



Ergebnisbericht GINA

Gewalt in der Notaufnahme

Prof. Dr. Gamze Güzel-Freudenstein
Prof. Dr. Margit Christiansen

Anja Bergmann M.Sc.

Olga Koch B.Sc.

Nicole Rieder B.Sc.



Zusammenfassung

Hintergrund

In den letzten Jahren hat die Anzahl der Patient*innen in Notaufnahmen aufgrund unterschiedlicher Einflussfaktoren deutlich zugenommen (Dodt, C. 2018). Das hat zu einer steigenden Arbeitsbelastung für die Beschäftigten geführt. Darüber hinaus haben es die Mitarbeiter*innen vielfach mit aggressivem Verhalten der Patient*innen und Begleitpersonen zu tun. In dieser Studie wird das Ausmaß der Belastung durch Gewalt gegenüber Beschäftigten unter Berücksichtigung geschlechterspezifischer Aspekte in hessischen Notaufnahmen untersucht. Es werden die möglichen gesundheitlichen Folgen und der Handlungsbedarf aufgezeigt.

Methodik

Grundlage der Untersuchung ist eine Online-Befragung der Mitarbeiter*innen in hessischen Notaufnahmen. Hierzu wurde ein Fragebogen entwickelt, mit welchem u.a. die Mitarbeiter*innen zu Gewalterfahrungen, Maßnahmen und Empfindungen gefragt wurde.

Ergebnisse

Aus 51 hessischen Notaufnahmen konnten 354 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet werden. Über dreiviertel der Teilnehmenden (76,6%) finden Gewalt in der Notaufnahme normal. 97% der Befragten haben in den letzten 12 Monaten mindestens eine Form verbaler Gewalt und 76% mindestens eine Form körperlicher Gewalt erlebt. Nur 49,6% haben keine Form sexualisierter Gewalt erlebt. Die Folge der Erlebnisse ist, dass sich nachts viele Mitarbeiter*innen an ihrem Arbeitsplatz nicht sicher fühlen (39,2%). Männliche Personen sind nach Aussage der Befragten häufig die Tatpersonen (79,8%). Dabei spielen Alkohol und Drogen eine große Rolle (85,5%), bzw. sind der Unmut über Wartezeiten (83,8%) verantwortlich. Beendet werden die Vorfälle durch eine klare Aufforderung, das Verhalten zu ändern (74%), mit Hilfe der Polizei (70,8%) oder durch Unterstützung der Kollegen (69,3%). Viele der Mitarbeiter*innen ärgern sich nach Gewaltvorfällen (80,5%) oder sind wütend (58,1%). Aber auch Gefühle der Hilflosigkeit (42%), der Angst (36,3%) und Enttäuschung (36%) treten auf. Langfristig sind 43,7% der Studienteilnehmer*innen durch diese Erlebnisse gereizt, haben eine gedrückte Stimmung (36,2%), sind abgestumpft (34,4%), verlieren die Freude am Beruf (32,1%) oder wollen sogar den Beruf wechseln (26,5%).

Schlussfolgerung

Das Ausmaß von Gewaltvorkommnissen und deren gesundheitlichen Auswirkungen zeigen die Notwendigkeit eines umfassenden gendersensiblen Gewaltmanagements in der Notaufnahme. Hierzu gehören die Erfassung und Beurteilung von Gewaltereignissen, präventive Maßnahmen, unterstützende Maßnahmen zur Beendigung von Vorfällen, Maßnahmen zum Schutz der Mitarbeiter*innen sowie Nachsorgemaßnahmen.

Inhalt

1. Einleitung	3
1.1 Hintergrund	3
1.2 Ziele und Begründung des Vorhabens.....	5
2. Methodik	7
2.1 Systematische Literaturrecherche	7
2.2 Quantitative Befragung.....	9
3. Ergebnisse	16
3.1 Systematische Literaturrecherche	16
3.1.1 Suchverlauf	16
3.1.2 Studiencharakteristika: Quantitative Studien.....	19
3.1.3 Studiencharakteristika: Qualitative Studien.....	22
3.1.4 Studienbewertung – Methodische Güte	23
3.1.5 Studienergebnisse.....	25
3.2 Quantitative Befragung.....	29
3.2.1 Stichprobe	29
3.2.2 Verbale Gewaltereignisse.....	31
3.2.3 Körperliche Gewaltereignisse	34
3.2.4 Sexualisierte Gewaltereignisse.....	38
3.2.5 Häufigkeit erlebter Gewalterfahrungen	41
3.2.6 Belastungsempfinden, Sicherheitsgefühl und Normalisierung von Gewaltereignissen in der Notaufnahme	42
3.2.7 Auslöser und Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen	51
3.2.8 Dokumentation	57
3.2.9 Folgen für Beschäftigte.....	59
3.2.10 Institutionelle Maßnahmen.....	69
4. Diskussion der Ergebnisse	73
4.1. Limitationen durch die Datenerhebung	73
4.2. Interpretation der Ergebnisse	74
4.3 Forschungsbedarf	93
5. Fazit	95
6. Abbildungsverzeichnis	98
7. Tabellenverzeichnis	98
8. Literaturverzeichnis	101

1. Einleitung

1.1 Hintergrund

Arbeitgeber sind in der Pflicht (§ 618 Abs.1 BGB) die Arbeitsbedingungen für ihre Beschäftigten so zu gestalten, dass diese vor Gefahren für Körper und Leben geschützt sind und die Gesundheit erhalten wird. In Deutschland werden jedoch jährlich 11.000 Arbeitsunfälle gemeldet, die durch ein Gewaltereignis am Arbeitsplatz zu einer Krankheitsdauer von mehr als drei Tagen führen. Eine Auswertung zeigt, dass hiervon insbesondere die Beschäftigten in Gesundheits- und in sozialen Berufen betroffen sind (Nienhaus A. 2019: 30). Allerdings führt nur ein kleiner Teil der Gewaltvorfälle direkt zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen und wird somit statistisch erfasst. Langfristig ist aber auch mit möglichen psychischen Folgen zu rechnen (Lange, C. et al. 2016: 4; Hahn, S. et al. 2010: 3535 ff.; Richter, D.; Berger, K. 2001: 693 ff.; Needham, I. et al. 2005: 283 ff.). Diese führen erst viel später zu Krankheitsfällen und werden möglicherweise gar nicht in einen Zusammenhang mit einem Gewaltereignis gebracht. Zudem kann in dem Erleben von Gewalt die Bereitschaft der Arbeitnehmer*innen steigen, den Arbeitsplatz oder sogar den Beruf zu wechseln (Schablon, A. et al. 2012a: 204). Vor diesem Hintergrund sind Arbeitgeber angehalten, sich im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung mit den Gefahren für ihre Mitarbeiter*innen durch Gewaltvorfälle auseinanderzusetzen und Präventionsmaßnahmen zu ergreifen.

Im Gesundheitswesen wurden die Notaufnahmen der Kliniken bereits als ein Hochrisikobereich für Gewaltvorfälle identifiziert (Nienhaus, A. et al. 2016; Ohlbrecht, H. 2009: 11f.). Pflegekräfte in Notaufnahmen erleben mindestens einmal pro Woche verbale oder physische Gewaltsituationen. Über die ärztliche Berufsgruppe gibt es bisher wenige Daten. Allerdings muss davon ausgegangen werden, dass die Anzahl der nicht berichteten oder erfassten Gewaltereignisse im turbulenten Notaufnahmealltag erheblich ist. Dort, wo eine verbindliche, standardisierte Dokumentation von Gewaltereignissen eingeführt wurde, ist eine Prävalenzzunahme von 25–270 Prozent pro Monat festgestellt worden (Wehler, M. et al. 2011: 368).

Zur Versorgung der Patienten*innen in der Notaufnahme wird vor allem ärztliches und pflegerisches Personal eingesetzt. Den ärztlichen Beruf üben zu einem großen Teil Männer aus. Allerdings zeigt sich im Trend, dass der Frauenanteil stetig steigt. Vom Jahr 2012 bis zum Jahr 2017 wurde ein Anstieg des Anteils von Ärztinnen im Krankenhaus von 41,67% auf 43,21% verzeichnet. Im Gegensatz dazu ist der Pflegeberuf noch immer ein von Frauen dominierter Beruf. Im Zeitraum von 2012 bis 2017 arbeiten in diesem Berufsfeld im Krankenhaus konstant deutlich über 80% Frauen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019). Deshalb ist davon auszugehen, dass in Notaufnahmen mehr weibliches Personal an der Patientenversorgung beteiligt ist. Diese Annahme scheint sich auch in einer bereits erfolgten Untersuchung in Notaufnahmen zu bestätigen (Schablon, A. et al. 2012b).

Zwischenmenschliche Gewalt ist ein komplexes Phänomen, welches sich nur schwer eindeutig bestimmen lässt und daher vielfach diskutiert wird. Grundsätzlich ist zum einen zwischen dem gezielten oder geplanten, also „absichtlichen“ Handeln, zum anderen der „emotionale[n] Reaktion[en] auf einen provokativen Reiz“ zu unterscheiden (Richter, D. 2012: 64). Im Setting der Notaufnahme spielen insbesondere emotionale Reaktionen eine besondere Rolle. Grundlage für die vorliegende Untersuchung ist die auf die Arbeitswelt bezogene, aber ansonsten relativ breit gefasste Begriffsdefinition der International Labour Organisation (ILO). Somit wird „jede Handlung, Begebenheit oder von angemessenem Benehmen abweichendes Verhalten, wodurch eine Person im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit schwer beleidigt, bedroht, verletzt oder verwundet wird“ mit einbezogen (ILO 2003: 4). Die Aufzählung unterschiedlicher Folgen bei den Betroffenen zeigen, dass Gewalt unterschiedlich ausgeübt werden kann. Im Arbeitskontext sind es vornehmlich verbale (beleidigt, bedroht) und körperliche Gewaltereignisse (verletzt, verwundet). Beide Arten von Gewalt können auch vor sexuellem Hintergrund geschehen, indem sexuelle Äußerungen oder Handlungen erfolgen.

Eng mit dem Gewaltbegriff ist der Begriff der Aggression verbunden, wobei es keine eindeutige Abgrenzung gibt (Zeh, A. 2009: 450). Unter Aggressionen können Verhaltensweisen verstanden werden, die als bedrohlich wahrgenommen werden. Diese Wahrnehmung ist eine subjektive Bewertung der Verhaltensweisen. Aggressionen können zu Gewaltverhalten führen, wobei die Grenze nicht definiert ist (Schirmer, U. et al. 2019 :14; Zeh, A. 2009: 450).

Forschungen zeigen, dass es zwischen Männern und Frauen Unterschiede hinsichtlich der Art der Gewaltanwendung, der Häufigkeit, des Erlebens und der Verarbeitung von Gewaltereignissen gibt. Während Männer häufiger Opfer körperlicher Gewalt sind, erleben Frauen vermehrt psychische und sexuelle Gewalt (Jessel, H. 2010: 216; Euler, H.A. 1997: 192ff.; Döge, P. 2013: 31f. 156f.; Habel, U. et al. 2015: 18; Hagemann-White, C.; Bohne, S. 2010: 679; Nienhaus, A. et al. 2016: 90; Schlack, R. et al. 2013: 758). Die Gewaltbereitschaft ist tendenziell bei Männern höher, wofür es neurophysiologische Erklärungsansätze gibt, die die Sexualhormone verantwortlich machen. Aber auch der Einfluss des Wert- und Normensystems (Jessel H. 2010: 217) und die Sozialisation können dazu beitragen (Hagemann-White, C.; Bohne, S. 2010: 679). Unabhängig von der Art der erlebten Gewalt ist das Geschlecht ein wesentlicher Einflussfaktor für ein erhöhtes Krankheitsrisiko (Habel, U. et al. 2015: 18). Frauen entwickeln häufiger Störungen wie Depressionen oder Angst in Folge von Gewalterfahrungen. Bei Männern lässt sich dagegen vermehrt ein übersteigertes und aggressives(Sucht-)Verhalten beobachten (Evler A. et al. 2015: 748).

Da es eine große Diskrepanz in der Geschlechterverteilung beim Personal in Notaufnahmen gibt, ist es wichtig, Gefährdungsbeurteilungen unter Berücksichtigung des Geschlechts durchzuführen und bei der Ausarbeitung von Präventions- und Nachsorgemaßnahmen den

Genderaspekt mit einzubeziehen. Die Integration von Gender Mainstreaming hat den Arbeits- und Gesundheitsschutz allerdings erst in Ansätzen erreicht. Lediglich Überblicksdarstellungen über Geschlechteraspekte im Arbeits- und Gesundheitsschutz bzw. in den Arbeitsbedingungen wurden in den vergangenen Jahren auf internationaler Ebene publiziert (Gümbel, M.; Rundnagel, R. 2004; Vogel, L. 2003; WHO 2006; Badura, B. et al. 2007). Die Integration geschlechtersensibler Perspektiven, d. h. der Berücksichtigung des Geschlechts in der Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz in den verschiedenen Dimensionen wie Gefährdungsart, Häufigkeit, Ausprägung der Gefährdung oder Umgang mit der Gefährdung, erfolgt jedoch nach wie vor sowohl in der Forschung als auch in der betrieblichen Praxis nur sehr lückenhaft (Gümbel, M.; Nielbock, S. 2012: 39). Bisher finden Geschlechteraspekte vor dem Hintergrund der Belastung und der Gesundheit vor allem in den Fragen von Reproduktionsfähigkeit, Schwangerschaft und Stillzeit bei Frauen (WHO 2006: 7f.) sowie der Reproduktionsfähigkeit der Männer (WHO 2006: 19) Berücksichtigung. Eine Einbeziehung der Gender-Perspektive kann sich jedoch positiv auf die Qualität der Erfassung der Belastungen und Ressourcen auswirken (Gümbel, M.; Nielbock, S. 2012: 232). Gender in der Gefährdungsbeurteilung bedeutet somit auch, die Relevanz der Kategorie Geschlecht, insbesondere der Wirkmächtigkeit der symbolischen Dimension, in jedem Prozessschritt zu überprüfen, die Perspektiven zu erweitern, Vorgehensweisen und Methoden anzupassen sowie entsprechende Maßnahmen abzuleiten. Diese Maßnahmen können auch in betrieblichen Unterstützungsangeboten bestehen, die das Risiko, verbale und körperliche Gewalt und die damit verbundenen Belastungen zu erfahren, verringern.

1.2 Ziele und Begründung des Vorhabens

Vor diesem Hintergrund wurde vom 01.04.2019 -31.12.2019 an der Hochschule Fulda das Projekt „GINA – Gewalt in der Notaufnahme“ durchgeführt. Ziel des Vorhabens war, anhand einer gendersensiblen Betrachtung bei der Gefährdungsbeurteilung mittels Fragebogen zu erfassen, wie häufig durch Beschäftigte in Notaufnahmen über Gewalt von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige gegen sie berichtet wird. Hierbei wurde ausgewertet, ob es Geschlechterunterschiede in Häufigkeit, Art und Ausprägung von Gewalt gegen sie gibt, wer die Tatpersonen sind und ob sich Einstellungen und Bewältigungsstrategien von Männern und Frauen unterscheiden. Damit soll die These der Geschlechterdifferenz in der Verletzungsoffenheit und Verletzungsmächtigkeit überprüft werden und ein Beitrag dazu geleistet werden, die in der wissenschaftlichen Forschung bestehende Lücke zu den Einstellungen und den Umgang mit Gewalterfahrungen zu schließen (Rothe, I. et al. 2017: 35; Wehler, M. et al. 2011; Zeh, A. et al. 2009). Aus den Erkenntnissen zu Gemeinsamkeiten und geschlechtsbezogenen Unterschieden sollten zudem erste Empfehlungen für gendersensible Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention am Arbeitsplatz „Notaufnahme“ abgeleitet werden.

Folgende Fragestellungen wurden hierbei untersucht:

- Gibt es geschlechtsbezogene Unterschiede bei der Anzahl von Opfern und Tatpersonen in Notaufnahmen? Lassen sich geschlechtsbezogene Unterschiede bei der Art und Ausprägung von Gewaltereignissen gegenüber Beschäftigten in der Notaufnahme identifizieren?
- Gibt es Unterschiede in den Einstellungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu möglichen Gewalttätigkeiten durch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen?
- Gibt es Unterschiede zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Umgang mit gewalttätigen Patientinnen, Patienten und Angehörigen und dem Erleben mit diesen Situationen?
- Gibt es Unterschiede zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Verarbeitung von Gewalterfahrungen? Wie sehen bisherige Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention in Notaufnahmen aus?
- Welche genderbezogenen Empfehlungen zu Maßnahmen am Arbeitsplatz „Notaufnahme“ können anhand der gendersensiblen Betrachtung der Gefährdung abgeleitet werden?

