

# Aggression + Agitation



**Dr. med. Sormeh Mina**  
Oberärztin der Klinik für Akutpsychiatrie und Psychosen  
Asklepios Klinik Nord Ochsenzoll

**76- 93 %** der Pflegekräfte und Ärzte schon einmal im Berufsleben  
angegriffen worden



- **Zunahme** der Aggressivität in der Pandemie, u.a. durch Verunsicherung der Bevölkerung, aber davor schon Anstieg
- Menschen, die an **Verschwörungen** glauben, sehen die als Feindbild, die sie als mächtig markieren, dazu zählen auch bestimmte Berufsgruppen, wie z.B. Ärzte bzw. im Medizinbereich Tätige
- Charité Berlin: 93% d. pflegerischen u. 98% d. ärztlichen Personals innerhalb der letzten 6 Monate Opfer von *verbaler* Gewalt geworden + 46% d. pflegerischen u. 22% d. ärztl. Personals *körperlicher* Gewalt
- Im klinischen Bereich insbesondere Gewalterfahrungen i.d. **Notaufnahme** und v.a. **nachts** (außerklinisch v.a. im Rettungsdienst)
- Formen von Gewalt: physische, verbale u. sexualisierte Gewalt, Nötigung, Beleidigung, Ausüben von Druck
- Datenlage ungenau → Bisher kein **zentrales Meldesystem**

- **Ursachen + Risikofaktoren:**

- Gestiegenes Anspruchsdenken d. Patienten
- Alkohol + Drogen
- Psychiatrische, neurologische (z.B. Schizophrenie, Demenz) u. schmerzhafte Erkrankungen
- Hohes Patientenaufkommen in den ZNAs
- Lange Wartezeiten
- Personalmangel
- Unzufriedenheit mit Versorgung
- Verständigungsprobleme
- Psychosoziale Überlastung



- **Beispiel Berlin:** > 8 000 x (>20/d) musste die Polizei in einem Jahr zu einem Einsatz an einem Krankenhaus ausrücken
- Spahn initiierte 2020 eine Ausweitung des **besonderen strafrechtlichen Schutzes**, der z.B. für die Polizei gilt, auch auf Ärzte und Pfleger sowie Helfer in der **Notfallversorgung**
  - → Wer diese bei ihrer Arbeit behindert, sie verbal oder tätlich angreift, muss nun in schweren Fällen mit einer **Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren** rechnen.
- **ABER:** Für medizinisches Personal außerhalb der Notfallversorgung gilt das bislang nicht.

## Originalien


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

© Der/die Autor(en) 2022

Redaktion  
Michael Buerke, Siegen



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

Vanessa Beringer<sup>1,2</sup> · Tanja Wirth<sup>1</sup>  · Lena Kazmierczak<sup>1,3</sup> · Sonja Reißmann<sup>1</sup> · Wilfried Schnieder<sup>4</sup> · Hans-Werner Kottkamp<sup>5</sup> · Greta Ullrich<sup>6</sup> · Albert Nienhaus<sup>7,8</sup> · Volker Harth<sup>1</sup> · Anja Schablon<sup>7</sup> · Stefanie Mache<sup>1</sup>

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

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Viele Mitarbeitende in der Notfallversorgung erleben verbale und

# Als erfolgreich wahrgenommene Maßnahmen laut Studie

---

- **Aushänge** in der **ZNA** zur Aufklärung u. Information für Patienten u. Begleitpersonen über Wartezeiten u. das Triage-System → Transparenz
- Anwesenheit von **Sicherheitspersonal** (v.a. in Abend- u. Nachtstunden)
- Kooperation mit Fachkräften d. Psychiatrie [(Fixierung-)Fortbildungen?]
- Unterstützung durch Polizei
- Vorhandensein e. Beauftragten von Konzernsicherheit
- **Rückmeldung** von Gewaltvorfällen an die BG
- **Konsequenzen** für Täter (z.B. Hausverbot)
- **Deeskalationstrainings + Fortbildungen** → Lernen eines adäquaten Umgangs mit Gewalt u. wie man Gewaltsituationen gar nicht erst entstehen lässt
- **Eigenes Verhalten** u. persönliche Einstellung, wodurch Gewalt teilweise im Vorfeld verhindert werden konnte?
- **Systematische Aufarbeitung** in Form von standardisierter Dokumentation, Gesprächen innerhalb des Teams o. durch psychologische Betreuung

