgesetzt sind. In Abb. 6 wird ersichtlich, dass der Mittelwert des Einsatzes der architektonischen Maßnahmen über alle Maßnahmen 28 % beträgt. Am meisten wurden ein durchgehend gut ausgeleuchteter Eingangsbereich (54 %) sowie ein Alarmknopf (46 %) eingesetzt.

Am wenigsten kamen der abschließbare Rückzugsraum für das Personal (8 %) sowie der Raum für den Sicherheitsdienst (15 %) zum Einsatz.

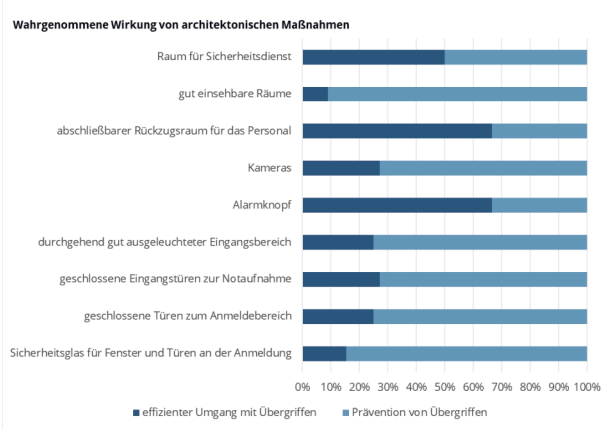

Abb. 5: Wahrgenommene Wirkung von architektonischen Maßnahmen

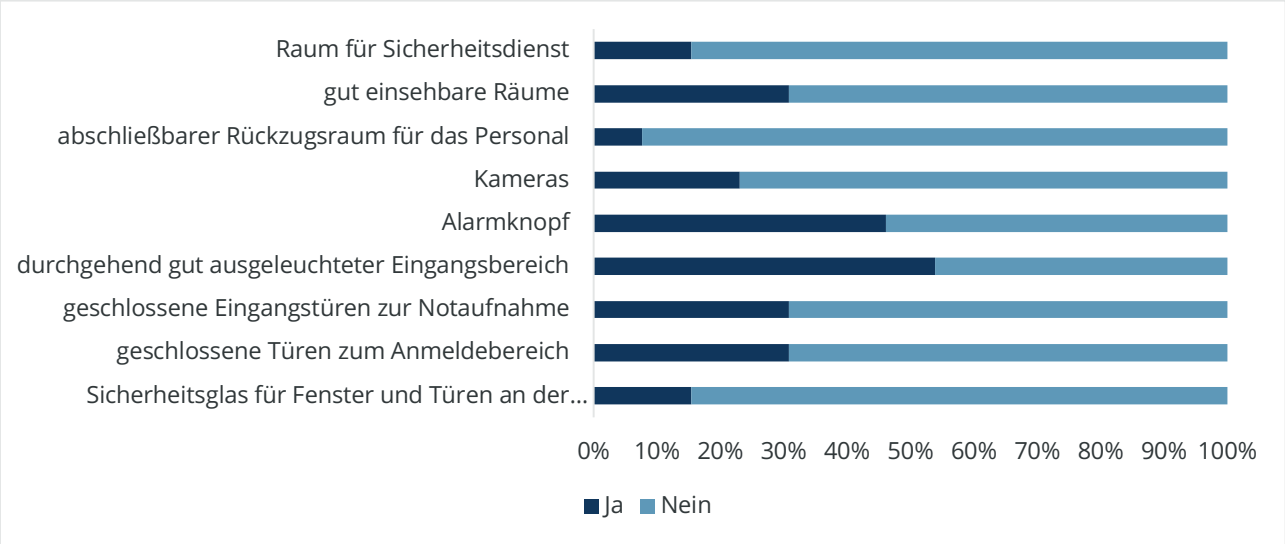

Abb. 6: Einsatz architektonischer Maßnahmen zur Prävention bzw. dem effizienten Umgang mit Übergriffen in der Notaufnahme