2. Methodik

2.1 Systematische Literaturrecherche

Um den aktuellen Forschungsstand des Themengebietes „Gewalt in der Notaufnahme“ darstellen zu können, wird die Methodik der systematischen Literaturrecherche in elektronischen Datenbanken herangezogen (Döring, N.; Bortz, J. 2016: 158). Die Recherche erfolgt in den folgenden sechs elektronischen Datenbanken:

- Medline via Pubmed
- Embase; Cochrane
- PsycInfo
- Econlit
- Cinahl

Zur Aktualisierung und Ergänzung der Erkenntnisse wird eine möglichst vollständige Zusammenstellung für den Zeitraum Januar 2013 bis Mai 2018 angestrebt. Recherchiert wurde in den Datenbanken mithilfe der in Tabelle 1 aufgeführten Schlagworte bzw. Suchbegriffe:

Tabelle 1: Übersicht der Schlagworte für die Suchabfrage

Komponente	Englischer Begriff	Deutscher Begriff
1.Komponente: Gewalt	<i>violence</i>	<i>Gewalt</i>
	<i>aggression</i>	<i>Aggression</i>
	<i>assault</i>	<i>Angriff</i>
	<i>harassment</i>	<i>Belästigung</i>
	<i>critical event</i>	<i>Kritisches Vorkommnis</i>
	<i>verbal abuse</i>	<i>verbale</i>
	<i>physical attack</i>	<i>Körperliche Attacke</i>
2.Komponente: Arbeitsplatz	<i>work</i>	<i>Arbeit</i>
	<i>workplace</i>	<i>Arbeitsplatz</i>
	<i>occupation</i>	<i>Geschlechtersensibel</i>
	<i>work site</i>	<i>Geschlechtergleichheit</i>
	<i>work related</i>	<i>arbeitsplatzbezogen</i>
3 Komponente: Zielgruppe/ Setting	<i>emergency service</i>	<i>Notfallservice</i>
	<i>nurse/ nursing</i>	<i>Krankenschwester</i>
	<i>emergency department</i>	<i>Notaufnahme</i>

Die Schlagworte werden in drei spezifische Komponenten unterteilt (vgl. Tabelle 1) und im darauffolgenden Schritt systematisch in einer Suchstrategie kombiniert. Hierzu werden die

einzelnen Begriffe der ersten Komponente sinngemäß mittels des Boole'schen Operators „OR“ miteinander verknüpft. Dasselbe Vorgehen wird auch für die zweite und dritte Komponente durchgeführt. Anschließend erfolgt das Zusammenfügen der drei Komponentengruppen mithilfe des Operators „AND“ (Döring, P.; Bortz, J. 2016: 160). Zusätzlich werden bei der Recherche, wenn möglich, die voreingestellten Filter „human“ und „published in the last 5 years“ genutzt. Um gezieltere Ergebnisse zu generieren, werden zudem im letzten Schritt ausgewählte Schlagworte mittels „NOT“ aus der Suchstrategie ausgeschlossen:

Tabelle 2: Ausgeschlossene Schlagworte

Operator	Englischer Begriff	Deutscher Begriff
NOT	<i>bullying</i>	<i>Schickane</i>
	<i>domestic violence</i>	<i>Häusliche Gewalt</i>
	<i>intimate partner violence</i>	<i>Partnergewalt</i>
	<i>child</i>	<i>Kind</i>
	<i>elderly care</i>	<i>Altenpflege</i>

Ergänzend zu der Literaturrecherche in den elektronischen Datenbanken wurde über die Stichwortsuche in der Online-Bibliothek „SpringerLink“ mit den prägnanten Fachbegriffen „Gewalt am Arbeitsplatz“, „Notaufnahme“, „Geschlecht“, „Betriebliche Gesundheitsförderung“ nach nützlicher Literatur gefiltert. Eine zusätzliche Handsuche erfolgte auf Internetseiten im Bereich „Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit“ sowie auf Internetseiten nationaler sowie internationaler Institutionen und Organisationen der Prävention und Gesundheitsförderung. Anhand der freien Internetrecherche erfolgte des Weiteren eine Suche über „Google Scholar“ mit den Schlagworten „Gewalt“, „Gewalt am Arbeitsplatz“, „Notaufnahme“ und „Geschlecht“. Aufgrund der zeitlichen Limitierung des Projektvorhabens, wurden ausschließlich die ersten 100 Treffer auf Relevanz geprüft.

Ein- und Ausschlussverfahren

Die Prüfung, der über die systematische Literaturrecherche erfassten Suchergebnisse, fand in zwei Schritten statt. Als erstes wurden die Abstracts der identifizierten Datenbanktreffer gesichtet und hinsichtlich vorab festgelegter Kriterien überprüft. Im Folgenden werden die Ein- und Ausschlusskriterien tabellarisch aufgeführt, die für die Wahl der Literatur ausschlaggebend waren:

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion relevanter Literatur

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
---------------------	---------------------

Veröffentlichungen im Zeitraum Januar 2013 bis Mai 2018	Veröffentlichungen vor Januar 2013
Publikationssprache Deutsch und Englisch	Publikationen in anderen Sprachen
Veröffentlichungen aus Deutschland, Niederlande, Schweiz, Österreich, USA, Spanien, Italien, Frankreich	Veröffentlichung aus anderen Ländern (u.a. anderen Gesundheitssystemen)
Arbeitsplatzbezogene Gewalt	Häusliche Gewalt
Gewalt im Setting Notaufnahme	Gewalt in anderen Settings (bspw. psychiatrische Einrichtung; Altersheim)
Publikationen, die als Zielgruppe Krankenhauspersonal der Notaufnahmen einbeziehen	Publikationen, die andere Zielgruppen berücksichtigen, bzw. bei welchen keine gesonderte Auswertung für das Personal einer Notaufnahme vorgenommen wird
Publikationen, die in diesem Zusammenhang geschlechterspezifische Indikatoren, wie Häufigkeiten, Erleben, Umgang und/ oder Verarbeitung von Gewalt, erheben	Publikationen, die ausschließlich gesundheitsrelevante Outcomes als Nachwirkung von Gewalterlebnissen untersuchen
	Publikationen, die sich mit der Evaluation/ Umsetzung von Präventionsmaßnahmen beschäftigen
	RCTs, Fall-Kontroll Studien, Dissertationen

Die Einschlusskriterien legen den Fokus der Publikationswahl auf Gewalt in der Notaufnahme sowie den damit einhergehenden (geschlechterspezifischen) Unterschieden hinsichtlich der Wahrnehmung und dem Umgang mit solchen Vorkommnissen. Es wurden demnach Publikationen berücksichtigt, die sich ausschließlich auf arbeitsplatzbezogene Gewalt gegenüber Krankenhauspersonal in Notaufnahmen beziehen. Publikationen, die sich mit Gewaltereignissen in anderen Settings beschäftigen, bzw. die andere Zielgruppen untersuchen, wurden nicht inkludiert. Der betrachtete Veröffentlichungszeitraum wurde auf die Jahre Januar 2013 bis Mai 2018 begrenzt, um eine ausreichende Aktualität und eine überschaubare Auswahl der Publikationen zu gewährleisten.

2.2 Quantitative Befragung

Um möglichst breit die Gewaltsituation in deutschen Notfallambulanzen erfassen zu können, wurde eine Online-Befragung durchgeführt, mit der eine gute Erreichbarkeit vieler verschiedener Personen auf großem geografischem Raum möglich ist (Mayer, H.O. 2013: 105).

Feldzugang

Die Erschließung der hessischen Kliniken mit Notaufnahme erfolgte über den Versorgungsatlas 2016 des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI 2017). In diesem wird das Bundesland Hessen in sechs Versorgungsgebiete unterteilt (Kassel, Fulda-Bad Hersfeld, Gießen-Marburg, Wiesbaden-Limburg, Frankfurt-Offenbach, Darmstadt). Die Notfallversorgung der Standorte wird in unabdingbar, fachspezifisch und ergänzend unterschieden. Nach dem hessischen Versorgungsatlas beteiligten sich im Jahr 2016 insgesamt 91 Standorte an der Notfallversorgung. Die Anzahl der Kliniken mit Notaufnahme pro Versorgungsgebiet ist in Tabelle 4 dargestellt.

Tabelle 4: Notfallversorgung Hessen nach Versorgungsgebieten

Versorgungsgebiet	unabdingbar	fachspezifisch	ergänzend	Insgesamt
Kassel	14	3	2	19
Fulda- Bad Hersfeld	7	-	1	8
Gießen- Marburg	12	1	2	15
Wiesbaden- Limburg	7	1	-	8
Frankfurt- Offenbach	19	2	7	28
Darmstadt	8	1	4	13
Insgesamt	67	8	16	91

Quelle: Eigene Darstellung, frei nach: HMSI (2017: 63 ff.)

Als weitere Quellen wurden die Internetseiten des deutschen Krankenhausverzeichnisses und der interdisziplinäre Versorgungsnachweis (IVENA) zum Abgleich herangezogen. Beim deutschen Krankenhausverzeichnis ergab die Suche nach Kliniken mit Schwerpunktversorgung Notfallmedizin 66 Treffer, auf der IVENA Seite werden unter Kliniken mit zentraler Notaufnahme (ZNA) 11 Kliniken aufgeführt. Die jeweiligen Treffer werden auch im Versorgungsatlas als Kliniken mit Notaufnahme aufgeführt. Da der hessische Versorgungsatlas die hessische Notaufnahmelandschaft am besten abzubilden scheint, wurde dieser als Grundlage für die Rekrutierung der Notaufnahmeeinrichtungen der Kliniken genutzt.

Die 91 Kliniken, die laut hessischem Versorgungsatlas im Jahr 2016 Standorte der Notfallversorgung waren, wurden telefonisch kontaktiert. Die Kontaktdaten wurden den Internetseiten der entsprechenden Kliniken entnommen. Vorzugsweise wurden direkt die ärztlichen oder pflegerischen Leiter*innen der Notaufnahmen angesprochen. Waren keine Ansprechpersonen angegeben, wurde die ärztliche Geschäftsleitung, die Pflegedirektion oder die Stelle für Öffentlichkeitsarbeit kontaktiert. Ziel der ersten Kontaktaufnahme war es zunächst in Erfahrung zu bringen, ob die Kliniken über eine eigene Notaufnahmeeinrichtung verfügen. Von 91 kontaktierten Kliniken gaben sechs Kliniken an, nicht an der Notfallversorgung teilzunehmen. Die Zahl der potentiell teilnehmenden Kliniken betrug somit 85. Verfügten die Kliniken über eine Notaufnahme, wurden die Kontaktdaten der jeweiligen Ansprechpersonen für

diese erfragt. Größtenteils wurden Personen aus dem medizinisch/pflegerischen Bereich der Notaufnahme oder der Geschäftsführung genannt. Bei drei Kliniken lief das weitere Prozedere über die Pressestelle, das Chefarztsekretariat, bzw. eine hausinterne Projektkoordinatorin. Wurde eine Teilnahme nicht von vornherein ausgeschlossen, wurde den Ansprechpersonen ein kurzes Anschreiben mit den wichtigsten Informationen per E-Mail oder postalisch zugesendet. Bestand daraufhin generelles Interesse an einer Teilnahme, wurde eine Projektskizze mit einer Einverständniserklärung versendet.

Mit der Einverständniserklärung wurden die Ansprechpersonen gebeten, einige Angaben zu ihrer Einrichtung und ihrer Person zu machen. Neben den Kontaktdaten der Ansprechpersonen wurde die Versorgungsstufe der Klinik, ob die Klinik über eine zentrale Notaufnahme verfügt, die Anzahl der Behandlungsplätze, durchschnittliche Notfallbehandlungen pro Jahr, die Anzahl der Beschäftigten in der Notaufnahme, weitere dezentrale Notaufnahmen und das Vorhandensein eines Konzepts zum Umgang mit Gewalt abgefragt. Nach Versendung der Einverständniserklärung wurden die Ansprechpersonen erneut telefonisch oder per E-Mail kontaktiert, bis eine Absage oder die Einverständniserklärung vorlag. Der Stichtag für die Zusendung der Einverständniserklärungen war der 20.07.2018.

Um den Rücklauf der Onlinebefragung in den teilnehmenden Kliniken zu erhöhen, wurden zwei Mittel gewählt. Zum einen wurde ein Flyer erstellt, der den Ansprechpersonen in der Woche vor Beginn der Erhebung mit dem Hinweis zugesendet wurde, diesen an die Beschäftigten der Notaufnahme zu verteilen. Der Flyer enthält Informationen zu Laufzeit, Hintergrund und Ziel der Erhebung sowie zur Anonymität und den Zugängen zur Erhebung (QR-Code und Link). Zum anderen wurde sowohl zu Beginn, als auch zwei Wochen nach Beginn der Erhebung, eine E-Mail mit dem Link zur Befragung und einer kurzen Info an die Ansprechpersonen der jeweiligen Einrichtungen geschickt. Auf Grund des Datenschutzes konnten die Beschäftigten der Notaufnahmen nicht direkt kontaktiert werden. Daher wurden die Ansprechpersonen gebeten, die E-Mails an die Beschäftigten weiterzuleiten.

Fragebogen

Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte in drei Schritten. Zunächst wurden bereits vorhandene Instrumente zum Themengebiet Gewalt im klinischen Setting identifiziert und analysiert. Hierzu gehören der Fragebogen aus der Studie von Schablon, A. et al. (2012b), der Erfassungsbogen SOAS-R von Nijman, H.L.I. et al. (1999) und der Fragebogen aus einem Pilotprojekt, welches im Rahmen einer Abschlussarbeit zu Gewalt in der Notaufnahme an der Hochschule Fulda durchgeführt wurde (Schuffenhauer, H.; Güzel-Freudenstein, G. 2019). Auf deren Grundlage und anhand der Fragestellung wurde ein erster Entwurf verfasst. Dieser wurde in einem nächsten Schritt im wissenschaftlichen Team, welches sich aus den Disziplinen Arbeitsmedizin, Personalmanagement, Gesundheitsförderung sowie Pflege- und Gesundheitswissenschaften zusammensetzte, konzeptionell überarbeitet. In einem dritten

Schritt wurde das Instrument einem Pretest unterzogen, dessen Ergebnisse wiederum im Team diskutiert und in das Instrument eingearbeitet wurden. Das Pretesting erfolgte in einer internistischen sowie einer pädiatrischen Notaufnahme in einer Münchner Klinik. Aufgrund der stark begrenzten zeitlichen Ressourcen wurde der Fragebogen in Fokusgruppen besprochen. Hierbei wurde der Fragebogen zunächst von allen Personen ausgefüllt, wobei die Zeit gestoppt wurde. Anschließend wurde der Fragebogen anhand eines Leitfadens in der Gruppe diskutiert. Die Gespräche wurden mit dem Einverständnis der teilnehmenden Personen aufgezeichnet und transkribiert. Aus den Transkripten wurden die Anmerkungen paraphrasiert und zusammengefasst. Insgesamt nahmen an drei Terminen neun Personen an den Fokusgruppen teil. Die Ergebnisse wurden im Team diskutiert und in das Instrument eingearbeitet.

Aufbau des Fragebogens

Das fertige Instrument unterteilt sich in fünf Subtests mit insgesamt 40 Fragen

Subtest 1: Allgemeine Angaben zur Notaufnahme (5 Fragen zu Fachrichtung, Räumlichkeiten, Sicherheitsgefühl und Normalisierung von Gewalt)

Subtest 2: Ereignisse in den letzten 12 Monaten (9 Fragen zu Häufigkeit, Tatpersonengruppen von verbalen, körperlichen und sexualisierten Ereignissen)

Subtest 3: Kontextfaktoren (11 Fragen zu Auslösern, Maßnahmen, Dokumentations-Meldeverhalten, Empfinden, physische/psychische Folgen, Belastungsempfinden (inkl. Dauer), Verarbeitung)

Subtest 4: Institutionelle Nachsorge- und Präventionsangebote (6 Fragen zum Angebot und Wunsch von Nachsorge und Vorkehrungen)

Subtest 5: Soziodemografische Daten (9 Fragen zu Geschlecht, Alter, Profession, Schichtsystem, Arbeitswochenstunden, Berufserfahrung)

Subtest 1:

Die drei halboffenen Fragen (inkl. offene Angaben zu „Andere“) zur Fachrichtung, zu Räumlichkeiten und zur Personalbesetzung in der Notaufnahme sollen Aufschluss über die Struktur der Notaufnahmen geben. Diese Fragen wurden im wissenschaftlichen Team entwickelt und auf Grundlage der Pretest-Interviews überarbeitet und angepasst. Da sich in den Pretests herausstellte, dass die Frage zur Personalbesetzung für manche Personen nicht einfach zu beantworten war, wurde diese zu den soziodemografischen Daten verschoben, um so eine Frustration beim Ausfüllen des Fragebogens zu vermeiden.

Im ersten Teil der Befragung wurde der Begriff „Gewalt“ bewusst vermieden, um hier eine Beeinflussung des Antwortverhaltens durch mögliche individuell unterschiedliche Definitionen und Wertungen zu vermeiden. Die Fragen zum Sicherheitsgefühl (tagsüber und nachts) sind geschlossen mit einer vier Punkte-Skala (immer bis nie sicher) aufgebaut. Zusätzlich wird in einer weiteren geschlossenen Frage nach der Zustimmung zur „Normalität“ von Gewalt in der Notaufnahme gefragt (Vier-Punkte Skala: „Stimme voll und ganz zu“ – „Stimme überhaupt nicht zu“). Diese drei Fragen sollen in der Auswertung zum einen auf Unterschiede in den Geschlechtergruppen getestet werden. Zum anderen sollen Zusammenhänge von Auftreten und Umgang mit Gewaltereignissen überprüft werden.

Subtest 2: Ereignisse der letzten 12 Monate

Bei der Entwicklung des Fragebogens bestanden die Überlegungen sowohl das eindrücklichste Ereignis als auch Ereignisse der letzten 12 Monate zu erfragen. Bei den Pretests wurde beides erhoben. Die Befragten gaben an, dass sie das Gefühl hätten, dass sie Fragen doppelt beantworten müssen. Daher wurde der Fragebogen angepasst und es wurden nur Gewalterlebnisse der letzten 12 Monate erfragt. Retrospektiv Ereignisse aus einem Zeitraum von 12 Monaten zu erheben, stellt eine gewisse Herausforderung an die Befragten dar (Porst, R. 2014: 119 ff.). Die Abfrage eines solch langen Zeitraums kann allerdings bei einem sensiblen Thema wie Gewalt auch dazu führen, dass Fragen eher beantwortet werden (Groves, R.M. et al. 2011: 246). Zudem steigert dies die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zum Thema „Gewalt“.

Die Fragen umfassen verbale, körperliche und sexualisierte Gewaltereignisse. Es werden die Art und Häufigkeit von Gewaltereignissen sowie Personengruppen, von denen die verschiedenen Ereignisse ausgehen, erfasst. Die Art der Gewaltereignisse wird in halboffenen Fragen erhoben. Eine offene Kategorie am Ende gibt den Befragten die Möglichkeit, weitere Ereignisse, die durch die vorgegebenen Kategorien nicht abgefragt wurden, zu ergänzen. Die vorgegebenen Kategorien sind ein Konglomerat aus den hinzugezogenen Fragebögen von Schablon, A. et al. (2012b) und Schuffenhauer, H.; Güzel-Freudenstein G. (2019), wobei ausschließlich Ereignisse gegenüber Beschäftigten erhoben werden. Die Häufigkeit wird in geschlossenen Fragen erfasst, wobei vierstufig (Eher täglich, Eher wöchentlich, Eher monatlich, Seltener als monatlich) skaliert wurde. Als Täter*innengruppen werden weibliche und männliche Patient*innen, weibliche und männliche Begleitpersonen sowie „Andere und zwar“ aufgeführt. In einer Ratingfrage sollten diese jeweils für verbale, körperliche und sexualisierte Ereignisse der Häufigkeit nach angeordnet werden. Ziel ist es zu erfassen, ob Gewalt von bestimmten Personengruppen häufiger ausgeht.