- Deeskalationstrainings + Fortbildungen → zu **selten** oder *außerhalb d. Arbeitszeit*
- Mangelndes **Problembewusstsein** bei Patienten
- Hohe **Arbeitsbelastung**, daher keine Aufarbeitung v. Gewaltvorfällen
- Anwesenheit vieler **Begleitpersonen** (→ Unruhe + Unübersichtlichkeit)
- Ungeschützter **Zugang** zur ZNA
- Unzureichende **Besetzung** der Pforte
- Intoxikierte Patienten
- Geringer Handlungsspielraum der Mitarbeitenden + Gefühl, „sich nicht wehren zu dürfen“
- **Unsicherheit** beim Personal hinsichtlich d. Umgangs mit Gewaltvorfällen



- Teilweise **keine Maßnahmen** zum Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz vorhanden
- **Fehlen** von Sicherheitspersonal, Videoüberwachung, standardisierter Dokumentation u. Meldung d. Vorfälle
- Deeskalationstrainings wurden aus **Kostengründen** eingestellt
- Mangelndes Problembewusstsein bei d. **Klinikleitung** bzgl. Gewaltvorfällen
  - → Fokus meist auf Patienten u. deren Bedürfnissen
- Unzufriedenheit, Stress, Ungeduld bei Mitarbeitern → kann unerwünschte Patientenreaktionen **provozieren**
- Mangelnde **Wertschätzung** für die geleistete Arbeit in der ZNA
- Zunahme v. Gewalt als gesamtgesellschaftliches Problem

- **Entzerrung** der baulichen Struktur d. ZNA
  - → Rückzugsmöglichkeiten
  - → Fluchtwege
  - → Trennung v. Anmeldung, Wartebereich, Behandlungszimmer
- Hausinternes **Alarmsystem** (z.B. Notfallknopf mit Ortung)
- **Videoüberwachung** i. Eingangs- u. Wartebereich d. ZNA
- Beschränkter **Zutritt** f. Begleitpersonen (keine bzw. maximal 2)
- Vermehrte **Unterstützung** durch Vorgesetzte
  - → **Reaktion** auf gemeldete Vorfälle + Teilnahme an Fallbesprechungen
  - → Verfügbarkeit v. klaren **Handlungsanweisungen** (z.B. SOP)
  - → Einrichtung e. Beschwerdemanagements für **Beschäftigte**
  - → Gewährleistung e. **sicheren** Arbeitsumgebung
- Angebote zur **Aufarbeitung** v. Gewaltvorfällen: z.B. Supervision, Fallbesprechungen, psychologische Betreuung [oder „Qualitätszirkel Gewalt“]

- Strukturierte Dokumentation + Meldung (z.B. auch an Unfallversicherung: Akutmaßnahme? Reha? Wiedereingliederung?)
- Regelmäßige, verpflichtende Deeskalationstrainings für alle Mitarbeiter während d. Arbeitszeit
- Krankenhausleitung sollte sich aktiv gegen Gewalt positionieren
- **Selbstreflexion** von Personal bei eigener Ungeduld + Aggressionen
- Aufstockung v. Personal? → **Personalmangel** (v.a. in der Pflege) verschärft Situation
  - → Erforderlich: mehr Wertschätzung für Pflegekräfte (finanziell, von Seiten d. Klinikleitung, aber auch politisch u. gesamtgesellschaftlich)