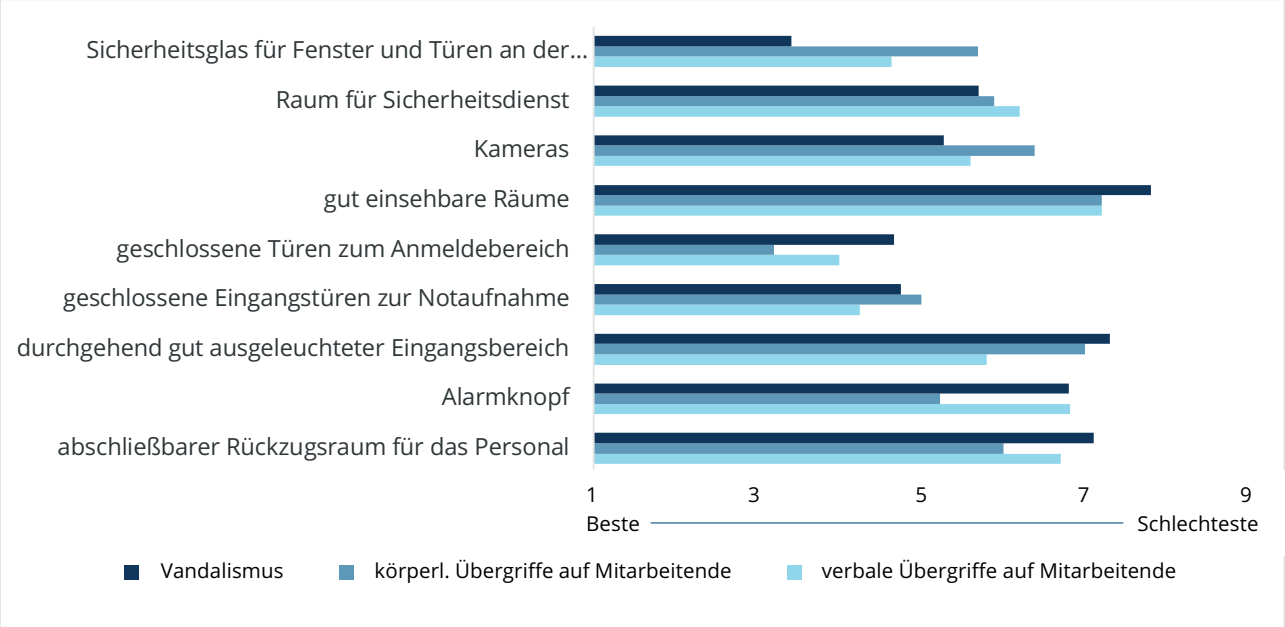

Abb. 7: Wahrgenommene Wirksamkeit architektonischer Maßnahmen

Zuletzt wurde auch die Wirksamkeit architektonischer Maßnahmen bei bestimmten gewalttätigen Handlungen erhoben. Abb. 7 stellt die Ergebnisse der Bewertung dar, wobei 1 die höchste wahrgenommene Wirksamkeit und 9 die niedrigste darstellt.

Aus der Auswertung geht hervor, dass geschlossenen Türen zum Anmeldebereich im Mittel über alle drei bewerteten Gewaltvorfälle die höchste Wirksamkeit (2,96) zugesprochen wurde. Ebenfalls eine hohe wahrgenommene Wirksamkeit im Mittel aller Gewaltvorfälle hinweg weisen Sicherheitsglas (3,58) und geschlossene Eingangstüren zur Notaufnahme (3,67) auf. Maßnahmen mit geringen wahrgenommenen Wirksamkeiten sind der abschließbare Rückzugsraum für das Personal (5,6) und ein durchgehend gut ausgeleuchteter Eingangs-bereich (5,7). Die durchweg geringste Wirksamkeit wird bei gut einsehbaren Räumen (6,4) gesehen. Bestimmte Maßnahmen werden über alle Gewaltvorfälle hinweg als ähnlich wirksam wahrgenommen (z. B. gut einsehbare Räume, Raum für den Sicherheits-

dienst), während andere Maßnahmen größere Unterschiede hinsichtlich der wahrgenommenen Wirksamkeit aufweisen (z. B. Sicherheitsglas).

Ebenfalls wurde der Zusammenhang von Einsatz und wahrgenommener Wirksamkeit architektonischer Maßnahmen untersucht. Abb. 8 stellt diesen grafisch dar.