Subtest 3: Kontextfaktoren

Die halboffenen Fragen nach Auslöser und Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen orientieren sich an Schablon A. et al. (2012b). Bei den Auslösern wurde nach den fünf am häufigsten beobachteten gefragt. Hätte man allgemein nach Auslösern gefragt, wäre die Wahrscheinlichkeit hoch gewesen, dass viele Befragte alle Auslöser ankreuzen. Da unter anderem diese beiden Fragen darauf abzielen, Handlungsempfehlungen zu entwickeln, ist es notwendig, die „wichtigsten“ Auslöser zu identifizieren, auch wenn dies subjektive Einschätzungen sind.

Die anschließenden sechs Fragen beziehen sich sowohl auf physische, als auch psychische, bzw. psychosomatische Folgen von Gewaltereignissen. Es werden Gefühle direkt nach einem Ereignis in einer halboffenen Frage erhoben, zusätzlich psychische bzw. psychosomatische Reaktionen in einem längeren Zeitraum nach Gewaltereignissen. Auch wenn letztere Frage lediglich ein subjektives Bild der Befragten wiedergibt, lässt sich hieraus ggf. weiterer Forschungsbedarf ableiten. In einer weiteren Frage wird das Belastungsempfinden durch Gewaltereignisse insgesamt, mittels einer 10- stufigen Rating- Skala, erhoben. Auch im Erhebungsinstrument von Schablon A. et al. (2012b) wird die Belastung mittels einer solchen Skala erfasst. Die NRS Schmerzskala (Numerische Rating Skala) ist in der medizinischen Versorgung ein weit verbreitetes Instrument, um Patient*innen ihre Schmerzen auf einer 10-Punkte Skala einschätzen zu lassen (0= keine Schmerzen, 10= der schlimmste, vorstellbare Schmerz). Daher ist davon auszugehen, dass diese Art der Skalierung in einem klinischen Setting für die Befragten einfach zu beantworten ist. Anschließend wurde gefragt, über welchen Zeitraum erlebte Gewaltereignisse die Befragten beschäftigten. Auch körperliche Beeinträchtigungen und Krankheitstage aufgrund von Gewaltereignissen wurden erfasst. Mit einer weiteren halboffenen Frage wurden Verarbeitungsstrategien von Gewaltereignissen, wie bspw. das Gespräch mit Kolleg*innen oder das Wahrnehmen von Nachsorgeangeboten erhoben. Die Erhebung der Kontextfaktoren dient dazu aufzuzeigen, ob es zwischen den Geschlechtergruppen Unterschiede hinsichtlich Belastungsempfinden, Umgang und Verarbeitung von Gewaltereignissen gibt, um hieraus ggf. geschlechterspezifische Maßnahmen ableiten zu können.

Subtest 4: Institutionelle Präventions- und Nachsorgeangebote

Der vorletzte Teil beschäftigte sich mit Präventions- und Nachsorgeangeboten der Einrichtungen. In jeweils zwei geschlossenen Fragen wurde das Vorhandensein verschiedener Vor- und Nachsorgeangebote erfasst. Mittels zweier halboffener Fragen wurden weitere Angebote in den Einrichtungen erfragt. In zwei offenen Fragen konnten die Befragten äußern, welche weiteren Angebote sie sich wünschen. Durch diese Fragen sollte zum einen ein Überblick über bereits bestehende Angebote gegeben werden. Zum anderen sollten hier Hinweise auf notwendige, aus Sicht der Beschäftigten, sinnvolle Angebote gewonnen werden können.

Subtest 5: Soziodemographische Daten

Abschließend wurden die soziodemografischen Angaben zu Geschlecht, Alter, Funktion in der Notaufnahme, Wochenarbeitszeit und Berufserfahrung erhoben. Anhand dieser Angaben wurden bei der Auswertung verschiedene, gruppenbezogene Auswertungen vorgenommen. Obwohl bei den Ereignissen unter anderem „rassistische Äußerungen“ gegenüber den Befragten erhoben wurden, wurde darauf verzichtet, den Migrationshintergrund zu erheben, da zum einen die Erfassung der Häufigkeit des Ereignisses gegenüber Beschäftigten in der Notaufnahme und damit des Belastungsfaktors an sich im Vordergrund stand. Zum anderen gibt es neben der behördlichen Festlegung der Zugehörigkeit zur Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund nach § 4 Migrationshintergrund-Erhebungsverordnung (MighEV) eine Vielzahl weiterer Festlegungen, die sich je nach Zielsetzung unterschiedlicher Variablen bedienen, die zudem unterschiedlich operationalisiert sind (Settelmeyer, A.; Erbe, J. 2010; Statistisches Bundesamt 2017; Statistisches Bundesamt 2013). So können insbesondere hinsichtlich der Selbst- und Fremdzuordnung bezüglich des eigenen Migrationshintergrundes durch Individuen sehr unterschiedliche Kriterien herangezogen werden.

Zusätzlich zu den soziodemografischen Daten wird in diesem letzten Teil, wie eingangs erwähnt, nach den Personalzahlen in der Notaufnahme gefragt. Da die Personen im Pretest damit Probleme hatten, wurde diese Frage ans Ende des Erhebungsinstruments gestellt, um Frustration beim Ausfüllen zu Beginn des Fragebogens zu vermeiden. Hier wird zunächst gefragt, in welchem Schichtsystem die befragte Person arbeitet. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass sowohl ärztliches, als auch pflegerisches Personal befragt wird, wobei davon auszugehen ist, dass ärztliches Personal häufiger im Zwei-Schicht-System, pflegerisches Personal häufiger im Drei-Schicht-System arbeitet. Dies sollte den Personen erleichtern, die Anzahl der anwesenden Personen in der Notaufnahme in ihrem Schichtsystem anzugeben. Durch diese Angaben sollten zum einen Rückschlüsse auf die Größe der Notaufnahme gezogen werden. Zum anderen sollte so getestet werden können, ob es Korrelationen zwischen dem Sicherheitsgefühl und der Anzahl der Mitarbeiter*innen gibt. Abschließend wurde den Befragten die Möglichkeit gegeben, weitere Anmerkungen zum Thema allgemein oder zum Fragebogen zu machen.

Online-Tool

Der Fragebogen wurde in das Online-Umfragetool Lamapoll eingearbeitet. Der Link zur Befragung war im Zeitraum von 06.-31.08.2018 freigeschaltet. Der Zeitraum wurde bewusst nach Ende der hessischen Sommerschulferien angesetzt. Da im Vorfeld bekannt war, dass in den teilnehmenden Kliniken nicht alle Beschäftigten über einen eigenen Computerzugang verfügen, wurde die Cookie-Sperre in Lamapoll abgeschaltet. So kann zwar nicht verhindert werden, dass Personen den Fragebogen zweimal ausfüllen (was ohnehin mittels anderer Endgeräte möglich gewesen wäre), jedoch wird gewährleistet, dass jede*r die Fragen am Arbeitsplatz beantworten kann. Dieser Faktor überwog.

Methoden ermöglichten einen kritischen fachlichen Diskurs. Unter arbeitsmedizinischen Gesichtspunkten wurden die physischen und psychischen Gefährdungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfasst und unter Berücksichtigung der Geschlechterperspektive beurteilt sowie geschlechtersensible Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements abgeleitet. Aus Sicht des Personalmanagements wurden unter Einbezug des aus der gendersensiblen Betrachtung erhobenen Bedarfs an Maßnahmen die Arbeitsplatz- und Dienstplangestaltung sowie die Personalführung und das übergeordnete betriebliche Gesundheitsmanagement analysiert. Dabei wurden einzelne Aspekte auch aus beiden Perspektiven gleichzeitig betrachtet.

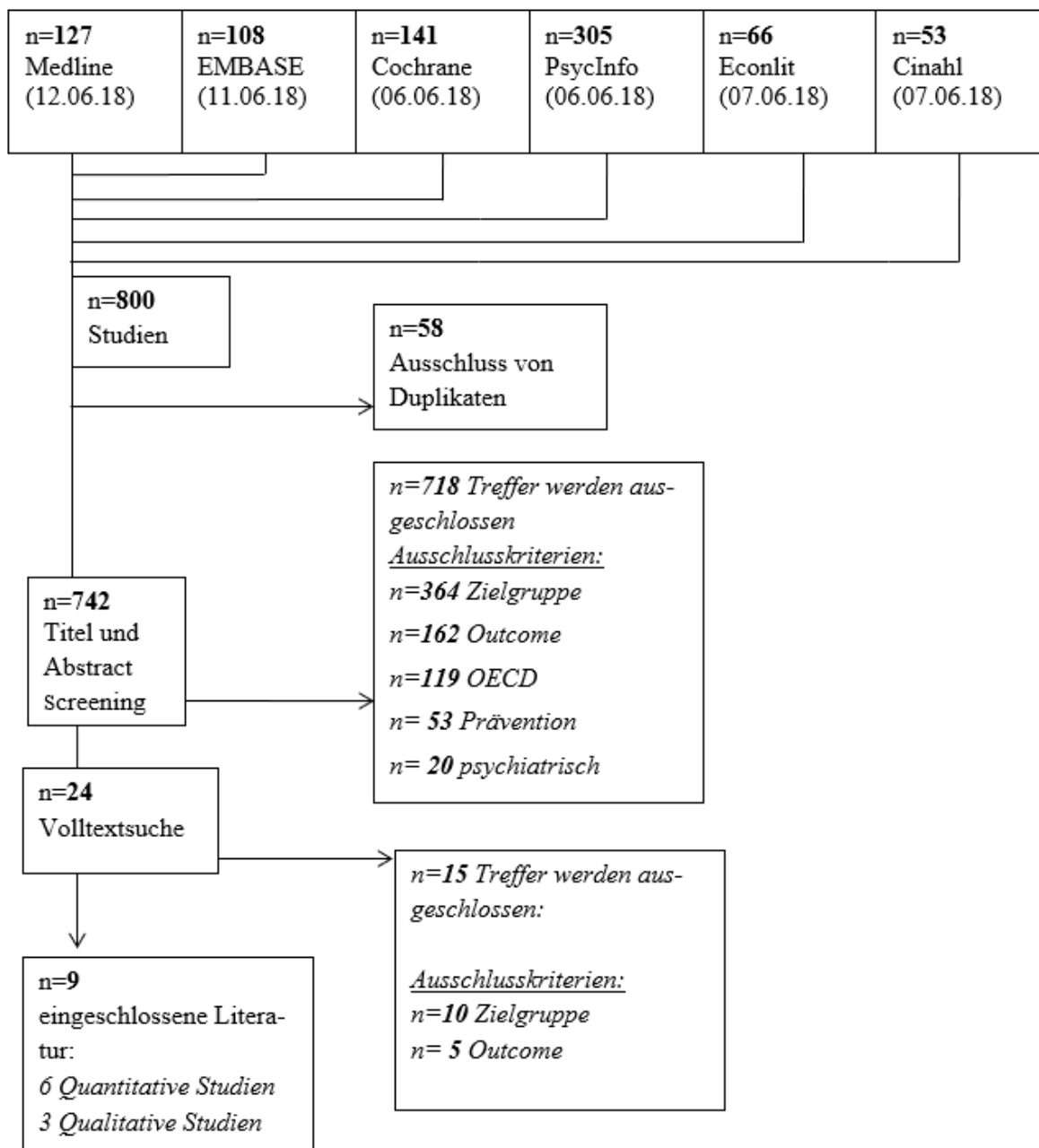
3. Ergebnisse

3.1 Systematische Literaturrecherche

3.1.1 Suchverlauf

In dem folgenden Flussdiagramm (Abb. 1) werden die Ergebnistreffer der Datenbankrecherche in „Pubmed“; „Embase“; „Psycinfo“, „Cochrane“, „Econlit“ und „Cinahl“ dargestellt.

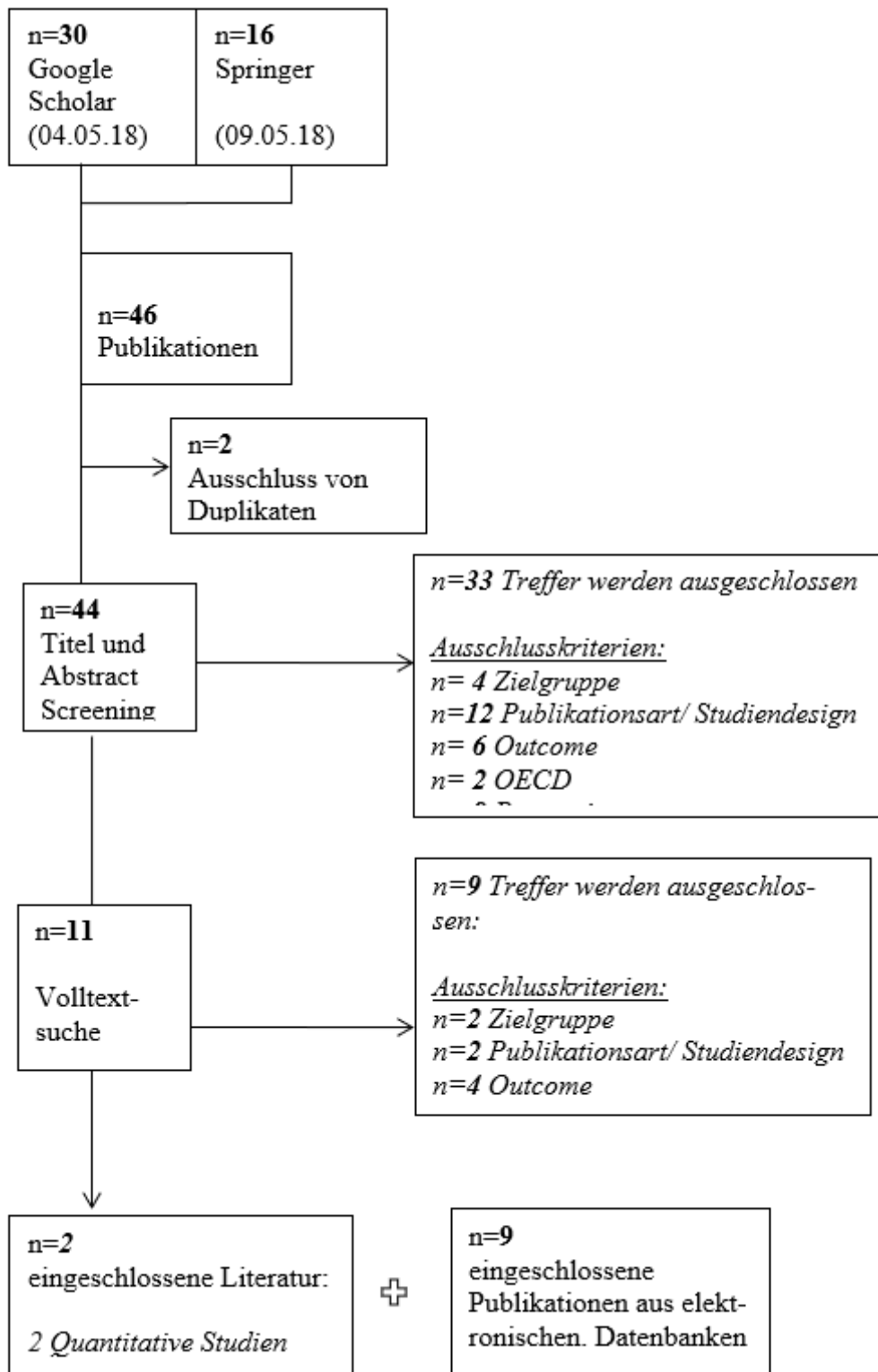
Abbildung 1: Flussdiagramm der Datenbankrecherche



Nach Ausschluss von 58 Duplikaten betrug die Treffermenge 742 Publikationen. Beim Screening der Literatur nach Titel und Abstract, wurden die festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (Tab. 3) berücksichtigt. Häufig nahmen die publizierten Studien Bezug zu dem Setting „psychiatrische Abteilung“ oder untersuchten eine bestimmte Belastungsart (z.B. psychische Belastungen). Demnach konnten 718 Publikationen ausgeschlossen werden. Es verblieben 24 für relevant empfundene Veröffentlichungen, bei welchen ein Volltextscreening notwendig war. Anhand der definierten Kriterien wurde die endgültige Entscheidung über den Einschluss getroffen. Demnach konnten weitere 15 Publikationen ausgeschlossen werden und 9 Veröffentlichungen für die Bearbeitung der Fragestellung genutzt werden. Die folgende Gesamtübersicht präsentiert im Flussdiagramm den Rechercheverlauf aus der Datenbankrecherche, sowie der ergänzenden Literaturrecherche. Die Treffermenge aus der ergänzenden Literaturrecherche betrug insgesamt 46 Publikationen. Unter Berücksichtigung der Er-

gebnisse aus der Datenbankrecherche und der eingeschlossenen Literatur aus der ergänzenden Recherche, konnten für das Projekt insgesamt 11 Publikationen genutzt werden.

Abbildung 2: Flussdiagramm der Gesamtliteratur



3.1.2 Studiencharakteristika: Quantitative Studien

Gillespie et al. (2017)

Die Studie "Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments" von Gillespie et al. (2017) konzentriert sich auf Unterschiede zwischen zwei freistehenden Notaufnahmen und vier krankenhausintegrierten Notaufnahmen aus dem mittleren Westen der Vereinigten Staaten. Dabei sollte vor allen Dingen untersucht werden, welche Faktoren mit verbalen Beschimpfungen und Androhungen von Gewalt sowie körperlichen Angriffen in Notaufnahmen in Verbindung gebracht werden. Erhoben wurde außerdem die Häufigkeit von Gewaltandrohungen, verbalen Gewalterlebnissen und körperlichen Übergriffen. Eingeschlossen wurden volljährige Pflegekräfte, die in direkter Interaktion mit Patienten oder Besuchern der Notaufnahme stehen und dort seit mindestens sechs Monaten vor Studienbeginn gearbeitet haben. Pro Studienort wurden in etwa 50 Personen rekrutiert. Von 280 Befragten waren 53,6% Krankenschwestern und 79,4% hatten eine Vollzeitstelle (Gillespie, G.L. et al. 2017: 275f.).