# Menschliches Verhalten...

---





Lüneburg

# Psychiatriepatient tötet zwei Mitpatienten – Pflegerin schwer verletzt

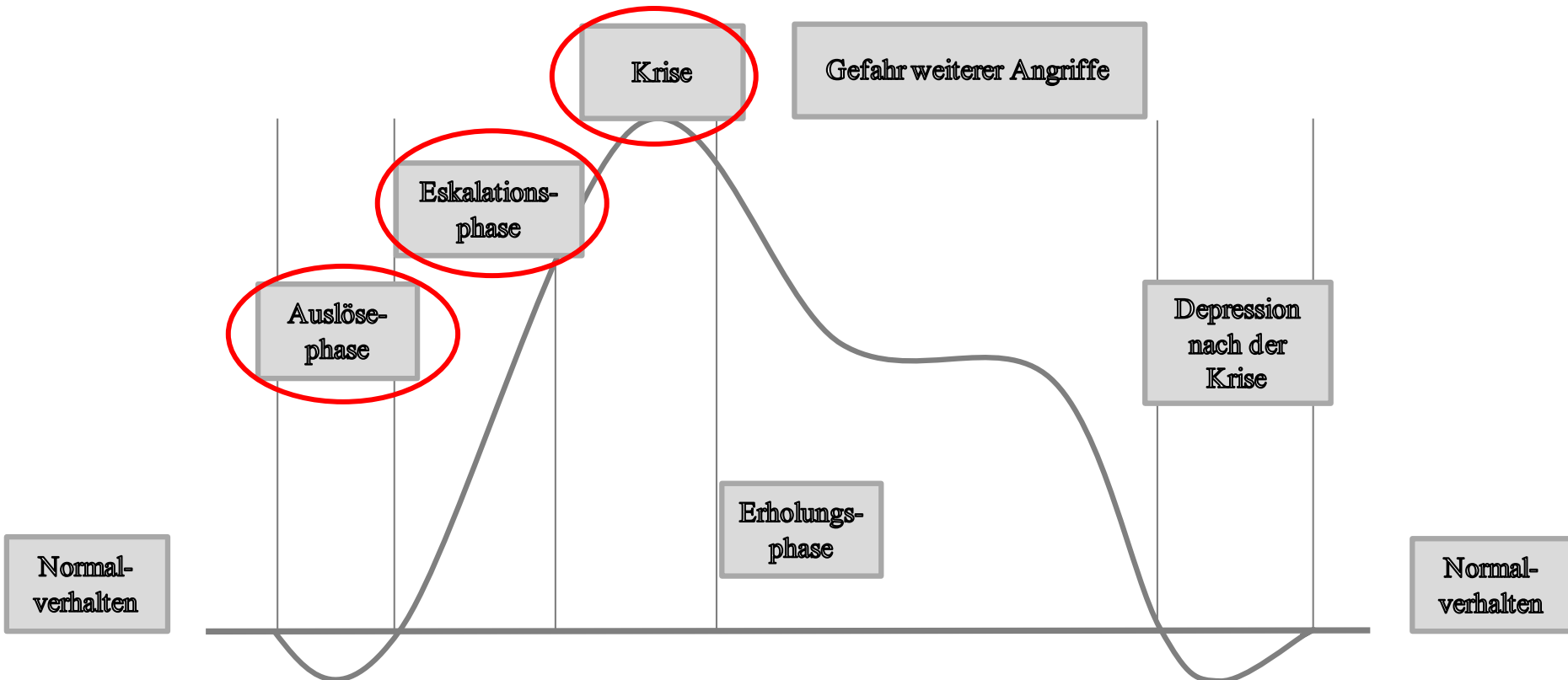
Tödliche Gewalt in einer psychiatrischen Klinik in Niedersachsen: Ein Patient hat zwei Mitpatienten attackiert, sie erlagen ihren Verletzungen. Der Mann griff auch eine Pflegerin an, ehe die Polizei ihn überwältigen konnte.