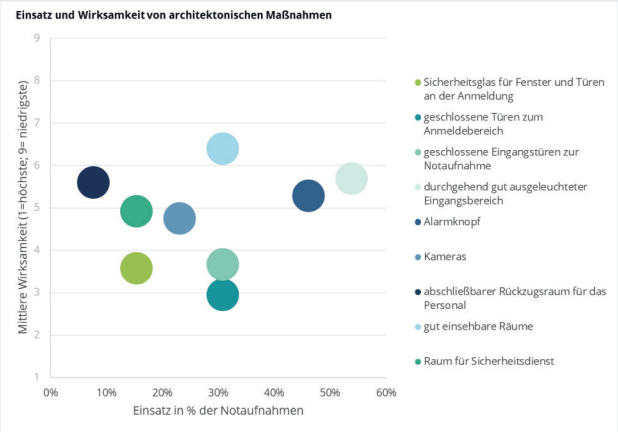

Abb. 8: Zusammenhang Einsatz und wahrgenommene Wirksamkeit architektonischer Maßnahmen

Aus der Darstellung wird ersichtlich, dass die beiden mit Abstand am häufigsten eingesetzten Maßnahmen eine im Gesamtfeld eher geringe wahrgenommene Wirksamkeit aufweisen. Die übrigen Punkte streuen stark. Ein Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Wirksamkeit und dem Maßnahmeneinsatz ist nicht ersichtlich.

DISKUSSION

Es wurde festgestellt, dass übergriffige Handlungen in der Notaufnahme regelmäßig wahrgenommen werden. Insbesondere verbale Übergriffe auf Mitarbeitende werden von mehr als jedem Dritten mindestens täglich wahrgenommen und gehören damit zum Berufsalltag. Auch andere Studien belegen, dass über 75 % der Personen in Notaufnahmen in den letzten 12 Monaten Opfer gewalttätiger Handlungen wurden. [8] Zudem erscheinen die Übergriffe körperlicher und verbaler Natur mehrheitlich gegen die Mitarbeitenden gerichtet zu sein und weniger gegen andere Personen. Auch dies wird durch eine andere Studie bestätigt, wo die Befragten selbst in 69 % der Fälle das Ziel waren, vor anderen Personen (54 %). [8]

Zudem bestätigt sich anhand dieser Umfrage, dass die wahrgenommenen Übergriffe in verbaler Form gegenüber den körperlichen überwiegen. Dieses Ergebnis wird ebenfalls von anderen Studien bestätigt. [3] Dies ist nicht verwunderlich, denn es kann davon ausgegangen werden, dass ein körperlicher Übergriff in der Regel aus der Eskalation eines verbalen Konfliktes resultiert. Das heißt, dass oft zuerst ein verbaler Übergriff und anschließend nach gescheiterter Deeskalation zusätzlich ein körperlicher Übergriff vorliegt. Die Anzahl von Übergriffen hängt jedoch stark von den individuellen Umständen in den Krankhäusern (z. B. Personalsituation, Patientenzusammensetzung) ab.

Es wurde gezeigt, dass die architektonische Gestaltung des Anmeldebereiches hinsichtlich der Prävention bzw. der Möglichkeiten zum effektiven Umgang mit Übergriffen im Fokus stehen sollte, da dieser für Übergriffe prädestiniert scheint. Auch das Wartezimmer spielt diesbezüglich eine relevante Rolle. Ergänzend sollten weitere Räume genauer hinsichtlich des Auftretens von Übergriffen untersucht werden, um ggf. zusätzliche Maßnahmen umzusetzen.

Von den Teilnehmenden wurden Alkohol und Wartezeiten überwiegend als ursächlich für Übergriffe gesehen. In anderen Studien werden diese Ursachen bestätigt und um Drogenkonsum sowie psychiatrische Erkrankungen ergänzt [3, 19] Auch Schmerzen, Demenz, Desorientiertheit, Unsicherheit und Angst sind relevante Ursachen für Übergriffe. In vielen Fällen ist von kombinierten Ursachen auszugehen.

Zudem wurde festgestellt das architektonische Maßnahmen meist eher einen präventiven Charakter bei Übergriffen aufweisen. Auch in einer anderen Studie werden u. a. Überwachungskameras, Metalldetektoren und Panzerglas Maßnahmen zur präventiven Gewaltrisikoreduktion gesehen. [3]