Copeland und Henry (2017)

Die Querschnittstudie „Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members: Experiences, Expectations, Tolerance, Reporting, and Recommendations" von Copeland, D.; Henry, M. (2017) hatte als Zielsetzung die Gewaltprävalenz beim Personal von Notaufnahmen zu erheben. Darüber hinaus sollte die Wahrnehmung von Sicherheit und Toleranz sowie Erwartungen der Mitarbeiter gegenüber Gewalt erfragt werden. Ein weiterer Fragenkomplex nahm Bezug auf das Berichtsverhalten zu Gewaltvorfällen. Abgefragte demografische Variablen wurden in der Auswertung mit den Gewalterfahrungen, der Gewalttoleranz sowie den Sicherheitsvorstellungen und dem Berichtsverhalten in Beziehung gesetzt und der Zusammenhang untersucht. Zuletzt wurde die Meinung des Personals über geeignete Maßnahmen ermittelt, welche die Arbeitsplatzsicherheit verbessern sollten. Insgesamt haben 121 Mitarbeiter*innen an der Befragung teilgenommen. Eingeschlossen wurden lediglich Voll- und Teilzeitkräfte der Notaufnahme, Mitarbeiter*innen, die in rotierenden oder flexiblen Schichten arbeiteten, wurden zum Zweck eines klaren Bildes aus der Befragung ausgeschlossen (Copeland, D.; Henry, M. 2017: 66ff.).

Petersen et al. (2016)

Die deutschsprachige Studie „Aggression und subjektive Gefährdung in der Notfallmedizin" von Petersen et al. (2016) erhob im Rahmen des Kongresses für Anästhesiologie und Intensivtherapie die Art und den Umfang von Gewalttaten gegenüber Mitarbeitenden der Notfallmedizin. Neben demografischen Daten wie der beruflichen Tätigkeit/Berufsfeld, wurden körperliche und verbale Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz abgefragt, wie auch das fachliche und persönliche Sicherheitsgefühl während Notfalleinsätzen. Ebenfalls thematisiert wurde die Vorbereitung auf Konfliktsituationen. Bezugnehmend auf Gewaltereignisse am Arbeitsplatz wurde der Unterschied zwischen Männern und Frauen untersucht und mithilfe des Chi-

Quadrat-Tests auf Signifikanz geprüft. Von 3.159 Kongressteilnehmern haben 903 den Fragebogen beantwortet. Darunter waren 52,9% männlich und 47,1% weiblich (Petersen, S. et al. 2016: 580).

Lindner et al. (2015)

Die deutschsprachige Studie „Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal“ von Lindner et al. (2015) hatte das Ziel, persönlich erlebte verbale und körperliche Aggressionen von Mitarbeitern zu erheben. Ähnlich wie in der Studie von Petersen et al. (2016) wurde auch hier die Selbsteinschätzung zur persönlichen Vorbereitung in Bezug auf eskalierende Situationen erfragt. Anhand der Ergebnisse wurden bestimmte Situationen und Uhrzeiten, in welchen gehäuft aggressive Verhaltensweisen stattfanden, identifiziert und aggressionsauslösende Reize im (Tat-)umfeld thematisiert. Des Weiteren wurden mögliche Präventionsmaßnahmen erfragt. Berücksichtigt wurden Mitarbeiter*innen aus Kliniken in welchen eine Akutversorgung geleistet wird, die innerhalb der letzten sechs Monate Aggressionen jeglicher Art erlebten. Insgesamt haben 215 Mitarbeiter*innen aus Notaufnahmen der drei Standorte der Charité in Berlin an der Befragung teilgenommen. 52 Befragte waren in der Notaufnahme, im Rettungsdienst, wie auch ambulant tätig (Lindner, T. et al. 2015: 195f.).

Ferri et al. (2016)

Die italienische Studie “Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital” von Ferri et al. (2016) ist eine Querschnittstudie. In Zusammenhang mit arbeitsplatzbezogener Gewalt wurden in dieser Publikation zum einen die Häufigkeiten und Eigenschaften den verschiedenen Arbeitsbereichen und unterschiedlichen Fachleuten eines Allgemeinkrankenhauses gegenübergestellt und zum anderen die klinischen und organisatorischen Faktoren, die mit diesem Phänomen in Verbindung stehen, ermittelt. Untersucht wurden die schlimmsten Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz der letzten 12 Monate sowie die Gewaltart, Tätergruppe, Arbeitsschicht und Räumlichkeiten, in welchen die Tat erlebt wurde. Es wurde ein Vergleich zwischen den Krankenhausabteilungen und Berufsgruppen hergestellt sowie der Unterschied der Gewalterfahrungen zwischen Männern und Frauen erforscht. Von 115 Arbeitskräften der Notaufnahme, haben 51 an der Befragung teilgenommen. Somit war ein Rücklauf von 44% zu verzeichnen (Ferri, P. et al. 2016: 265ff.).

Speroni et al. (2014)

Bei der amerikanischen Studie “Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors” von Speroni et al. (2014) wurde neben einer Online-Umfrage eine retrospektive Datenbankanalyse durchgeführt. Im Fokus der Befragung standen die Gewaltarten, Gewaltauslöser und die Tätergruppen. Darüber hinaus wurden das Meldeverhalten, der Verlust der Arbeitszeit und die Höhe der Kosten für die Versorgung und die Nachsorge des Personals erfragt. Zusätzlich wurde eine Datenanalyse mit dem Vergleich zwischen Krankenschwestern in Notaufnahmen und Krankenschwestern, die in Abteilungen außerhalb der Notaufnahme arbeiten, durchgeführt. In einem offenen Kommentar konnten

sich die Mitarbeiter*innen zu weiteren Themen äußern. (WPV-Vorfälle im vergangenen Jahr und über die Karriere einer Krankenschwester). Von 479 Mitarbeitern aus der Notaufnahme, haben insgesamt 92 an der Befragung teilgenommen (Speroni, K.G. et al. 2014: 219f.).

Pich et al. (2017)

Ziel der Studie „Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage)“ von Pich et al. (2017) war es, über patientenbezogene Gewalt von Notfallkrankenschwestern in Australien zu berichten. Primäres Outcome war hierbei die Wahrscheinlichkeit/ das Risiko in den letzten sechs Monaten einen Gewaltübergriff zu erleben sowie die damit zusammenhängenden demografischen, patientenspezifischen, pflegebedürftigen und notfallfachspezifischen Variablen. Die Publikation beleuchtet ebenfalls gewaltauslösende Faktoren. Einbezogen wurden Krankenschwestern, die in den letzten sechs Monaten in einer australischen Notaufnahme gearbeitet haben und Mitglieder des College of Emergency Nurses Australasia (CENA) waren. Von möglichen 1.124 Mitarbeitern*innen, haben 537 an der Befragung teilgenommen (Pich, J.V. et al. 2017: 108f.).

Hyland; Watts; Fry (2016)

Auch in der australischen Studie “Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses’ perceptions of this challenging behavior“ von Hyland et al. (2016) wurden zwei Methoden angewandt. Zum einen lieferte eine zwölf-monatige retrospektive Analyse aus der Datenbank des Vorfallmanagements eine informative Datengrundlage und zum anderen wurde die Wahrnehmung, der in der Notaufnahme arbeitenden Krankenschwestern aus zwei Bezirkskrankenhäusern in Sydney untersucht. Angestrebt wurde in dieser Publikation, den Tag, den Zeitpunkt und die Aufenthaltsdauer der Täter zu erfahren und auf diese Weise spezifische Merkmale und Muster der gemeldeten Vorfälle von herausforderndem Verhalten zu identifizieren. Des Weiteren wurde mithilfe eines Fragebogens die Wahrnehmung von Notfall-Krankenschwestern bei der Pflege von Patienten*innen mit herausforderndem Verhalten im Hinblick auf Häufigkeit und Art der Gewalt erhoben. 53 von 80 möglichen Teilnehmern*innen wurden gezielt ausgewählt, da sie länger als ein Jahr Erfahrung als Krankenschwester in der Notaufnahme vorweisen konnten. Auch in dieser Studie wurde ein offener Kommentar für weitere Themen angeboten (Hyland, S. et al. 2016:144).

3.1.3 Studiencharakteristika: Qualitative Studien

Knowles et al. (2013)

Die qualitative Studie "I'm going to learn how to run quick': Exploring violence directed towards staff in the Emergency Department" von Knowles et al. (2013) mit zusätzlicher Datenanalyse beinhaltet Interviews von 16 Personen (12 Frauen, 4 Männern) aus insgesamt vier Notfallaufnahmen in England. 13 der Mitarbeiter*innen arbeiteten bereits über 10 Jahre in einer Notaufnahme. Die Notaufnahmen boten einen 24-Stunden-Service mit Wiederbelebungsmöglichkeiten an. Zur Auswahl der Teilnehmer*innen wurde eine Convenience-Stichprobe verwendet. Alle in der Notaufnahme tätigen Mitarbeiter*innen konnten an der Studie teilnehmen. Das Personal wurde über den Besuch des Forschers informiert und die leitende Krankenschwester war für die Befreiung der Mitarbeiter*innen zum Zweck des Gesprächs zuständig. Um Daten zu erfassen, wurden gemischte Methoden angewandt: Drei Tage lang wurden Vorfallberichtsformulare gesichtet, um die gemeldete Häufigkeit von Gewalt und Aggression zu ermitteln. Zudem wurden ethnographische Beobachtungen angestrebt sowie semistrukturierte Interviews durchgeführt. Die Intention war es, die Inzidenz von Gewalt zu erfahren und mithilfe der Interviews sowie Beobachtungen und Erfahrungen der Mitarbeiter*innen auslösende Faktoren zu erschließen. Vier große Themenbereiche konnten identifiziert werden: Die Gewaltinzidenz; Probleme mit dem Berichtsprozess; Gewaltauswirkungen und Wahrnehmungen der Mitarbeiter weshalb sie Gewalt ausgesetzt sind (Knowles, E. et al. 2013: 926f.).

Ramacciati et al. (2015)

In der Studie „Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study“, haben Ramacciati et al. (2015) im Rahmen einer Fokusgruppe eine ausgewählte Stichprobe befragt. Insgesamt nahmen neun Personen (6 Frauen, 3 Männer) mit Gewalterfahrungen aus sechs verschiedenen italienischen Notfalldiensten an der Fokusgruppe teil. Ein phänomenologischer Ansatz wurde verwendet und Annahmen sowie frühere Ergebnisse wurden beiseitegelegt (bracketing). Die qualitative Studie zielt darauf ab, Gefühle zu untersuchen, die Krankenschwestern nach Episoden von Gewalt am Arbeitsplatz erlebt haben. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und die vollständige Anonymität wurde gewährleistet. Zu erhobenen personenbezogenen Daten gehörten das Alter, der Abschluss, berufliche Qualifikation, das Dienstalder und der Tätigkeitsbereich in der Notaufnahme. Die qualitative Methode sollte der Entfaltung von vollständiger, reichhaltiger, introspektiver Beschreibungen dienen, die es ermöglichen das Phänomen von Gewalt zu erforschen und zu untersuchen. Die Datenanalyse wurde mit der Colaizzi-Methode durchgeführt, aus welcher 10 signifikante Themenfelder hervorgingen. Die Datenanalyse ergab, dass Krankenschwestern der Meinung sind, dass gewalttätige Episoden „unvermeidlich“ sind und dass sie das Gefühl haben, sich an ein hohes Maß von Gewalt gewöhnt zu haben. Sie leiden unter Gefühlen der „Unzulänglichkeit“, aber sind sich auch bewusst, dass sie selbst Konflikte mit Patient*innen auslösen können. Zudem

ist das Gefühl des „Alleinseins“ vorhanden, da sie sich bei der Bewältigung dieser Probleme von der Institution allein gelassen fühlen. Sie fühlen sich „verletzt“, „verängstigt“, „wütend“; und haben das Gefühl, dass es nicht fair ist. Schlussfolgerungen: Gewaltfälle zu erleiden, hat schwerwiegende und schwere versteckte Kosten“; die ebenso wichtig sind, wie die direkten, greifbaren Kosten (Ramacciati, N. et al. 2015: 275f.).

Ramacciati et al. (2018)

Die qualitative Sekundäranalyse „Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016“ von Ramacciati et al. (2018) entspringt aus Daten einer großen nationalen italienischen Umfrage aus dem Jahr 2016. Eingeschlossen wurden alle staatlich anerkannten Krankenschwestern, die im Unfall- und Notdienst arbeiteten. Der letzte Befragungspunkt war eine offene Frage „Offene Kommentare zu Gewalt am Arbeitsplatz gegenüber Notfall-Krankenschwestern“. 265 (54,3% weiblich) der insgesamt 1.100 teilnehmenden Notfallkrankenschwestern antworteten auf die offene Frage. Dies bildet 7% der gesamten 15.618 Notfall-Krankenschwestern aus 668 Notaufnahmen in Italien ab. Die Datensammlung erfolgte von Juli 2016 bis März 2018. Ziel war es, die subjektive Wahrnehmung der Krankenschwestern zu erfragen und relevante Themenbereiche zu identifizieren. Es konnten schlussendlich 27 kleinere Themen identifiziert werden, die zu vier Hauptthemen zusammengefasst wurden (Ramacciati, N. et al. 2018: 22f.).

Die Teilnehmenden wurden zu den vier großen Themenbereichen befragt: die Wahrnehmung bezüglich körperlicher und verbaler Aggressionen, auslösende Faktoren, Konsequenzen und Lösungen.

3.1.4 Studienbewertung – Methodische Güte

Die methodische Qualität der quantitativen und qualitativen Publikationen wurde auf Grundlage bereits existierender Checklisten bewertet. Die quantitativen Querschnittstudien wurden mittels des Bewertungsbogens von AXIS bewertet und die qualitativen Studien anhand der Checkliste des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).

Die folgende Tabelle bietet eine Gesamtübersicht über die Studien.

Tabelle 5: Studienübersicht

Nr.	Autor	Studienort	Studiendesign	Studiengröße n	Studienqualität
1.	Gillespie et al. 2017	USA	Querschnittstudie /Fragebogen	280 aus 6 NA	gut
2.	Copeland; Henry 2017	USA	Querschnittstudie/ Datenanalyse	121	gut
3.	Petersen et al. 2016	Deutschland	Querschnittstudie/ Fragebogen	903 von 3159	moderat
4.	Lindner et al. 2015	Deutschland/ Berlin	Retrospekt.quantitative Befragung	358 von 698 215 (62,3%) aus NA	moderat
5.	Ferri et al. 2016	Norditalien	Querschnittsstudie/ Fragebogen	51 von 115 NA	gut
6.	Speroni et al. 2014	USA	Fragebogen/ Retrospektive Datenanalyse	92 von 479 NA	gut
7.	Pich et al. 2017	Australien	Querschnittstudie/ Fragebogen	537 von 1124	moderat
8.	Hyland; Watts; Fry 2016	Australien/ Sydney	Multimethodische Studie	53 von 80 NA	gut
9.	Ramacciati et al. 2015	Italien	Qualitative Studie	9	gut
10.	Ramacciati et al. 2018	Italien	Qualitative Studie	265 von 1.100	gut
11.	Knowles et al. 2013	England	Qualitative Studie mit semi- strukturierten Interviews u. Datenanalyse	16 aus 4 NA	moderat

Quelle: Eigene Darstellung

3.1.5 Studienergebnisse

Insgesamt wurden 7.200 Teilnehmer*innen in acht quantitativen Studien befragt. Partizipiert haben 2.984 Teilnehmer*innen, was einem Gesamtrücklauf (Responserate) von 41,4% entspricht. Unter zusätzlicher Betrachtung der qualitativen Studien können Daten von 3.265 Teilnehmern*innen betrachtet werden.

Zur besseren Vergleichbarkeit der Studienergebnisse aus den elf eingeschlossenen Publikationen wurden vorab sechs Kriterien festgelegt, anhand welcher die Texte durchsucht und gegenübergestellt wurden:

- Häufigste Gewalterlebnisse
- Häufigste Tätergruppe
- Auslösende Faktoren für Gewalt am Arbeitsplatz
- der/die am häufigsten betroffene/r Arbeitsbereich/ Berufsgruppe
- Zeitpunkt der Gewaltvorfälle
- Geschlechterunterschiede bei Betroffenen.

Häufigste Gewalterlebnisse

Gemäß den Ergebnissen von Hyland, S. et al. (2016:146) erlebten alle Studienteilnehmer*innen Gewalt in der Notaufnahme. Dabei gilt der verbale Missbrauch als eine der häufigsten Gewaltformen in den eingeschlossenen Studien von Copeland/Henry (2017: 69); Gillespie et al. (2017: 4). Laut Lindner et al. (2015); Hyland et al. (2016:146) und Pich et al. (2017: 109) erlebten sogar mehr als 90-95% der Mitarbeiter*innen verbale Aggressionen. Bei der Differenzierung der verbalen Gewaltarten wurden überwiegend Beschimpfungen (83,6%) und Gewaltandrohungen (53,8%) erfahren (Lindner, T. et al. 2015; Gillespie, G.L. et al. 2017: 4). Die qualitative Studie von Knowles et al. (2013) hebt zudem hervor, dass verbale Gewalt als regelmäßiges Auftreten wahrgenommen wurde.

„Bespuckt zu werden“ war laut der Studie von Hyland et al. (2016: 146) am schwersten zu verarbeiten. Die schwerwiegenderen Berufsunfälle hingegen ereigneten sich laut Speroni et al. (2014: 220) häufig aufgrund von körperlicher Gewalt (63,7%) durch Patienten*innen. Körperliche Übergriffe wurden zwar seltener genannt, allerdings erfuhr laut Petersen et al. (2016) innerhalb der letzten zwölf Monate jede*r vierte Mitarbeiter*in und in den letzten sechs Monaten 33% der Mitarbeiter*innen körperliche Gewalt. Auch Speroni et al. (2014) kommt auf das Ergebnis, dass jeder zweite mindestens einen bis zehn Vorfälle körperlicher Gewalt erlebt hat. Außerdem wird anhand der Ergebnisse von Speroni et al. (2014) deutlich, dass „Anpacken“ (37,8%) dabei die häufigste physische Gewalt darstellt. Im Gegensatz dazu

konnten Ferri et al. (2016) kaum ein Unterschied zwischen verbalen und körperlichen Aggressionen feststellen.