19.02.2021, 11.19 Uhr

---

- Primäre Prävention
  - → *Vor* schweren Grenzüberschreitungen → durch Ausgestaltung von **Regeln, Risiko- bzw. Früherfassung**
- Sekundäre Prävention
  - → *Während* schwerer Grenzüberschreitungen → durch **Notfallintervention**, ggfs. unter Einbeziehung der **Polizei**
- Tertiäre Prävention
  - → Wenn es bereits zu Gewalttaten gekommen ist → durch **Nachbesprechung** als Rückfallprophylaxe

# Eskalationsmodell nach Breakwell





# Auslösephase

<b>Frühwarnzeichen</b>	<b>Interventionsmaßnahmen</b>
Drohende Körperhaltung + Gestik	Empathische + authentische Unterstützung: Fühlt der Patient sich in seinem Anliegen <b>verstanden</b> ?
Feindselige Grundstimmung	Verwendung <b>klarer</b> und <b>einfacher</b> Sätze
Geringe Körperdistanz zwischen Mitarbeiter u. Patient	Kann ich den Patienten an seine Fähigkeit zur <b>Selbstkontrolle</b> erinnern?  Aufzeigen von <b>Konsequenzen</b> bei weiterer Eskalation
Verbale Bedrohungen + Beschimpfungen	Hat er den Umgang mit großer Anspannung schon einmal <b>positiv</b> gelöst?
Psychomotorische Erregung / Anspannung	Welche <b>Alternativen</b> zu der Einengung seines Verhaltens kann ich anbieten?
Sachbeschädigung	Habe ich räumliche <b>Rückzugsmöglichkeiten</b> , die ich anbieten/ aufzeigen kann?
Gesteigerte Tonhöhe + Lautstärke der Stimme	<b>Authentisch</b> angepasste Lautstärke

# Eskalationsphase

Frühwarnzeichen	Interventionsmaßnahmen
Kognitiv wenig zugänglich, noch erreichbar	Angebote, die abgelehnt werden dürfen
Versagen der kortikalen Kontrolle	Den Ort wechseln
	Autonomiefördernde Maßnahmen

# Krise

<b>Charakteristika</b>	<b>Interventionsmaßnahmen</b>
Kortikale Hemmung aufgehoben	Zugriff, eigen- und umfeldsichernde Maßnahmen
Patient steuerungsunfähig	Umstehende in Sicherheit bringen
Erregungssturm	Fixierung

## Äußere Faktoren:

- Massive äußere Belastung (Cave: Geflüchtete, Sprachbarriere, etc.)
- Erschöpfung
- Intoxikation
- Schwere Kränkung (z.B. durch Verlust der sozialen Rolle)
- Soziale Nähe



## Persönlichkeitsmerkmale, psychopathologische Eigentümlichkeiten:

- Überempfindlichkeit gegenüber Kritik, schwere **Kränkbarkeit**
- Instabiler **Realitätsbezug** (Psychose? Schwere PST?)
- **Dissoziale** Persönlichkeit, fehlende Selbstkritik, extrem egozentrisches Verhalten
- Gewissenlosigkeit, fehlende Frustrationstoleranz, starke sexuelle Triebhaftigkeit
- **Psychose** (insbesondere akute paranoide Schizophrenie, v.a. bei Komorbidität mit Alkohol- bzw. Drogenmissbrauch)
- **Demenz**

## Vorgeschichte:

- Traumatisierung?
- Anamnese früherer Gewalttaten?
- Z.n. Hirnverletzung oder -erkrankung?
- Intelligenzminderung?
- Kränkungerlebnisse während vorheriger Behandlungen?



## Beziehungsverhalten:

- Feindselig? Entwertend?
- Gewalttätiges, bedrohliches Auftreten?
- Geringe Kommunikationskompetenz
- Verstrickung/ Clinch
- Divergierende Zielsetzungen der Kommunikationspartner

- Welche personenbezogenen **Faktoren** sind bei diesem Patienten bekannt?  
→ **Cave:** Der **beste Prädiktor** für menschliches Verhalten sind die Taten und das Verhalten der Vergangenheit.
- Wie wirken sich aktuell **Zeit und Ort** hier aus? Was an der Situation trägt zu der jetzigen **Eskalation** bei?
- Welche Rolle spielen Anzahl u. Verhalten der anwesenden **Personen**?
- Fühlt der Patient sich in die Ecke gedrängt (z.B. zu **enge Räume**)?
- Gibt es jemanden, zu dem der Patient **Vertrauen** hat und den ich herbeirufen kann?
- Gibt es individuelle **Absprachen** darüber, was geschieht, wenn Pat. aggressiv wird? → z.B. unmittelbare Entlassung o. eine Zwangsmaßnahme?