Gründe dafür können in der alleinigen Wahrnehmung der architektonischen Maßnahme vermutet werden. So können z. B. sichtbare Überwachungskameras bereits eine abschreckende und damit disziplinierende Wirkung haben, allein dadurch das

sich die Personen überwacht fühlen und bei Regelverstößen ggf. Negativkonsequenzen fürchten. Analog kann auch die ausgeglichene Wirkung des Raumes für den Sicherheitsdienst erklärt werden. Obwohl der Sicherheitsdienst selbst unstrittig dem effizienten Übergang mit Übergriffen dient, wird der Raum des Sicherheitsdienstes auch präventiv wahrgenommen, da potenzielle Täter eine Negativkonsequenz ihres Handelns fürchten und deshalb abgeschreckt werden. Ebenfalls kann durch gut einsehbare Räume und einen gut ausgeleuchteten Eingangsbereich eine bessere Übersicht geschaffen werden, so dass sich Personen eher beobachtet fühlen und von Gesetzwidrigkeiten absehen. Beim Umgang mit Übergriffen ist diese Übersicht ebenfalls vorteilhaft. Zudem kann durch diese Maßnahmen zusätzlich die Raumatmosphäre positiv beeinflusst werden, was Übergriffen ebenfalls präventiv entgegenwirken kann, da sich die Personen wohler fühlen. Geschlossene Türen zur Notaufnahme sowie zum Anmeldebereich wirken aus Sicht der Teilnehmenden ebenfalls primär präventiv, da so eine bewusste Steuerung von Personenströmen erfolgt und keinen unbefugten Zutritt in angrenzende Bereiche haben. Insgesamt kann festgestellt werden, dass alle durch die Personen gut visuell wahrnehmbaren architektonischen Maßnahmen eine überwiegend präventive Wirkung entfalten. Ein Alarmknopf sowie ein Rückzugsraum für das Personal ist i. d. R. für Personen im Anmelde- und Wartebereich nicht einsehbar, so dass diese Maßnahmen eher dem effizienten Umgang mit Übergriffen zugeschrieben wurden.

Als Empfehlung für die Umsetzung architektonischer Maßnahmen kann damit abgeleitet werden, dass die Maßnahmen in den Bereichen, in welchen primär Übergriffe auftreten, visuell wahrnehmbar gestaltet werden sollten. Damit könnte unabhängig der Maßnahme selbst bereits ein positiver präventiver Effekt erzielt werden.

Ebenfalls lässt sich aus diesen Ergebnissen ableiten, dass noch ein Bedarf für die Umsetzung weiterer architektonischer Maßnahmen besteht (nur 28 % der architektonischen Maßnahmen wurden im Mittel umgesetzt). Auffällig ist, dass speziell die Maßnahmen, welche mit größeren baulichen Veränderungen einhergehen (zusätzliche Räume für Sicherheitsdienst oder als Rückzugsraum) am wenigsten umgesetzt wurden. Bauliche und oder finanzielle Restriktionen hemmen möglicherweise die Umsetzung solcher Maßnahmen.

Prüfung der Hypothesen

1. *Die pandemische Lage begünstigt übergriffiges Verhalten von Personen gegen Krankenhauspersonal.*

Es wurde gezeigt, dass 53 % der These: „Übergriffe durch Patient:innen auf Mitarbeitende in Notaufnahmen haben infolge der Corona Pandemie zugenommen“, zustimmen bzw. voll zustimmen und nur knapp 18 % dieser These weniger zustimmen, während keiner gar nicht zustimmt. Die Hypothese kann diesbezüglich als bestätigt angesehen werden.

2. *Übergriffe auf Mitarbeitende in Notaufnahmen stellen eine große Belastung für das Krankenhauspersonal dar.*

Es wurde gezeigt, dass verbale Übergriffe in der Regel keine starke Belastung für die Mitarbeitenden darstellen. Auch in Darius et al. [23] sieht sich die Mehrheit der Notärzte nicht oder kaum durch verbale Übergriffe belastet. Ebenfalls wurde gezeigt, dass körperliche Übergriffe gegenüber verbalen Übergriffen seltener auftreten. Eine Einschätzung der Belastung des Krankenhauspersonals durch körperliche Übergriffe kann daraus nicht abgeleitet werden, so dass keine gesicherte Beantwortung der Hypothese auf Basis dieser Umfrage möglich ist. Andere Studien belegen ebenfalls die Belastung von Übergriffen auf das Personal. [3, 8, 19, 23]

3. *Es besteht Handlungsbedarf, damit die Mitarbeitenden in Notaufnahmen besser mit Übergriffen umgehen können.*