40,4% waren der Meinung, dass verbale Angriffe schwerer zu verarbeiten seien als körperliche Übergriffe (Hyland, S. et al. 2016: 146). In der qualitativen Studie von Knowles et al. (2013: 927) und Ramacciati et al. (2015: 277) wird außerdem deutlich, dass verbale Gewalt als „normales Ereignis/Routine“ empfunden wird und die Mitarbeiter*innen gegenüber Gewalt und Aggressionen bereits abgestumpft sind. Laut Ramacciati et al. (2018: 23) wird die tägliche Gewalt als Teil des Jobs akzeptiert, an die man sich gewöhnt hat und die als unvermeidlich gesehen wird, was die Aussage von Knowles et al. (2013) und Ramacciati et al. (2015) unterstreicht.

Häufigste Tätergruppe

In vier von acht quantitativen Studien zählen die Patienten zur häufigsten Tätergruppe in Bezug auf Gewalt gegenüber den Mitarbeitern*innen der Notaufnahme. Differenzierter waren hierzu die Resultate von Speroni et al. (2014: 220). Es konnte die Spezifizierung gemacht werden, dass häufiger weiße männliche Patienten zwischen 26 und 35 Jahren, die unter Alkohol- und Drogeneinfluss standen, die Angreifer waren. Auch Pich et al. (2017: 109) kam auf das Ergebnis, dass Patienten die 35 Jahre alt oder jünger waren, das größte Gewaltrisiko darstellten. Ähnlich waren die Zahlen von Hyland et al. (2016: 145). In 53% der Fälle wurden Männer im Alter von 34,5 Jahren (SD: 16,2 Jahre) als Angreifer beobachtet. Laut Ferri et al. (2016: 268) waren die männlichen Patienten diejenigen, die statistisch signifikant häufiger körperliche Gewalt begangen haben. Deutlich seltener waren Besucher oder Angehörige die Angreifer. Eine gegensätzliche Aussage ergibt sich aus den Ergebnissen von Ferri et al. (2016), die vor allem in der Notaufnahme und Geriatrie auf die Begleitpersonen verweisen, welche häufiger als Angreifer wahrgenommen wurden.

Auslösende Faktoren

Mehrere unterschiedliche Faktoren wurden als Auslöser für gewalttätige Ereignisse identifiziert. In der Studie von Ferri et al. (2016) traten 63% aller Vorfälle im Warteraum der Notaufnahme auf. Auf ähnliche Ergebnisse kam auch Pich et al. (2017: 109f.) und ermittelte anhand der Fragebögen den Kontakt mit Patienten im Warteraum ($p=0,001$) sowie die Kommunikation mit Patienten*innen ($p=0,003$) als signifikante Auslöser für Gewalt am Arbeitsplatz. Dabei stieg die Wahrscheinlichkeit patientenbezogener Gewalt bei langen Wartezeiten und Verzögerung um mehr als ein Fünffaches an ($OR = 5,11$, 95% CI 2,71-9,66) ($p < 0,001$). Vergleichbares lässt sich anhand der qualitativen Studien feststellen. In der Auswertung von Ramacciati et al. (2018: 23) benannten die Mitarbeiter*innen der Notaufnahme die schlechte Kommunikationsfähigkeit als einen der aggressionsauslösenden Faktoren. Aus den qualitativen Daten von Knowles et al. (2013: 928) ging ebenfalls hervor, dass die Wartezeit als Auslöser gilt und als Produkt sich verändernder Gesellschaft gesehen werden kann, die nicht warten kann. Hinzu würden laut Ramacciati et al. (2018: 24) auch kulturelle, soziale Deter-

minanten und schlechte Manieren kommen. Zudem tragen laut Pich et al. (2017: 109) Workload- und Zeitmanagementprobleme neben schlechtem Kompetenzmix als Risikofaktoren bei. Speroni et al. (2014: 220), wie auch Hyland et al. (2016) und Knowles et al. (2013: 928) benannten psychische Diagnosen (z.B. Demenz/ Alzheimer) (43,5%), Drogensucht (42,5%) und Alkoholeinfluss (40%), als weitere wichtige Faktoren für gewalttätige Ereignisse gegenüber Notfallkrankenschwestern. Die Mitarbeiter*innen sind laut der qualitativen Studie von Knowles et al. (2013: 927) der Meinung, dass die exzessive Alkoholzufuhr die ganze Nacht durch zu einem hohen Anstieg der Gewaltvorkommnisse in den Notaufnahmen geführt hat. Diese drei Faktoren wurden auch bei Pich et al. (2017: 109) als hochsignifikante Risikofaktoren ($p < 0,001$) für Gewalt hervorgehoben.

Berufsgruppen

Die Studien von Gillespie et al. (2017: 4) und Hyland et al. (2016: 145) belegen anhand der Befragungsergebnisse, dass Krankenschwestern zu der Berufsgruppe zählen, die am häufigsten mit Beschimpfungen (91,9%, $p < 0,001$), Gewaltandrohungen (65,8%, $p = 0,041$) oder Körperverletzung (67,3%, $p < 0,001$) konfrontiert wird. Zu ähnlichen Erkenntnissen kamen ebenfalls Ferri et al. (2016) und Speroni et al. (2014). Laut Ferri et al. (2016: 268) waren 67% der Krankenschwestern einem signifikant höheren Risiko ($p = 0,005$) ausgesetzt Gewalt am Arbeitsplatz zu erleben als Pflegekräfte oder Ärzte. Diese These wird auch anhand der Ergebnisse von Ramacciati et al. (2018: 23) untermauert, indem aus den Interviews hervorgeht, dass Krankenschwestern von Patienten*innen und Angehörigen als weniger wichtig gesehen werden im Gegensatz zu Ärzten und als Sündenböcke herhalten müssen. Speroni et al. (2014: 220) haben zudem einen signifikanten Unterschied ($p < 0,001$) zwischen Krankenschwestern und Krankenschwestern einer Notaufnahme feststellen können. Im direkten Vergleich erlebte der Großteil der Notfallkrankenschwestern (96,7%) häufiger Gewalt am Arbeitsplatz als andere Krankenschwestern (73,1%). Darüber hinaus wurden Mitarbeiter*innen, die in Krankenhäusern mit integrierter Notaufnahme arbeiten, signifikant häufiger beschimpft als Mitarbeiter*innen aus freistehenden Notaufnahmen ($p = 0,022$) (Gillespie, G. et al. 2017: 5). Ähnlich verhält es sich mit Gewaltandrohungen ($p = 0,003$) und körperlichen Übergriffen ($p < 0,001$). Copeland/Henry (2017: 71) stellten fest, dass Krankenschwestern, die mehr als 20 Jahre in der Notaufnahme arbeiteten, weniger Gewaltausbrüchen ausgesetzt waren als diejenigen, die kürzer tätig waren ($p = 0,009$). Auf übereinstimmende Ergebnisse kamen Pich et al. (2017: 109), denn das Alter und die Erfahrung von Notfallkrankenschwestern wurden als signifikante Prädiktoren für Gewalttaten identifiziert. Krankenschwestern, die über 40 Jahre alt waren, wiesen ein um etwa 60% geringeres Risiko auf, Gewalt zu erleben ($p = 0,001$), ebenso wie erfahrene Notfallkrankenschwestern ($p = 0,006$). Laut Lindner et al. (2015) waren Ärzte*innen und das Pflegepersonal ungefähr in gleichem Ausmaß verbaler Gewalt ausgesetzt. Im Gegensatz dazu hatte nahezu jede zweite Pflegekraft aber nur jeder fünfte Arzt körperliche Übergriffe innerhalb der letzten sechs Monate erlebt.

Zeitpunkt der Vorfälle

Fünf der elf Studien fanden einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsschicht und den Gewaltübergriffen heraus. Copeland/Henry (2017: 70) konnten anhand der Befragung feststellen, dass vor allem zwischen der Schicht und der Patientengewalt eine Signifikanz besteht. In der Nachtschicht kam es häufiger zu physischem/körperlichen Missbrauch ($p= 0,019$), zu sexuellen Anspielungen ($p= 0,040$) sowie zu drohendem Rechtsstreit ($p < 0,001$). Im Gegensatz dazu gab es während der Tagschicht ein geringeres Ausmaß an Beschimpfungen ($p= 0,056$), allgemeinen Drohungen und sexuellen Anspielungen. Andere Ergebnisse werden von Ferri et al. (2016) nachgewiesen. Die Befragten gaben an, dass sich die meisten Vorfälle am Morgen ereignet haben. In der Studie von Hyland et al. (2016: 145) ereigneten sich 76,5% der Vorkommnisse zwischen 17:01 Uhr und 07:59 Uhr. Diesbezüglich haben Hyland et al. (2016:145) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Ankunftszeit und dem Geschlecht feststellen können. Allerdings konnte zwischen der Ankunft des Patienten und dem Stattfinden des Vorfalls eine Zeitspanne von 109,5 min identifiziert/benannt werden. Anhand der Ergebnisse von Knowles et al. (2013: 927) wird deutlich, dass Mitarbeiter*innen der Meinung sind, dass Gewaltvorfälle nicht mehr ausschließlich in den Nächten an den Wochenenden vorkommen, sondern auch nachts an anderen Wochentagen passieren. Allerdings nehmen die Mitarbeiter*innen in den Nachtschichten an Wochenenden eine andere Haltung am Arbeitsplatz ein.

Geschlechterunterschiede

Während Gillespie et al. (2017: 4) und Petersen et al. (2016) keine signifikanten Geschlechterunterschiede für diverse Arten von Gewalt am Arbeitsplatz feststellen konnten, ergibt die Befragung von Ferri et al. (2016: 268), dass Frauen statistisch signifikant häufiger angegriffen werden als Männer ($\chi^2: p=0,048$). In der Studie von Copeland/Henry (2017: 70) geht hervor, dass Frauen häufiger sexuelle Anspielungen erleben ($\chi^2: p = 0,047$), Männer allerdings mit einer höheren Wahrscheinlichkeit körperlich angegriffen oder misshandelt werden ($\chi^2: p = 0,020$). Aus der qualitativen Studie von Ramacciati et al. (2015: 278) geht hervor, dass das Geschlecht eine wichtige Rolle bei der emotionalen Reaktion auf Gewaltübergriffe zu spielen scheint und die Geschlechter sich angesichts einer drohenden Gewalt unterschiedlich verhalten.

3.2 Quantitative Befragung

Die statistische Auswertung des Datensatzes erfolgte mittels IBM SPSS Statistics 25. Neben der deskriptiven Auswertung wurden Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests durchgeführt.

3.2.1 Stichprobe

Von ca. 1.413 möglichen Personen haben 432 Personen die Fragebögen online ausgefüllt, was einer Beantwortungsrate von ca. 30,57 Prozent entspricht. Von den 432 ausgefüllten Fragebögen gingen nach einer Kontrolle des Rohdatensatzes nach dem vier-Augen-Prinzip 354 Fälle (81,94%, 25,05% von einer Grundgesamtheit von 1.413 Personen) in die statistische Auswertung ein. Gelöscht wurden dabei alle Fälle, die den Fragebogen sicher nicht bearbeitet bzw. sofort zu Beginn abgebrochen hatten (n=48) sowie alle Fälle, die den Fragebogen noch vor der Angabe der Fachrichtung der Notaufnahme bzw. der Räumlichkeiten abgebrochen hatten (n=11). 30 Teilnehmer haben keine Angaben zum Geschlecht gemacht, sodass geschlechtsbezogen 324 Fragebögen analysiert werden konnten. Die beruflichen Funktionen wurden getrennt nach dem ärztlichen und pflegerischen Personal. Zusammengefasst unter „andere Funktionen“ wurden Hebamme (2), Medizinische Fachangestellte (48), Verwaltungsfachangestellte (3), Sicherheitskraft (1), Rettungsassistent*in (3), Medizinisch Technische Röntgenassistent*in (1), Administrative Servicekraft (1), Organisatorische Leitung (1), Leitung Notaufnahme (1). Freitexteingaben wurden gesammelt und ggf. kodiert.

Die Anzahl der „19 jährigen oder jüngeren Teilnehmer“ (1 Teilnehmerin) sowie der 60 jährigen oder älter“ (3 Teilnehmer) ist so gering, dass für diese Altersgruppen keine Aussagen gemacht werden konnten.

Tabelle 6: Stichprobe

	Weiblich		Männlich		Gesamt Fälle	Ohne Angabe
	n	Prozent	n	Prozent		
Teilnehmende	232	71,6%	92	28,4%	324	30
Altersgruppen					354	
19 Jahre oder jünger	1	100,0%	0	0,0%	1	
20 bis 29 Jahre	73	85,9%	12	14,1%	86	
30 bis 39 Jahre	61	62,2%	37	37,8%	102	
40 bis 49 Jahre	56	70,0%	24	30,0%	90	
50 bis 59 Jahre	41	70,7%	17	29,3%	72	
60 Jahre oder älter	0	0,0%	2	100,0%	3	
Funktionen in der Notaufnahme					350	
Ärztliche Funktion	39	47,0%	44	53,0%	93	
Pflegerische Funktion	140	77,3%	41	22,7%	198	
Andere Funktionen	51	91,1%	5	8,9%	59	
Ohne Angabe						4
Wochenarbeitszeit in Stunden					352	
≤ 10 Std.	10	62,5%	6	37,5%	18	
11 bis 20 Std.	39	83,0%	8	17,0%	50	
21 bis 30 Std.	45	75,0%	15	25,0%	63	
> 30 Std.	130	68,4%	60	31,6%	209	
Nur Bereitschafts- oder Rufdienst	7	77,8%	2	22,2%	12	
Ohne Angabe						2
Berufstätigkeit insgesamt in Jahren					354	
0-6 Jahre	66	74,2%	23	25,8%	91	
7-14 Jahre	59	69,4%	26	30,6%	89	
15-23 Jahre	48	64,0%	27	36,0%	87	
24-44 Jahre	59	78,7%	16	21,3%	87	
Berufstätigkeit NA in Jahren					354	
0-2 Jahre	77	73,3%	28	26,7%	106	
3-5 Jahre	48	64,9%	26	35,1%	83	
6-11 Jahre	52	75,4%	17	24,6%	77	
12-43 Jahre	55	72,4%	21	27,6%	88	

3.2.2 Verbale Gewaltereignisse

Lediglich 3,1% der Teilnehmenden haben angegeben, dass sie keine verbalen Gewaltereignisse von Patienten*innen oder anderen Personen erlebt haben. So muss festgestellt werden, dass fast 97% der Befragten davon betroffen sind. Hierbei werden am häufigsten Beschimpfungen (90,1%), Beleidigungen (80,8%) und Anschreien (80,8%) genannt (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten

	<i>n</i>	%
In den letzten 12 Monaten wurde ich mindestens einmal von Patientinnen/Patienten oder anderen Personen....:		
beschimpft	319	90,1
beleidigt	286	80,8
angeschrien	286	80,8
bedroht	236	66,7
mit rassistischen Bemerkungen konfrontiert	123	34,7
Anderes	53	15,0
Mir ist nichts dergleichen passiert	11	3,1

Die Möglichkeit der Freitexteingaben wurde von 13 Teilnehmer*innen genutzt (vgl. Tabelle 8). Morddrohungen und die Androhung einer Anzeige wurden hier unter anderem benannt.

Tabelle 8: Übersicht der Freitextangaben erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten

Freitextangaben	n
Morddrohung	4
mit Anzeige gedroht	3
angezeigt	1
degradiert	1
Unverständnis Wartezeit	1
Unfreundlichkeit	1
als rassistisch/ Nazi beschimpft	2

Die männlichen Befragten erlebten in den letzten 12 Monaten häufiger verbale Gewaltereignisse als die weiblichen. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist jedoch nicht signifikant (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Geschlecht

	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Verbale Ereignisse				
beschimpft	210	90,5%	84	91,3%
beleidigt	185	79,7%	78	84,8%
angeschrien	186	80,2%	81	88,0%
bedroht	152	65,5%	69	75,0%
rassistische Bemerkungen	79	34,1%	35	38,0%
Anderes	32	13,8%	17	18,5%
nicht dergleichen	6	2,6%	2	2,2%

Altersbezogene Auswertung

Tabelle 10: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Alter

	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Verbale Ereignisse								
beschimpft	76	88,4%	96	94,1%	81	90,0%	62	86,1%
beleidigt	70	81,4%	90	88,2%	71	78,9%	52	72,2%
angeschrien	76	88,4%	89	87,3%	70	77,8%	49	68,1%
bedroht	53	61,6%	72	70,6%	65	72,2%	43	59,7%
rassistische Bemerkungen	32	37,2%	39	38,2%	29	32,2%	22	30,6%
Anderes	7	8,1%	15	14,7%	15	16,7%	16	22,2%
nicht dergleichen	3	3,5%	0	0,0%	4	4,4%	4	5,6%

Die Daten zeigen, dass das Alter der Mitarbeiter*innen keinen Einfluss auf das Erleben verbaler Ereignisse von den Patienten*innen hat (vgl. Tabelle 10). Es konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Auswertung hinsichtlich der ausgeübten Funktion der Teilnehmenden in der Notaufnahme

Tabelle 11: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Funktion in der Notaufnahme

	Funktion					
	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Verbale Ereignisse						
beschimpft	82	88,2%	185	93,4%	49	83,1%
beleidigt	73	78,5%	166	83,8%	44	74,6%
angeschrien	69	74,2%	170	85,9%	44	74,6%
bedroht	53	57,0%	146	73,7%	34	57,6%
rassistische Bemerkungen	26	28,0%	78	39,4%	16	27,1%
Anderes	12	12,9%	35	17,7%	6	10,2%
nicht dergleichen	3	3,2%	4	2,0%	4	6,8%

Bei der Analyse der erlebten verbalen Ereignisse hinsichtlich der Funktion der Teilnehmenden in der Notaufnahme wird deutlich (vgl. Tabelle 11), dass bei den Pflegekräften immer ein höherer prozentualer Anteil betroffen ist. Statistisch ist dieser Unterschied signifikant beim „Beschimpfen“ (Chi-Quadrat (2) = 6,23, p = 0,044), „Anschreien“ (Chi-Quadrat (2) = 7,37, p = 0,025) und „Bedrohen“ (Chi-Quadrat (2) = 10,53, p = 0,005).