# Deeskalierendes Verhalten: Ein paar Tipps I

- **Freundliches**, geduldiges Auftreten: authentisch + professionell
- Sicherheits**abstand**
- Seitlich leicht abgedrehte **Körperhaltung**
- Ggfs. Vermeidung von direktem Augenkontakt
- Nähe zur **Tür**
- Informieren bzw. Hinzuziehen **weiterer Personen**
- Zureden mit sanfter **Stimme**, einfache + klare **Wortwahl**
- **Erklären** von Maßnahmen (Cave: Nicht um den heißen Brei herumreden)
- Fachsprache vermeiden
- **Zustimmung** erfragen
- Diskussionen **vermeiden**
- Gedanklich **auslenken**
- Ggfs. deutliche, konfrontative **Grenzsetzung**
- (Prophylaktischer) **Selbstschutz**

- Raum geben
- **Wasser**, Tee, Kaffee, Zigarette anbieten
- Falls Pat. und Sie rauchen → gemeinsam eine Zigarette **rauchen** o. Pat. zum Rauchen schicken
- Ganz banal fragen: „**Was kann ich tun?**“
- Ggfs. **Medikation** (z.B. Tavor exp., niedrigpotente Neuroleptika) anbieten
- Keine Drohungen + Beschimpfungen
- **Humor** zeigen
- Tief **durchatmen**, sich innerlich **distanzieren**
- **Rat** einholen
- „Locker mitschwingen“ → nicht starr an Regeln festhalten, sondern – sofern vertretbar – **pragmatisch + flexibel** handeln

- → Kommunikationsmethode aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)
- Validieren bedeutet jemandem zu vermitteln, dass die **subjektive** Sicht der Dinge für diese Person stimmig und **nachvollziehbar** ist (Gültigkeitserklärung d. Gefühle des anderen)
- → Ziel: Einerseits das subjektive Empfinden des Patienten **anerkennen**, andererseits verdeutlichen, dass noch **andere** Verhaltens- und Erlebensweisen möglich wären, die ggfs. hilfreicher (funktionaler) wären.

Achtung: Validieren bedeutet nicht Zustimmung!

Beispiele:

- Ungeteilte Aufmerksamkeit → **Aktives Zuhören**, Erinnern u. Wiederholen v. vorher Gesagtem, Interessenssignale
- „Meine Freundin hat mich angeschrien.“ → „Sie hatten also einen Konflikt mit ihrer Freundin.“ oder: „Ich war stocksauer.“ → „Sie waren richtig wütend.“
- Mind-Reading: „Meine Freundin hat mich Arsch genannt.“ → „Sie sind jetzt wütend.“ oder „Ich bin wütend.“ → „Sie denken wahrscheinlich: 'Der würde ich am liebsten eine runterhauen'.“
- Radikale Echtheit: Vermitteln, dass das Verhalten bzw. die Emotionen normal sind u. der Patient ein gleichwertiger Partner ist („Bei dem, was ihnen da passiert ist, wäre ich auch traurig.“)

# Fazit: ....also was tun?

---

- Auftreten: authentisch + professionell
- Haltung: verbindlich + respektvoll
- Geduldig u. empathisch zuhören + validieren
- Aufklären + für Transparenz sorgen
- Angemessene, einfache Wortwahl + Lautstärke
- Reizarme Umgebung schaffen, zerstrittene Personen trennen, eskalierendes Personal wegschicken
- Perspektivwechsel (Wie würde ich mich fühlen?)
- Gesichtswechsel (Triangulation)
- Pragmatisch u. lösungsorientiert handeln
- Grenzen setzen + Spielregeln einführen
- Ggfs. Medikamente
- Selbstschutz: u.a. Hilfe holen (ggfs. Polizei rufen)
- Dokumentieren + nachbesprechen
- Deeskalationsfortbildungen (z.B. ProDeMa)

*Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!*

---