44 % der Teilnehmenden stimmten der These: „Wenn es zu Übergriffen kommt, weiß ich genau

wie ich mich und meine Kollegen schützen kann", zu oder voll zu während ca. 25 % weniger oder gar nicht zustimmten. Damit wurde gezeigt, dass die Mehrheit sich als kompetent bzgl. des Umganges mit Übergriffen einschätzt. Wenngleich damit eine positive Tendenz bestätigt wurde, so ergibt sich unter der Prämisse, dass alle Mitarbeitenden gut mit Übergriffen umgehen können sollten, noch ein Anteil von 25 %, für welchen Handlungsbedarf besteht. Andere Studien zeigen ein negativeres Bild. In Schablon et al. [8] fühlten sich sogar 63,8 % durch ihre Einrichtung auf solche Übergriffe nicht gut vorbereitet. Auch die Analyse in Wrede (2018) sieht einen Großteil der Mitarbeitenden in Notaufnahmen nicht gut auf Gewalt vorbereitet. [24] In Lindner et al. [11] fühlten sich sogar 71,3 % der Befragten nicht ausreichend auf eskalierende Situationen vorbereitet. Im Rahmen einer erweiterten Umfrage sollte festgestellt werden, ob sich die gegenüber anderen Studien positive Tendenz aus dieser Umfrage bestätigt und welche Ursachen (z. B. Durchführung von Deeskalationstrainings [25]) dafür gefunden werden können.

4. *Architektonische Maßnahmen gewinnen an Bedeutung zur Prävention und dem Umgang mit Übergriffen*

Es wurde gezeigt, dass architektonische Maßnahmen wirksam zur Prävention und dem Umgang mit Übergriffen sein können, wobei die konkrete wahrgenommene Wirksamkeit einer Maßnahme von der Art des Übergriffs und dem Bereich abhängt. In Frick et al. [19] wurden bauliche Maßnahmen (n=27 von 66) als sinnvoll zur Verbesserung der Sicherheit in Notaufnahmen angesehen.

Ebenfalls wurde gezeigt, dass im Mittel nur 28 % der Maßnahmen umgesetzt wurden. Gemäß einer Mitgliederbefragung der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin waren bauliche und strukturelle Maßnahmen ebenfalls in nur wenigen Kliniken vorhanden. [24] Dem entgegen zeigt DKI (Hrsg.) (2019), dass bauliche und technische Maßnahmen mit fast 75 % die häufigste Maßnahme darstellen. Die sehr unterschiedlichen Ergebnisse der Studien lassen sich mit der Art der statistischen Auswertung erklären. So wird auch in dieser Umfrage in allen teilnehmenden Krankenhäusern mindestens eine architektonische Maßnahme in der Notaufnahme umgesetzt. Gemäß der Studie von Frick et al. [19] verfügten 33,9 % aller Einrichtungen über ein hausinternes Alarmsignal zur Information des Sicherheitsdienstes. Bauliche Einrichtungen wie z. B. ein Panic Room standen in 10,2 % aller Einrichtungen zur Verfügung. Ein Bedarf zur Umsetzung weiterer Maßnahmen kann also vermutet werden. Die Hypothese kann nicht direkt bestätigt werden. Aus den vorliegenden Ergebnissen kann jedoch geschlossen werden, dass im Kontext zunehmender Übergriffe bei aktuell geringem Umsetzungsgrad architektonischer Maßnahmen auch Maßnahmen dieses Bereiches verstärkt in den Fokus rücken und deren Bedeutung damit steigt.

Handlungsempfehlungen

Fokus auf architektonische Gestaltung des Anmeldebereiches

Architektonische Maßnahmen in den Bereichen, in welchen primäre Übergriffe auftreten, visuell wahrnehmbar gestalten, um eine präventive Wirkung zu erzielen

Geschlossenen Türen zum Anmeldebereich, geschlossene Eingangstüren und Sicherheitsglas werden als wirksamste Maßnahmen wahrgenommen

Kombination von architektonischen Maßnahmen vorsehen, um für alle Arten von Gewaltvorfällen gut vorbereitet zu sein.

Kurzfristige Umsetzung von fehlenden architektonischen Maßnahmen mit geringen Eingriffen in die Bausubstanz (z.B. Alarmknopf, gute Ausleuchtung)

Umsetzung von fehlenden architektonischen Maßnahmen mit größeren baulichen Eingriffen (z.B. neue Räume für Sicherheitsdienst oder Rückzugsräume für das Personal) im Rahmen von Umbaumaßnahmen.

Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter im effizienten Umgang mit Übergriffen bzw. Deeskalationstrainings, um die Gesamtwirkung der Maßnahmen zu erhöhen.

FAZIT

Es wurde gezeigt, dass Übergriffe in Notaufnahmen weiterhin ein relevantes Thema darstellen, welches durch die Pandemie noch an Schwung gewonnen hat. Wenngleich Mitarbeitende ihre Belastung durch verbale Übergriffe als gering ansehen, gehen insbesondere mit körperlichen Übergriffen unmittelbare und längerfristige negative Einflüsse auf die Mitarbeitenden und die Behandlungsqualität der Notaufnahme einher.

Darüber hinaus wurde gezeigt, dass die verschiedenen architektonischen Maßnahmen als unterschiedlich wirksam empfunden werden und dies auch zum Teil von der Art des Übergriffs abhängt. Die bisher noch nicht umfassend genutzten architektonischen Maßnahmen müssen diesbezüglich konsequenter und zielgerichteter umgesetzt werden, um Übergriffen präventiv entgegenzuwirken und Mitarbeitende beim effizienten Umgang im Falle von Übergriffen zu unterstützen. Speziell die optische Wahrnehmbarkeit der Maßnahmen spielt dabei für deren Wirksamkeit eine wichtige Rolle.

Wesentliche Punkte konnten in Übereinstimmung mit existenten Studien gezeigt werden. Speziell die gegenüber anderen Studien höhere Sicherheit der Mitarbeitenden im Umgang mit Übergriffen in der Notaufnahme sollte im Rahmen einer flächendeckenden Umfrage validiert werden.

Das Thema der architektonischen Maßnahmen bei Übergriffen in Notaufnahmen sollte weiterverfolgt werden, da noch Forschungsbedarf besteht. Für ein umfassendes Bild ist eine flächendeckende Befragung erforderlich, welche neben dem Personal auch die Arbeitssicherheitsbeauftragten einbezieht. Zudem sollten aus einer Patientenbefragung wertvolle Erkenntnisse für deren Wahrnehmung der architektonischen Maßnahmen gewonnen werden. Ebenfalls sollten zukünftige Umfragen auch weitere Maßnahmen (z. B. Metalldetektoren) analysieren.

QUELLENVERZEICHNIS

[1] Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, „Definition von Schutzzielen für Kritische Infrastrukturen: Forschungsstand, rechtlicher Rahmen und politische Entscheidungsfindung“, Bonn, Forschung im Bevölkerungsschutz.

[2] T. Lindner, G. Weissenberger, L. Hottenbacher und M. Möckel, „Ursachen und Auswirkungen von Gewalt in der Notfallmedizin“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 24, Nr. 2, S. 115–118, 2021, doi: 10.1007/s10049-020-00726-3.

[3] M. Wehler, G. Weldert und T. Händl, „Konfliktherd Notaufnahme“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 14, Nr. 5, S. 367–370, 2011, doi: 10.1007/s10049-011-1436-x.

[4] H. Ohlbrecht, S. Bartel, E. von Kardorff und M. Streibelt, „Gewalt in der Notaufnahme“, *Praev Gesundheitsf*, Jg. 4, Nr. 1, S. 7–14, 2009, doi: 10.1007/s11553-008-0146-9.

[5] I. Welk, *Pflege-Pocket Zentrale Notaufnahme: Häufige Krankheitsbilder – Besondere Patientengruppen – Techniken von A bis Z*. Berlin, Heidelberg: Springer, 2014.

[6] C. Niemann, *Behandlungsplanung in der Notaufnahme von Krankenhäusern: Hybride Entscheidungsunterstützung in partiell automatisierbaren Entscheidungssituationen*. Wiesbaden: Springer Gabler, 2013.

[7] Drummond DJ, Sparr LF, Gordon GH, „Hospital violence reduction among high-risk patients“, *JAMA261*, Nr. 17, S. 2531–2534, 1989.

[8] A. Schablon, D. Wendeler, A. Kozak, A. Nienhaus und S. Steinke, „Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten der Pflege- und Betreuungsbranche in deutschland: Ein Survey“ in *Arbeiten im Gesundheitswesen*, Landsberg: ecomed Medizin, 2019, 2019.

[9] K. Blum, S. Löffert, M. Offermanns und P. Steffen, „Krankenhaus Braometer: Umfrage 2019“, Düsseldorf, 2019. [Online]. Verfügbar unter: www.dki.de. [Zugriff am Januar 2022].