Auswertung hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Tabelle 12: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Tätigkeit in der Notaufnahme in Jahren

	Tätigkeit in NA in Jahren							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Verbale Ereignisse								
beschimpft	92	86,8%	73	88,0%	74	96,1%	80	90,9%
beleidigt	83	78,3%	69	83,1%	68	88,3%	66	75,0%
angeschrien	85	80,2%	72	86,6%	63	81,8%	66	75,0%
bedroht	62	58,5%	58	69,9%	58	75,3%	58	65,9%
rassistische Bemerkungen	29	27,4%	37	44,6%	31	40,3%	26	29,5%
Anderes	6	5,7%	16	19,3%	17	22,1%	14	15,9%
nicht dergleichen	4	3,8%	1	1,2%	0	0,0%	6	6,8%

Unabhängig von der „Berufserfahrung in der Notaufnahme“ sowie der „Berufstätigkeit“ (insgesamt) werden die Mitarbeiter*innen verbal angegriffen. Es konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden (vgl. Tabelle 12 und 13).

Tabelle 13: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Berufstätigkeit in Jahren

	Berufstätigkeit in Jahren							
	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Verbale Ereignisse								
beschimpft	78	85,7%	82	92,1%	83	95,4%	76	87,4%
beleidigt	73	80,2%	73	82,0%	75	86,2%	65	74,7%
angeschrien	77	84,6%	76	85,4%	69	79,3%	64	73,6%
bedroht	52	57,1%	62	69,7%	57	65,5%	65	74,7%
rassistische Bemerkungen	34	37,1%	31	34,8%	24	27,6%	34	39,1%
Anderes	12	13,2%	8	9,0%	15	17,2%	18	20,7%
nicht dergleichen	3	3,3%	2	2,2%	1	1,1%	5	5,7%

3.2.3 Körperliche Gewaltereignisse

Nur knapp ein Viertel der Teilnehmenden (23,9%) hat bisher keine körperlichen Gewaltereignisse erlebt. 76,1% haben dementsprechend mindestens eine Form körperlicher Gewalt erlebt. Am häufigsten (Mehrfachangaben möglich) wurde „Kratzen/Kneifen“ (43,6%), „körperliche Bedrohung“ (43,6%), „Spucken“ (27,6%), „grob Anfassen/Schubsen“ (25,9%) und „in die Enge treiben“ (24,2%) genannt. 12,5% geben an geschlagen worden zu sein, 10,5% wurden mit einer Waffe bedroht (3,4% angegriffen) und 8,3% getreten (vgl. Tabelle 14).

Tabelle 14: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter körperlicher Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten

	n	%
In den letzten 12 Monaten wurde ich mindestens einmal von Patientinnen/Patienten oder anderen Personen....:		
gekratzt/ gekniffen	153	43,6
bedroht	153	43,6
bespuckt	98	27,6
grob angefasst/ geschubst	91	25,9
in die Enge getrieben	85	24,2
mit einer Waffe bedroht	53	15,0
getreten	29	8,3
gebissen	22	6,3
mit einer Waffe angegriffen	12	3,4
an den Haaren gezogen	9	2,6
gewürgt	2	0,6
Anderes	19	3,4
nichts dergleichen/ ohne Angabe	84	23,9

Darüber hinaus werden öfters die Mitarbeiter*innen beworfen oder es wird versucht sie zu schlagen. Eine Übersicht über weitere Erfahrungen in dieser Hinsicht zeigt die Darstellung der Freitexte in der folgenden Tabelle (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Übersicht der Freitextangaben erlebter körperlicher Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten

Freitextangaben	n
Papiere entgegengeworfen/ beworfen	7
versucht, zu schlagen	6
körperliche Bedrohung	5
Gewalt gegen Gegenstände	3
unsanft festgehalten	2
mit HIV-Kanüle bedroht	1
angepinkelt	1
an Kleidung gezerrt	1

Geschlechterbezogene Auswertung

Der Anteil der Männer, die körperliche Gewaltereignisse erleben, ist in dieser Stichprobe größer (vgl. Tabelle 16). Während 24,6% der Frauen in den letzten zwölf Monaten keine der befragten körperlichen Ereignisse erfahren mussten, sind es bei den Männern nur 17,4%. Männer werden signifikant häufiger grob angefasst und geschubst (Chi-Quadrat (1) = 4,114, $p = 0,043$) und bedroht (Chi-Quadrat (1) = 7,42, $p = 0,006$).

Tabelle 16: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter körperlicher Ereignisse am

körperliche Ereignisse	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
gekratzt/ gekniffen	100	43,1%	41	44,6%
bedroht	90	38,8%	51	55,4%
bespuckt	61	26,3%	32	34,8%
grob angefasst/ geschubst	55	23,7%	32	34,8%
in die Enge getrieben	50	21,6%	29	31,5%
geschlagen	23	9,9%	19	20,7%
mit Waffe bedroht	20	8,6%	16	17,4%
getreten	20	8,6%	9	9,8%
gebissen	13	5,6%	9	9,8%
Anderes	15	6,5%	1	1,1%
mit Waffe angegriffen	6	2,6%	6	6,5%
an Haaren gezogen	7	3,0%	2	2,2%
gewürgt	0	0,0%	2	2,2%
nichts dergleichen	57	24,6%	16	17,4%

Altersbezogene Auswertung

Mit über 50 Jahren wird ein geringerer Anteil des Personals gekratzt, gekniffen, bedroht, bespuckt und grob angefasst oder geschubst. Insgesamt ist allerdings festzustellen, dass der Anteil derjenigen, die keine körperlichen Aggressionen erleben, in allen Altersgruppen ca. 20-25% beträgt (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter körperlicher Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Alter

körperliche Ereignisse	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
gekratzt/ gekniffen	40	46,5%	47	46,1%	40	44,4%	25	34,7%
bedroht	34	39,5%	49	48,0%	42	46,7%	28	38,9%
bespuckt	28	32,6%	27	26,5%	28	31,1%	15	20,8%
grob angefasst/ geschubst	22	25,6%	29	28,4%	27	30,0%	13	18,1%
in die Enge getrieben	22	25,6%	33	32,4%	13	14,4%	16	22,2%
geschlagen	13	15,1%	15	14,7%	7	7,8%	9	12,5%
mit Waffe bedroht	9	10,5%	12	11,8%	10	11,1%	6	8,3%
getreten	11	12,8%	6	5,9%	7	7,8%	5	6,9%
gebissen	6	7,0%	7	6,9%	7	7,8%	2	2,8%
Anderes	7	8,1%	2	2,0%	3	3,3%	7	9,7%
mit Waffe angegriffen	2	2,3%	7	6,0%	2	2,2%	1	1,4%
an Haaren gezogen	4	4,7%	1	1,0%	3	3,3%	1	1,4%
gewürgt	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	1	1,4%
nichts dergleichen	22	25,6%	20	19,6%	21	23,3%	19	26,4%

Auswertung hinsichtlich der ausgeübten Funktion der Teilnehmenden in der Notaufnahme

Tabelle 18: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter körperlicher Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Funktion in der Notaufnahme

körperliche Ereignisse	Funktion					
	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
gekratzt/ gekniffen	30	32,3%	105	53,0%	17	28,8%
bedroht	35	37,6%	102	51,5%	13	22,0%
bespuckt	23	24,7%	64	32,3%	11	18,6%
grob angefasst/ geschubst	18	19,4%	60	30,3%	12	20,3%
in die Enge getrieben	19	20,4%	52	26,3%	11	18,6%
geschlagen	9	9,7%	29	14,6%	5	8,5%
mit Waffe bedroht	5	5,4%	30	15,2%	2	3,4%
getreten	5	5,4%	20	10,1%	4	6,8%
gebissen	4	4,3%	17	8,6%	1	1,7%
Anderes	2	2,2%	11	5,6%	6	10,2%
mit Waffe angegriffen	5	5,4%	7	3,5%	0	0,0%
an Haaren gezogen	3	3,2%	5	2,5%	1	1,7%
gewürgt	1	1,1%	1	0,5%	0	0,0%
nichts dergleichen	31	33,3%	31	15,7%	21	35,6%

Pflegekräfte in der Notaufnahme haben in den letzten zwölf Monaten insgesamt häufiger körperliche Aggressionen am Arbeitsplatz erlebt als Ärzte*innen oder Beschäftigte mit

anderen Funktionen (vgl. Tabelle 18). Statistisch nachweisbar signifikant ist der Unterschied bei der körperlichen Bedrohung (Chi-Quadrat (2) = 17,54, p = 0,001). Außerdem werden Pflegekräfte häufiger gekratzt und gekniffen (Chi-Quadrat (2) = 17,28, p = 0,001).

Auswertung hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Tabelle 19: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Tätigkeit in der Notaufnahme in Jahren

	Tätigkeit in NA in Jahren							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
körperliche Ereignisse								
gekratzt/ gekniffen	45	42,5%	33	39,8%	41	53,2%	34	38,6%
bedroht	39	36,8%	43	51,8%	36	46,8%	35	39,8%
bespuckt	27	25,5%	21	25,3%	33	42,9%	17	19,3%
grob angefasst/ geschubst	20	18,9%	24	28,9%	24	31,2%	23	26,1%
in die Enge getrieben	24	22,6%	22	26,5%	19	24,7%	20	22,7%
geschlagen	12	11,3%	11	13,3%	15	19,5%	6	6,8%
mit Waffe bedroht	7	6,6%	12	14,5%	10	13,0%	8	9,1%
getreten	6	5,7%	12	14,5%	6	7,8%	5	5,7%
gebissen	6	5,7%	4	4,8%	8	10,4%	4	4,5%
Anderes	4	3,8%	5	6,0%	5	6,5%	5	5,7%
mit Waffe angegriffen	4	3,8%	4	4,8%	2	2,6%	2	2,3%
an Haaren gezogen	5	4,7%	1	1,2%	1	1,3%	2	2,3%
gewürgt	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,3%
nichts dergleichen	30	28,3%	17	20,5%	10	13,0%	27	30,7%

Anhand der erhobenen Daten kann grundsätzlich nicht festgestellt werden, dass die Berufserfahrung in der Notaufnahme oder allgemein die Berufserfahrung sich auf körperliche Angriffe seitens der Patient*innen auswirkt (vgl. Tabelle 19 und 20). Lediglich auffällig ist, dass Teilnehmende, die seit 6-11 Jahren in der Notaufnahme tätig sind, relativ häufig bespuckt werden (Chi-Quadrat (3) = 12,43, p = 0,006).

Tabelle 20: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Berufstätigkeit in Jahren

	Berufstätigkeit in Jahren							
	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
körperliche Ereignisse								
gekratzt/ gekniffen	39	42,9%	40	44,9%	42	48,3%	32	36,8%
bedroht	34	37,4%	41	46,1%	41	47,1%	37	42,5%
bespuckt	22	24,2%	30	33,7%	24	27,6%	22	25,3%
grob angefasst/ geschubst	18	19,8%	24	27,0%	29	33,3%	20	23,0%
in die Enge getrieben	22	24,2%	24	27,0%	23	26,4%	16	18,4%
geschlagen	11	12,1%	10	11,2%	12	13,8%	11	12,6%
mit Waffe bedroht	7	7,7%	12	13,5%	9	10,3%	9	10,3%
getreten	9	9,9%	9	10,1%	4	4,6%	7	8,0%
gebissen	5	5,5%	7	7,9%	4	4,6%	6	6,9%
Anderes	4	4,4%	4	4,5%	4	4,6%	7	8,0%
mit Waffe angegriffen	2	2,2%	6	6,7%	3	3,4%	1	1,1%
an Haaren gezogen	5	5,5%	0	0,0%	3	3,4%	1	1,1%
gewürgt	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	1	1,1%
nichts dergleichen	27	29,7%	22	24,7%	13	14,9%	22	25,3%

3.2.4 Sexualisierte Gewaltereignisse

Nur 48 % der Befragten geben an keine Form der sexualisierten Gewalt zu erleben. Von den 354 Teilnehmenden haben 52% Erfahrungen mit sexuellen Ereignissen. Am häufigsten werden sexistische (30,2%) und sexuelle Äußerungen (29,4%) sowie exhibitionistische Handlungen (14,1%) genannt. Keine der an der Befragung beteiligten Personen gab an, in den vergangenen 12 Monaten zu sexuellen Handlungen gezwungen worden zu sein (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten

	<i>n</i>	%
in den vergangenen 12 Monaten wurde ich mindestens einmal:		
mit sexistischen Äußerungen konfrontiert	107	30,2%
mit sexuellen Äußerungen konfrontiert	104	29,4%
mit exhibitionistischen Handlungen konfrontiert	50	14,1%
sexuell angefasst	26	7,3%
Anderes	3	0,8%
nichts dergleichen/ ohne Angabe	170	48,0%

Geschlechterbezogene Auswertung

Nur 43,5% der Frauen äußern, dass sie in den letzten 12 Monaten **keine** sexuellen Ereignisse erlebt haben (vgl. Tabelle 22). Im Gegensatz dazu sind die Männer in dieser Untersuchung signifikant weniger betroffen ($p = 0,008$, Chi-Quadrat (1) = 6,9). Frauen hören von den Patienten deutliche mehr sexuelle Äußerungen (Chi-Quadrat (1) = 12,332, $p = 0,001$) und sexistische Äußerungen (Chi-Quadrat (1) = 18,56, $p = 0,001$).

Tabelle 22: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Geschlecht

sexuelle Ereignisse	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
nichts dergleichen	101	43,5%	55	59,8%
sexistische Äußerungen	87	37,5%	12	13,0%
sexuelle Äußerungen	81	34,9%	14	15,2%
exhibitionistische Handlungen	31	13,4%	15	16,3%
sexuell anfassen	20	8,6%	3	3,3%
Anderes	1	0,4%	2	2,2%

Altersbezogene Auswertung

Mit dem Alter der Mitarbeiter*innen sinkt die Gefahr sexuell angegriffen zu werden. Mit über 50 Jahren hört nur jede 5. Arbeitskraft sexistische oder sexuelle Äußerungen, jede 10. Arbeitskraft wird sexuell angefasst. Mit 20 bis 29 Jahren machen deutlich mehr Beschäftigte in Notaufnahmen diese Erfahrungen: Ca. jede 2. - 3. aus dieser Altersgruppe hörte in den letzten 12 Monaten entweder sexistische (Chi-Quadrat (3) = 12,870, $p = 0,005$) oder sexuelle Äußerungen (Chi-Quadrat (3) = 14,667, $p = 0,002$) von Patientinnen oder Patienten, sogar jede 10. Arbeitskraft wurde sexuell angefasst (vgl. Tabelle 23).

Tabelle 23: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Alter

sexuelle Ereignisse	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
nichts dergleichen	29	33,7%	46	45,1%	50	55,6%	42	58,3%
sexistische Äußerungen	37	43,0%	33	32,4%	23	25,6%	13	18,1%
sexuelle Äußerungen	38	44,2%	32	31,4%	19	21,1%	15	20,8%
exhibitionistische Handlungen	16	18,6%	17	16,7%	11	12,2%	6	8,3%
sexuell anfassen	9	10,5%	9	8,8%	5	5,6%	3	4,2%
Anderes	1	1,2%	1	1,0%	0	0,0%	1	1,4%

Auswertung hinsichtlich der ausgeübten Funktion der Teilnehmenden in der Notaufnahme

Pflegekräfte sind deutlich häufiger von sexuellen Ereignissen betroffen. Nur 38,4% haben in den letzten 12 Monaten dergleichen nicht erlebt, während es in den anderen Berufsgruppen um die 60% sind. Signifikant häufiger sind es sexuelle Äußerungen (Chi-Quadrat (2) = 16,611, p = 0,001) und sexistische Äußerungen (Chi-Quadrat (2) = 9,944, p = 0,007).

Tabelle 24: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Funktion

	Funktion					
	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
sexuelle Ereignisse						
nichts dergleichen	56	60,2%	76	38,4%	35	59,3%
sexistische Äußerungen	20	21,5%	74	37,4%	13	22,0%
sexuelle Äußerungen	13	14,0%	74	37,4%	17	28,8%
exhibitionistische Handlungen	9	9,7%	35	17,7%	5	8,5%
sexuell anfassen	1	1,1%	24	12,2%	1	1,7%
Anderes	1	1,1%	2	1,0%	0	0,0%

Auswertung hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Die Mitarbeiter*innen, die über 12 Jahre Berufserfahrung in der Notaufnahme haben, haben in den letzten 12 Monaten tendenziell weniger Erfahrungen mit sexuellen Übergriffen gehabt als diejenigen, die noch nicht so lange dort tätig sind (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Tätigkeit in der Notaufnahme in Jahren

	Tätigkeit in NA in Jahren							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
sexuelle Ereignisse								
nichts dergleichen	52	49,1%	34	41,0%	33	42,9%	51	58,0%
sexistische Äußerungen	31	29,2%	31	37,3%	24	31,2%	21	23,9%
sexuelle Äußerungen	30	28,3%	26	31,3%	29	37,7%	19	21,6%
exhibitionistische Handlungen	17	16,0%	14	16,9%	11	14,3%	8	9,1%
sexuell anfassen	3	2,8%	9	10,8%	9	11,7%	5	5,7%
Anderes	1	0,9%	1	1,2%	1	1,3%	0	0,0%

Mitarbeiter*innen, die auf eine Berufserfahrung von mehr als 15 Jahren zurückgreifen können, sind weniger von sexuellen Übergriffen betroffen. Mehr als die Hälfte geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten nichts dergleichen erlebt haben (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Berufstätigkeit in Jahren

	Berufstätigkeit in Jahren							
	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
sexuelle Ereignisse								
nichts dergleichen	41	45,1%	38	42,7%	47	54,0%	44	50,6%
sexistische Äußerungen	29	31,9%	32	36,0%	23	26,4%	23	26,4%
sexuelle Äußerungen	28	30,8%	31	34,8%	22	25,3%	23	26,4%
exhibitionistische Handlungen	15	16,5%	15	16,9%	11	12,6%	9	5,7%
sexuell anfassen	6	6,6%	9	10,1%	6	6,9%	5	5,7%
Anderes	1	1,1%	1	1,1%	0	0,0%	1	1,1%

3.2.5 Häufigkeit erlebter Gewalterfahrungen

Verbale Gewaltereignisse finden nach Angaben der meisten befragten Beschäftigten wöchentlich statt, während die körperlichen Angriffe eher monatlich oder seltener als monatlich vorkommen. Zu der Häufigkeit der sexuellen Übergriffe hat ca. die Hälfte der Teilnehmenden keine Angabe gemacht, zumeist werden diese Ereignisse eher seltener als monatlich stattfindend angegeben. Dass sie täglich verbal attackiert werden, geben 57 Befragte an. Sieben der Teilnehmenden werden täglich körperlich und sechs machen täglich sexualisierte Gewalterfahrungen (vgl. Tabelle 27).

Tabelle 27: Übersicht der Häufigkeiten der verschiedenen erlebten Gewalterfahrungen der vergangenen 12 Monate

	verbal		körperlich		sexualisiert	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
eher täglich	57	16,1	7	2,0	6	1,7
eher wöchentlich	153	43,2	56	15,8	29	8,2
eher monatlich	79	22,3	90	25,4	53	15,0
seltener als monatlich	51	14,4	109	30,8	82	23,2
ohne Angabe	14	4,0	92	26,0	184	52,0

3.2.6 Belastungsempfinden, Sicherheitsgefühl und Normalisierung von Gewaltereignissen in der Notaufnahme

Belastungsempfinden der Beschäftigten durch Gewaltereignisse

Die Teilnehmenden wurden in der Befragung gebeten einzuschätzen, wie belastend sie insgesamt Gewaltereignisse empfinden. Auf einer Skala zwischen 1 (nicht belastend) und 10 (sehr belastend) haben 345 Mitarbeiter*innen ihr Belastungsempfinden eingeschätzt. Der Mittelwert liegt bei 6,38 (vgl. Tabelle 28).

Tabelle 28: Belastungsempfinden durch Gewaltereignisse

Belastungsempfinden	n (Fälle)	% (der Fälle)
1	8	2,3%
2	25	7,1%
3	18	5,1%
4	30	8,5%
5	40	11,3%
6	30	8,5%
7	62	17,5%
8	64	18,1%
9	36	10,2%
10	32	9,0%
Keine Antwort	9	2,5%
Mittelwert	6,38	

Geschlechterbezogene Auswertung

Die weiblichen Befragten fühlen sich belasteter als die männlichen (vgl. Tabelle 29). Fast 24% der Teilnehmerinnen (23,8%) stufen sich in den beiden höchsten Belastungsstufen ein während es bei den Männern nur 9,7% sind.

Tabelle 29: Geschlechtsbezogene Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen

Belastungsempfinden	weiblich		männlich	
	n	%	n	%
1	6	2,6%	2	2,2%
2	15	6,5%	8	8,7%
3	11	4,8%	4	4,3%
4	16	6,9%	9	9,8%
5	22	9,5%	12	13,0%
6	19	8,2%	9	9,8%
7	39	16,9%	21	22,8%
8	43	18,6%	16	17,4%
9	30	13,0%	4	4,3%
10	25	10,8%	5	5,4%
Keine Antwort	5	2,2%	2	2,2%
Mittelwert	6,61		6,01	

Altersbezogene Auswertung

In der Altersbezogenen Auswertung (vgl. Tabelle 30) fällt auf, dass die Altersgruppe der 40 bis 49 Jährigen sich nicht so stark belastet fühlt. Dieses Ergebnis kann allerdings damit korrelieren, dass sich in dieser Altersgruppe der Stichprobe mehr ärztliches Personal befindet. Denn wie die Tabelle 31 zeigt, fühlt sich im Vergleich der Berufsgruppen das ärztliche Personal nicht so stark belastet.

Tabelle 30: Altersbezogene Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen

Belastungsempfinden	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	3,5%	3	2,9%	1	1,1%	1	1,4%
2	2	2,3%	9	8,8%	12	13,5%	1	1,4%
3	6	7,0%	4	3,9%	7	7,9%	0	0,0%
4	5	5,8%	8	7,8%	6	6,7%	11	15,3%
5	8	9,3%	8	7,8%	16	18,0%	7	9,7%
6	9	10,5%	9	8,8%	6	6,7%	5	6,9%
7	14	16,3%	17	16,7%	16	18,0%	15	20,8%
8	18	20,9%	18	17,6%	13	14,6%	15	20,8%
9	10	11,6%	15	14,7%	6	6,7%	5	6,9%
10	8	9,3%	11	10,8%	5	5,6%	8	11,1%
Keine Antwort	3	3,5%	0	0,0%	1	1,1%	4	5,6%
Mittelwert	6,64		6,54		5,75		6,79	

Auswertung hinsichtlich der ausgeübten Funktion der Teilnehmenden in der Notaufnahme

Tabelle 31: Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen hinsichtlich der ausgeübten Funktion in der Notaufnahme

Belastungsempfinden	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	n	%	n	%	n	%
1	2	2,1%	4	2,1%	2	3,3%
2	15	16,0%	7	3,6%	3	4,9%
3	8	8,5%	7	3,6%	3	4,9%
4	10	10,6%	18	9,2%	2	3,3%
5	6	6,4%	28	14,4%	6	9,8%
6	8	8,5%	19	9,7%	3	4,9%
7	14	14,9%	39	20,0%	11	18,0%
8	19	20,2%	36	18,5%	9	14,8%
9	5	5,3%	20	10,3%	9	14,8%
10	5	5,3%	18	9,2%	9	14,8%
Keine Antwort	2	2,1%	3	1,5%	4	6,6%
Mittelwert	5,64		6,56		6,89	

Auswertung hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Bei Betrachtung der Belastungswerte hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme kann festgestellt werden, dass hohe (7-8) bis sehr hohe (9-10) Belastungswerte häufiger vorkommen bei Tätigkeitserfahrungen in den Notaufnahmen von 3-5 Jahren (64,6%) und 6-11 Jahren (61,3%) im Vergleich zu 0-2 Jahren (50,5%) und über 12 Jahren (44,4%) (vgl. Tabelle 32). Keine großen Unterschiede zeigen sich bei den Mitarbeiter*innen mit unterschiedlicher Berufserfahrung (vgl. Tabelle 33).

Tabelle 32: Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme

Belastungsempfinden	Tätigkeit Notaufnahme							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	2,8%	2	2,4%	1	1,3%	2	2,3%
2	10	9,2%	4	4,9%	5	6,7%	6	6,8%
3	8	7,3%	2	2,4%	4	5,3%	4	4,5%
4	7	6,4%	7	8,5%	6	8,0%	10	11,4%
5	13	11,9%	5	6,1%	10	13,3%	12	13,6%
6	8	7,3%	9	11,0%	3	4,0%	10	11,4%
7	16	14,7%	17	20,7%	13	17,3%	16	18,2%
8	17	15,6%	18	22,0%	17	22,7%	12	13,6%
9	10	9,2%	11	13,4%	9	12,0%	6	6,8%
10	12	11,0%	7	8,5%	7	9,3%	6	6,8%
Keine Antwort	5	4,6%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,5%
Mittelwert	6,21		6,77		6,57		6,05	

Tabelle 33: Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen hinsichtlich der Berufstätigkeit in Jahren

Belastungsempfinden	Berufstätigkeit in Jahren							
	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	3	3,2%	2	2,3%	3	3,6%	0	0,0%
2	6	6,5%	7	8,0%	9	10,8%	3	3,3%
3	6	6,5%	4	4,5%	3	3,6%	5	5,6%
4	5	5,4%	8	9,1%	6	7,2%	11	12,2%
5	11	11,8%	9	10,2%	8	9,6%	12	13,3%
6	9	9,7%	7	8,0%	5	6,0%	9	10,0%
7	16	17,2%	14	15,9%	14	16,9%	18	20,0%
8	15	16,1%	16	18,2%	16	19,3%	17	18,9%
9	11	11,8%	10	11,4%	13	15,7%	2	2,2%
10	8	8,6%	10	11,4%	4	4,8%	10	11,1%
Keine Antwort	3	3,2%	1	1,1%	2	2,4%	3	3,3%
Mittelwert	6,37		6,47		6,26		6,43	

Sicherheitsgefühl der Beschäftigten in der Notaufnahme

Tagsüber fühlen sich fast alle befragten Mitarbeiter*innen mit 96,6% weitgehend sicher (immer sicher 29,9% und meistens sicher 66,7%). Nachts hingegen ist es nur ein kleiner Prozentsatz, der sich immer sicher fühlt (5,9%). 31,6% fühlen sich sogar nachts meistens nicht sicher (vgl. Tabelle 34). Der Unterschied zwischen dem Sicherheitsgefühl tagsüber und nachts ist signifikant (Chi-Quadrat (3) = 25,1, $p < 0,001$).

Tabelle 34: Sicherheitsgefühl tagsüber und nachts

	Sicherheitsgefühl				
	tagsüber		nachts		
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	
immer sicher	106	29,9%	immer sicher	21	5,9%
meistens sicher	236	66,7%	meistens sicher	187	52,8%
meistens nicht sicher	8	2,3%	meistens nicht sicher	112	31,6%
nie sicher	2	0,6%	nie sicher	27	7,6%
fehlende Antworten	2	0,6%	fehlende Antworten	7	2,0%

Geschlechterbezogene Auswertung

Tagsüber gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen dem Sicherheitsgefühl der Frauen und der Männer. Nachts fühlen sich die Frauen jedoch deutlich unsicherer als die Männer. 47,8% der Teilnehmerinnen fühlen sich nachts meistens nicht sicher und nie sicher. Bei den Männern sind es nur 24% (vgl. Tabelle 35). Der Unterschied ist signifikant (Chi-Quadrat (3) = 25,39; p=0,001).

Tabelle 35: Geschlechtsbezogene Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts

Sicherheitsgefühl	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
tagsüber				
immer sicher	65	28,0%	31	33,7%
meistens sicher	157	67,7%	59	64,1%
meistens nicht sicher	7	3,0%	1	1,1%
nie sicher	2	0,9%	0	0,0%
fehlende Antworten	1	0,4%	1	1,1%
nachts				
immer sicher	6	2,6%	12	13,0%
meistens sicher	110	47,4%	58	63,0%
meistens nicht sicher	88	37,9%	19	20,7%
nie sicher	23	9,9%	3	3,3%
fehlende Antworten	5	2,2%	0	0,0%

Altersbezogene Auswertung

Tabelle 36: Altersbezogene Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts

		Alter							
		20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
		n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Sicherheitsgefühl tagsüber									
	immer sicher	20	23,3%	30	29,4%	29	32,2%	24	33,3%
	meistens sicher	63	73,3%	67	65,7%	59	65,6%	46	63,9%
	meistens nicht sicher	3	3,5%	5	4,9%	0	0,0%	0	0,0%
	nie sicher	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	1	1,4%
	fehlende Antworten	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	1	1,4%
nachts									
	immer sicher	3	3,5%	8	7,8%	6	6,7%	3	4,2%
	meistens sicher	39	45,3%	56	54,9%	50	55,6%	39	54,2%
	meistens nicht sicher	36	41,9%	30	29,4%	26	28,9%	20	27,8%
	nie sicher	7	8,1%	8	7,8%	6	6,7%	6	8,3%
	fehlende Antworten	1	1,2%	0	0,0%	2	2,2%	4	5,6%

Wie die Auswertungen in den Tabelle 36 und 37 zeigen, wird das Sicherheitsgefühl tagsüber nicht vom Alter beeinflusst, denn die Angaben zur empfundenen weitgehenden Sicherheit (kumulierte Werte aus immer sicher und meisten sicher) unterscheiden sich in den Altersgruppen nicht signifikant. Nachts fühlen sich vor allem die jüngeren Mitarbeiter*innen nicht sicher, aber auch hier lässt sich kein signifikanter Zusammenhang nachweisen.

Tabelle 37: Altersbezogene Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts, kumulierte Werte

		20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
		n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Tagsüber	Sicherheit	83	96,5%	97	95,1%	88	98,9%	70	99%
	Unsicherheit	3	3,5%	5	4,9%	1	1,1%	1	1%
Nachts	Sicherheit	42	49,4%	64	62,7%	56	63,6%	42	62%
	Unsicherheit	43	50,6%	38	37,3%	32	36,4%	26	38%

Auswertung hinsichtlich der ausgeübten Funktion der Teilnehmenden in der Notaufnahme

Das in dieser Untersuchung teilnehmende ärztliche Personal gab an, sich tagsüber in der Notaufnahme sicher zu fühlen (immer sicher und meistens sicher zu 100%). Pflegekräfte und die anderen Berufsgruppen fühlen sich zwar ebenfalls zum Großteil sicher (immer sicher und meistens sicher 95,4%), aber im Vergleich fühlt sich ein erheblich geringerer Teil von diesen immer sicher (24,2% im Vergleich zu 45,2% bei der ärztlichen Funktion) (vgl. Tabelle 38). Ähnlich verhält es sich bei der Gruppe „andere Funktion“. Der Unterschied zwischen dem Ärztlichen Personal und den anderen Berufsgruppen ist signifikant (Chi-Quadrat (6) = 16,5, $p < 0,001$).

Auch nachts fühlen sich Ärzte und Ärztinnen sicherer als die anderen Berufsgruppen (immer sicher und meistens sicher: 87,1%). Nur 9,7% gaben hier an sich nachts unsicher zu fühlen (meistens nicht sicher und nie sicher). Dem gegenüber gaben 44,5% der Pflegekräfte und 66,1% der anderen Funktionen an, sich nachts meistens nicht sicher und nie sicher zu fühlen (vgl. Tabelle 38). Es handelt sich um einen signifikanten Unterschied (Chi-Quadrat (6) = 18,4, $p = 0,01$).

Tabelle 38: Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts hinsichtlich der ausgeübten Funktion in der Notaufnahme

		Funktion					
		ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
		% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)
Sicherheitsgefühl tagsüber	immer sicher	42	45,2%	48	24,2%	16	27,1%
	meistens sicher	51	54,8%	141	71,2%	40	67,8%
	meistens nicht sicher	0	0,0%	6	3,0%	2	3,4%
	nie sicher	0	0,0%	2	1,0%	0	0,0%
	fehlende Antworten	0	0,0%	1	0,5%	1	1,7%
nachts	immer sicher	16	17,2%	4	2,0%	1	1,7%
	meistens sicher	65	69,9%	106	53,5%	16	27,1%
	meistens nicht sicher	7	7,5%	74	37,4%	28	47,5%
	nie sicher	2	2,2%	14	7,1%	11	18,6%
	fehlende Antworten	3	3,2%	0	0,0%	3	5,1%

Auswertung hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Das Sicherheitsgefühl wird nicht von der Berufserfahrung in der Notaufnahme beeinflusst (vgl. Tabelle 39). Es kann auch kein eindeutiger Zusammenhang zwischen der gesamten Berufserfahrung und dem Sicherheitsgefühl erkannt werden (vgl. Tabelle 40).

Tabelle 39: Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme

		Tätigkeit in NA in Jahren							
		0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
		n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Sicherheitsgefühl tagsüber	immer sicher	33	31,1%	21	25,3%	16	20,8%	36	40,9%
	meistens sicher	70	66,0%	58	69,9%	57	74,0%	51	58,0%
	meistens nicht sicher	1	0,9%	4	4,8%	3	3,9%	0	0,0%
	nie sicher	1	0,9%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%
	fehlende Antworten	1	0,9%	0	0,0%	1	1,3%	0	0,0%
nachts	immer sicher	7	6,6%	7	8,4%	3	3,9%	4	4,5%
	meistens sicher	59	55,7%	35	42,2%	40	51,9%	53	58,0%
	meistens nicht sicher	32	30,2%	32	38,6%	27	35,1%	0	0,0%
	nie sicher	5	4,7%	9	10,8%	5	6,5%	1	1,1%
	fehlende Antworten	3	2,8%	0	0,0%	2	2,6%	2	2,3%

Tabelle 40: Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts hinsichtlich der Berufstätigkeit in Jahren

		Berufstätigkeit in Jahren							
		0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
		n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Sicherheitsgefühl tagsüber	immer sicher	35	38,5%	18	20,2%	23	26,4%	30	34,5%
	meistens sicher	54	59,3%	67	75,3%	61	70,1%	54	62,1%
	meistens nicht sicher	2	2,2%	4	4,5%	2	2,3%	0	0,0%
	nie sicher	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,2%
	fehlende Antworten	0	0,0%	0	0,0%	1	1,1%	1	1,1%
nachts	immer sicher	8	8,8%	6	6,7%	4	4,6%	3	3,4%
	meistens sicher	51	56,0%	43	48,3%	45	51,7%	48	55,2%
	meistens nicht sicher	25	27,5%	29	32,6%	33	37,9%	25	28,7%
	nie sicher	4	4,0%	10	11,2%	5	5,7%	8	9,2%
	fehlende Antworten	3	3,3%	1	1,1%	0	0,0%	3	3,4%

*Auswertung des Sicherheitsgefühls hinsichtlich der Anzahl der anwesenden Mitarbeiter*innen*

Die vorliegende Untersuchung gibt keinen Hinweis darauf, dass sich die Anzahl der anwesenden Mitarbeiter*innen im Tagdienst auf das Sicherheitsgefühl auswirkt (vgl. Tabelle 41).

Tabelle 41: Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber hinsichtlich der Anzahl der anwesenden Mitarbeiter*innen

tagsüber	1 bis 4 Personen		5 bis 10 Personen		11 bis 20 Personen	
	n	%	n	%	n	%
immer sicher	54	34,4%	36	26,1%	9	33,3%
meistens sicher	98	62,4%	100	72,5%	18	66,7%
meistens nicht sicher	4	2,5%	2	1,4%	0	0,0%
nie sicher	1	0,6%	0	0,0%	0	0,0%
fehlende Antworten	31					

Im Nachtdienst fühlen sich die Mitarbeitenden, die nur mit bis zu zwei Personen zusammenarbeiten tendenziell weniger sicher als die Beschäftigten in größeren Notaufnahmen mit mehr Personal (vgl. Tabelle 42).

Tabelle 42: Auswertung des Sicherheitsgefühls nachts hinsichtlich der Anzahl der anwesenden Mitarbeiter*innen

nachts	0 bis 2 Personen		3 bis 5 Personen		6 bis 12 Personen	
	n	%	n	%	n	%
immer sicher	7	4,7%	10	6,7%	4	8,5%
meistens sicher	74	49,3%	85	56,7%	28	59,6%
meistens nicht sicher	55	36,7%	44	29,3%	13	27,7%
nie sicher	14	9,3%	11	7,3%	2	4,3%
fehlende Antworten	7					

Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme

Der Aussage „wenn man in der Notaufnahme arbeitet, ist es normal, dass einem hin und wieder Gewalt durch Patientinnen/Patienten oder andere Personen widerfährt“ stimmten 76,8% der Befragten zu. Es gibt in dieser Ansicht keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. Tabelle 43).