[10] R. Lange, S. Popp und F. Erbguth, „Brennpunkt Notaufnahme“ (ger), *Der Nervenarzt*, Jg. 87, Nr. 6, S. 592–602, 2016, doi: 10.1007/s00115-016-0116-y.

[11] T. Lindner, R. Joachim, S. Bieberstein, H. Schiffer, M. Möckel und J. Searle, „Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 18, Nr. 3, S. 195–200, 2015, doi: 10.1007/s10049-015-1982-8.

[12] H. Kirchner, „Pflegepersonalentwicklung in der Zentralen Notaufnahme“, *Pflegez*, Jg. 72, Nr. 10, S. 10–13, 2019, doi: 10.1007/s41906-019-0171-7.

[13] B. Metelmann, P. Brinkrolf, M. Kliche, M. Vollmer, K. Hahnenkamp und C. Metelmann, „Rettungsdienst, kassenärztlicher Notdienst oder Notaufnahme : Es gelingt der Bevölkerung nur unzureichend, die richtige Ressource für medizinische Akutfälle zu wählen“ (ger), *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 2021, doi: 10.1007/s00063-021-00820-5.

[14] „Albtraum Notaufnahme“, *DNP*, Jg. 19, Nr. 2, S. 3, 2018, doi: 10.1007/s15202-018-1931-8.

[15] D. Graf von Stillfried, T. Czihal und A. Meer, „Sachstandsbericht: Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland (SmED)“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 22, Nr. 7, S. 578–588, 2019, doi: 10.1007/s10049-019-0627-8.

[16] R. Bingisser, O. Gratzl und D. Scheidegger, „Schnittstelle Notaufnahme“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 10, Nr. 3, S. 171–174, 2007, doi: 10.1007/s10049-007-0893-8.

[17] T. Hoppen, „Ethisches Handeln in der Notaufnahme“, *pädiatr. hautnah*, Jg. 28, Nr. 1, S. 17, 2016, doi: 10.1007/s15014-016-0609-y.

[18] K.-H. Altemeyer, B. Dirks und K. H. Schindler, „Die Zentrale Notaufnahme als Mittelpunkt zukünftiger Notfallmedizin“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 10, Nr. 5, S. 325–328, 2007, doi: 10.1007/s10049-007-0933-4.

[19] J. Frick, A. Slagman, L. Lomberg, J. Searle, M. Möckel und T. Lindner, „Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 19, Nr. 8, S. 666–670, 2016, doi: 10.1007/s10049-016-0179-0.

[20] S. Petersen, B. Scheller, S. Wutzler, K. Zacharowski und S. Wicker, „Aggression und subjektive Gefährdung in der Notfallmedizin: Eine Umfrage“ (ger), *Der Anaesthesist*, Jg. 65, Nr. 8, S. 580–584, 2016, doi: 10.1007/s00101-016-0202-3.

[21] S. N. Baker, „Management of acute agitation in the emergency department“ (eng), *Advanced emergency nursing journal*, Jg. 34, Nr. 4, 306-18; quiz 319-20, 2012, doi: 10.1097/TME.0b013e31826f12d6.

[22] W. Sunder, J. Holzhausen, P. Gastmeier, A. Haselbeck und I. Dreßler, Hg., *Bauliche Hygiene im Klinikbau: Planungsempfehlungen für die bauliche Infektionsprävention in den Bereichen der Operation, Notfall- und Intensivmedizin,* 2017. Aufl. Bonn: Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, 2018. [Online]. Verfügbar unter: http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/ZukunftBauenFP/2018/band-13-dl.pdf?__blob=publicationFile&v=2

[23] S. Darius, B. Balkaner und I. Böckelmann, „Psychische Beeinträchtigungen infolge erhöhter Belastungen bei Notärzten“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 24, Nr. 2, S. 143–149, 2021, doi: 10.1007/s10049-020-00696-6.

[24] C. E. Wrede, „Notaufnahmen – Zeit für Deeskalation“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 21, Nr. 5, S. 347–348, 2018, doi: 10.1007/s10049-018-0487-7.

[25] J. Frick *et al.,* „Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings“, *Notfall Rettungsmed*, Jg. 21, Nr. 5, S. 349–356, 2018, doi: 10.1007/s10049-017-0394-3.