Tabelle 43: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme nach Geschlecht

	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Normalisierung von Gewaltereignissen				
stimme zu	183	78,9%	70	76,1%
stimme nicht zu	49	21,1%	22	23,9%

Jüngere Mitarbeiter*innen bewerteten im Rahmen dieser Studie Gewalt in der Notaufnahme tendenziell eher als „normal“ als die älteren (vgl. Tabelle 44: 20-29 Jährige: 83,7%, 50-59 Jährige: 66,7%). Hierbei handelt es sich aber um keinen signifikanten Unterschied.

Tabelle 44: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme nach Geschlecht

	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Normalisierung von Gewaltereignissen								
stimme zu	72	83,7%	81	79,4%	70	77,8%	48	66,7%
stimme nicht zu	14	16,3%	21	20,6%	20	22,2%	24	33,3%

Auswertung hinsichtlich der ausgeübten Funktion der Teilnehmenden in der Notaufnahme

Für einen Großteil der Pflegekräfte in dieser Untersuchung (81,3%) ist es normal, dass sie Gewalt von Patienten*innen in der Notaufnahme erleben (vgl. Tabelle 45). Dies ist ein signifikant größerer Teil als beim ärztlichen Personal, die es fast analog zu den Beschäftigten mit anderen Funktionen immerhin noch zu 71% als „normal“ bewerteten (Chi Quadrat (2) = 5,09, p = 0,047).

Tabelle 45: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme

	Funktion					
	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)
Normalisierung von Gewaltereignissen						
stimme zu	66	71,0%	161	81,3%	42	71,2%
stimme nicht zu	27	29,0%	37	18,7%	17	28,8%

Auswertung hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Wie die Tabellen 46 und 47 zeigen, lässt sich anhand der erhobenen Daten kein Einfluss der Berufserfahrung auf die Wahrnehmung des Gewaltgeschehens ableiten. Allerdings stimmten die über 12 Jahre in der Notaufnahme Tätigen mit 70,5% im Vergleich zu den anderen Gruppen tendenziell etwas weniger der Aussage zu, dass Gewaltereignisse normal sind

Tabelle 46: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme

	Tätigkeit in NA in Jahren							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Normalisierung von Gewaltereignissen stimme zu	82	77,4%	67	80,7%	61	79,2%	62	70,5%
stimme nicht zu	24	22,6%	16	19,3%	16	20,8%	26	29,5%

Tabelle 47: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung

	Berufstätigkeit in Jahren							
	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Normalisierung von Gewaltereignissen stimme zu	66	72,5%	77	86,5%	67	77,0%	62	71,3%
stimme nicht zu	25	27,5%	12	13,5%	20	23,0%	25	28,7%

3.2.7 Auslöser und Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen

Aus Sicht der Befragten werden Gewaltereignisse hauptsächlich durch alkoholisierte oder unter Drogeneinfluss stehende Patienten oder Patientinnen ausgelöst. Des Weiteren werden Wartezeiten als Auslöser für Gewaltereignisse angegeben (vgl. Tabelle 48).

Tabelle 48: Auslöser für Gewaltereignisse

Auslöser für Gewaltereignisse	n (Fälle)	% der Fälle
Alkohol/ Drogen	295	85,5%
Wartezeit	289	83,8%
Verwirrheitszustände	190	55,1%
Unzufriedenheit	155	44,9%
Verständigungsprobleme	130	37,7%
Angst	91	26,4%
Schmerzen	87	25,2%
Verweigerung	77	22,3%
Verweigerung	64	18,6%
Andere	20	5,8%
nicht einschätzbar	4	1,2%

Tabelle 49: Freitextangaben zum Auslöser für Gewaltereignisse

Freitextangaben	n
-----------------	---

Unwissenheit (Notfall, Gesundheitssystem)	2
genervt von Administration	1
als ungerecht empfundene Behandlung	1
Anspruchsdenken	1
Bedürfnis Gewalt auszuüben/ Willkür	1

Unabhängig von der Art des Gewaltgeschehens sind es hauptsächlich die männlichen Patienten, von denen die Gewalt in den drei Kategorien „verbal, körperlich und sexualisiert“ ausgeht (vgl. Tabelle 50). Verbale Angriffe gehen vielfach zudem von den männlichen Begleitpersonen aus (21,4%). Aber auch von weiblichen Personen kann Gewalt in allen drei Kategorien ausgehen: Jede*r 8. Teilnehmer*in macht Patientinnen für körperliche Gewaltereignis verantwortlich (12,4%) und 6,5% der Studienteilnehmenden geben an, dass von Patientinnen sexualisierte Gewaltvorfälle ausgeht.

Tabelle 50: Tätergruppen

	verbal		körperlich		sexualisiert	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
männliche Patienten	182	51,4	150	42,4	119	33,6
männliche Begleitpersonen	77	21,8	26	7,3	12	3,4
weibliche Patienten	34	9,6	44	12,4	23	6,5
weibliche Begleitpersonen	17	4,8	7	2,0	0	0,0
Andere	10	2,8	5	1,1	3	0,8

Tabelle 51: Freitextangaben zu Tätergruppen bei körperlichen Gewaltereignissen

Körperliche Gewaltereignisse	n
Betrunkene/ Intoxikierte	2
Migrationshintergrund	1
demente Patienten	1
alte Patienten	1
Arzt/ Personal	1
psychiatrische Patienten	1
Kinder/ Jugendliche	1
Sexualisierte Gewaltereignisse	
Arzt/ Personal (Mitarbeiter)	2
Betrunkene/ Intoxikierte	1

Am häufigsten wird nach Angaben der Teilnehmenden in der vorliegenden Studie das Gewaltereignis durch eine klare Aufforderung, das Verhalten zu ändern, beendet (74%, vgl. Tabelle 52). Schon am zweithäufigsten wird das Eintreffen der Polizei genannt (70,8%), dicht gefolgt von der Unterstützung durch Kollegen (69,3%). Deutlich weniger haben mit Unterstützung der Kolleginnen das Ereignis beenden können (56,4% im Vergleich zu Kollegen mit 69,3%). Männer nennen das Eintreffen der Polizei signifikant häufiger als Maßnahme zur Beendigung als Frauen (Chi-Quadrat (2) = 8,899, $p = 0,012$, vgl. Tabelle 54).

Tabelle 52: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen

Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen	n (Fälle) % der Fälle	
	n (Fälle)	% der Fälle
klare Aufforderung Verhalten zu ändern	253	74,0%
Eintreffen der Polizei	242	70,8%
Unterstützung durch Kollegen	237	69,3%
Unterstützung durch Kolleginnen	193	56,4%
Gespräch	166	48,5%
Fixierung	135	39,5%
ruhiges Wegbegleiten	81	23,7%
Festhalten	74	21,6%
Eintreffen Sicherheitsdienst	70	20,5%
räumliche Isolierung	66	19,3%
parenterale Medikamentengabe	66	19,3%
Wegführen unter Kräfteinsatz	53	15,5%
orale Medikamentengabe	37	10,8%
Selbstverteidigungstechniken	20	5,8%
Andere	10	2,9%

Tabelle 53: Freitextangaben zu Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen

Freitextangaben	n
Hausverbot	3
Situation verlassen	3
Person hat von alleine aufgehört	1
Androhung Konsequenzen	1
Aufmerksamkeit erregen	1

Tabelle 54: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen nach Geschlecht

Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
klare Aufforderung Verhalten zu ändern	162	69,8%	71	77,2%
Eintreffen der Polizei	148	63,8%	74	80,4%
Unterstützung durch Kollegen	156	67,2%	63	68,5%
Unterstützung durch Kolleginnen	136	58,6%	44	47,8%
Gespräch	194	44,8%	50	54,3%
Fixierung	84	36,2%	42	45,7%
ruhiges Wegbegleiten	49	21,1%	27	29,3%
Festhalten	39	16,8%	29	31,5%
Eintreffen Sicherheitsdienst	44	19,0%	19	20,7%
räumliche Isolierung	39	16,8%	18	19,6%
parenterale Medikamentengabe	35	15,1%	27	29,3%
Wegführen unter Krafteinsatz	26	11,2%	22	23,9%
orale Medikamentengabe	28	12,1%	6	6,5%
Selbstverteidigungstechniken	5	2,2%	14	15,2%
Andere	8	2,4%	2	2,2%

Das Alter der Beschäftigten hat keinen wesentlichen Einfluss darauf, welche Maßnahmen ergriffen worden sind, um die Situation zu beenden (vgl. Tabelle 55). Tendenziell spielen bei jüngeren Beschäftigten Maßnahmen wie Gespräch und ruhiges Wegbegleiten im Vergleich zu den anderen Altersgruppen eine geringere Rolle. Dafür haben die Unterstützung durch Kolleginnen und der Sicherheitsdienst eine größere Bedeutung.

Zudem kann man zumindest tendenziell erkennen, dass die beiden jüngeren Altersgruppen im Gegensatz zu den beiden älteren Altersgruppen härtere bzw. konsequentere Maßnahmen zur Beendigung der Gewaltereignisse angegeben haben: Polizei, Unterstützung durch Kollegen und Kolleginnen, Fixierung, Wegführen unter Krafteinsatz und Selbstverteidigungstechniken. Die parenterale Medikamentengabe spielt in diesen beiden jüngeren Altersgruppen

nur bei den 30-39 jährigen eine größere Rolle, während es bei den 20-29 jährigen die oralen Medikamente sind.

Tabelle 55: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen nach Alter

Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
klare Aufforderung Verhalten zu ändern	60	69,8%	74	72,5%	65	72,2%	51	70,8%
Eintreffen der Polizei	63	73,3%	77	75,5%	59	65,6%	40	55,6%
Unterstützung durch Kollegen	66	76,7%	77	75,5%	50	55,6%	41	56,9%
Unterstützung durch Kolleginnen	56	65,1%	57	55,9%	42	46,7%	36	50,0%
Gespräch	31	36,0%	48	47,1%	50	55,6%	34	47,2%
Fixierung	37	43,0%	43	42,2%	35	38,9%	20	27,8%
ruhiges Wegbegleiten	12	14,0%	29	28,4%	24	26,7%	14	19,4%
Festhalten	22	25,6%	21	20,6%	18	20,0%	13	18,1%
Eintreffen Sicherheitsdienst	20	23,3%	17	16,7%	18	20,0%	14	19,4%
räumliche Isolierung	19	22,1%	19	18,6%	12	13,3%	14	19,4%
parenterale Medikamentengabe	15	17,4%	24	23,5%	15	16,7%	12	16,7%
Wegführen unter Kräfteinsatz	20	23,3%	17	16,7%	7	7,8%	9	12,5%
orale Medikamentengabe	13	15,1%	9	8,8%	11	12,2%	4	5,6%
Selbstverteidigungstechniken	6	7,0%	9	8,8%	2	2,2%	3	4,2%
Andere	3	3,5%	4	3,9%	2	2,2%	1	1,4%

Pflegekräfte (vgl. Tabelle 56) geben signifikant häufiger an, durch die Unterstützung der Kollegen die Gewaltsituation zu beenden als Ärzte*innen oder die anderen Berufsgruppen (Chi-Quadrat (2) = 10,236, p = 0,006). Das ärztliche Personal gibt dagegen eher an, dass die Patient*innen zur Beendigung des Gewaltereignisses durch ein Gespräch beruhigt wurden (Chi-Quadrat (2) = 9,959, p = 0,007.). Seltener wird durch das ärztliche Personal angegeben, dass die Unterstützung durch Kolleginnen erfolgt (Chi-Quadrat (2) = 7,112, p = 0,029).

Tabelle 56: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme

Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen	Funktion					
	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)
klare Aufforderung Verhalten zu ändern	65	69,9%	149	75,3%	36	61,0%
Eintreffen der Polizei	58	62,4%	147	74,2%	35	59,3%
Unterstützung durch Kollegen	57	61,3%	147	74,2%	30	50,8%
Unterstützung durch Kolleginnen	40	43,0%	118	59,6%	33	55,9%
Gespräch	56	60,2%	90	45,5%	20	33,9%
Fixierung	28	30,1%	93	47,0%	14	23,7%
ruhiges Wegbegleiten	24	25,8%	46	23,2%	9	15,3%
Festhalten	21	22,6%	47	23,7%	6	10,2%
Eintreffen Sicherheitsdienst	14	15,1%	44	22,2%	12	20,3%
räumliche Isolierung	14	15,1%	40	20,2%	12	20,3%
parenterale Medikamentengabe	25	26,9%	37	18,7%	4	6,8%
Wegführen unter Krafteinsatz	13	14,0%	34	17,2%	6	10,2%
orale Medikamentengabe	6	6,5%	29	14,6%	2	3,4%
Selbstverteidigungstechniken	3	3,2%	14	7,1%	2	3,4%
Andere	1	1,1%	8	4,0%	4	6,8%

Auswertung hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Es lässt sich aus den Daten kein eindeutiger Zusammenhang zwischen den angegebenen Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen und der Berufserfahrung (Berufstätigkeit in der Notaufnahme und Berufstätigkeit insgesamt) nachweisen (vgl. Tabellen 57 und 58).

Tabelle 57: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme

Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen	Tätigkeit in NA in Jahren							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
klare Aufforderung Verhalten zu ändern	73	68,9%	64	77,1%	55	71,4%	61	69,3%
Eintreffen der Polizei	68	64,2%	62	74,7%	57	74,0%	55	62,5%
Unterstützung durch Kollegen	68	64,2%	59	71,1%	57	74,0%	53	60,2%
Unterstützung durch Kolleginnen	50	47,2%	51	61,4%	48	44,2%	44	50,0%
Gespräch	49	46,2%	36	43,4%	34	44,2%	47	53,4%
Fixierung	34	32,1%	39	47,0%	38	49,4%	24	27,3%
ruhiges Wegbegleiten	20	18,9%	22	26,5%	19	24,7%	20	22,7%
Festhalten	21	19,8%	24	28,9%	15	19,5%	14	15,9%
Eintreffen Sicherheitsdienst	18	17,0%	16	19,3%	20	26,0%	16	18,2%
räumliche Isolierung	22	20,8%	16	19,3%	16	20,8%	12	13,6%
parenterale Medikamentengabe	13	12,3%	20	24,1%	18	23,4%	15	17,0%
Wegführen unter Kräfteinsatz	15	14,2%	17	20,5%	11	14,3%	10	11,4%
orale Medikamentengabe	11	10,4%	7	8,4%	12	15,6%	7	8,0%
Selbstverteidigungstechniken	6	5,7%	8	9,6%	1	1,3%	5	5,7%
Andere	2	1,9%	5	6,0%	2	2,6%	1	1,1%

Tabelle 58: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung

Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen	Berufstätigkeit in Jahren							
	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
klare Aufforderung Verhalten zu ändern	58	63,7%	66	74,2%	69	79,3%	60	69,0%
Eintreffen der Polizei	57	62,6%	69	77,5%	62	71,3%	54	62,1%
Unterstützung durch Kollegen	58	63,7%	70	78,7%	53	60,9%	56	64,4%
Unterstützung durch Kolleginnen	50	54,9%	53	59,6%	47	54,0%	43	49,4%
Gespräch	41	45,1%	41	46,1%	41	47,1%	43	49,4%
Fixierung	30	33,0%	44	49,4%	31	35,6%	30	34,5%
ruhiges Wegbegleiten	14	15,4%	22	24,7%	24	27,6%	21	24,1%
Festhalten	20	22,0%	24	27,0%	13	14,9%	17	19,5%
Eintreffen Sicherheitsdienst	13	14,3%	22	24,7%	18	20,7%	17	19,5%
räumliche Isolierung	19	20,9%	17	19,1%	11	12,6%	19	21,8%
parenterale Medikamentengabe	16	17,6%	19	21,3%	15	17,2%	16	18,4%
Wegführen unter Kräfteinsatz	13	14,3%	19	21,3%	11	12,6%	10	11,5%
orale Medikamentengabe	13	14,3%	9	10,1%	7	8,0%	8	9,2%
Selbstverteidigungstechniken	3	3,3%	8	9,0%	6	6,9%	3	3,4%
Andere	4	4,4%	3	3,4%	1	1,1%	2	2,2%

3.2.8 Dokumentation

Gewaltereignisse werden hauptsächlich (90,1 %) in der Patientenakte dokumentiert und fast immer den Vorgesetzten gemeldet (94,8%). Nur 15,7% der Befragten geben an, dass sie den Vorfall in einem internen Meldesystem erfassen (vgl. Tabelle 59).

Tabelle 59: Dokumentation von Gewaltereignissen

	n (Fälle)	% der Fälle
Dokumentation von Gewaltereignissen		
Patientenakte	227	90,1%
Andere	44	17,5%
Verbandsbuch	11	4,4%

Die Dokumentation wird häufig schriftlich in analoger Form im Krankenhaus vorgenommen (vgl. Tabelle 60). Einige der Mitarbeitenden (8) notieren sich die Vorfälle für sich privat oder die Vorgesetzten notieren die Geschehnisse (7).

Tabelle 60: Freitextangaben zur Dokumentation von Gewaltereignissen

Freitextangaben	n
analoge krankenhausspezifische Dokumentationsform	17
privat	8
Vorgesetzte	7
rechtliche Dokumentation/ Rechtsabteilung	2
Polizei	1
KIS	1
Sicherheitsdienst	1
Verwaltung	1
Arztbesuch	1
Kollegen	1
QM	1

Tabelle 61: Meldung von Gewaltereignissen

	n (Fälle)	% der Fälle
Melden von Gewaltereignissen		
Vorgesetzte	199	94,8%
internes Meldesystem	33	15,7%
Andere	23	11,0%
Unfallversicherungsträger	6	2,9%

3.2.9 Folgen für Beschäftigte

Nach erlebten Gewaltereignissen ärgert sich der Großteil (80,5%) und ist wütend (58,1%). Aber auch Gefühle der Hilflosigkeit (42,2%), Angst (36,3%) und Enttäuschung (36,0%) können bei den Beteiligten auftreten. 50 Personen (14,5%) haben angegeben, dass sie sich danach unsicher im Umgang mit den Patienten fühlen, 46 (13,4%) sind traurig und 41 (11,9%) haben Selbstzweifel (vgl. Tabelle 62).

Tabelle 62: Gefühle nach Gewaltereignissen

Gefühle nach Gewaltereignissen	n (Fälle) % der Fälle	
	n (Fälle)	% der Fälle
Ärger	277	80,5%
Wut	200	58,1%
Hilflosigkeit	145	42,2%
Angst	125	36,3%
Enttäuschung	124	36,0%
Unsicherheit im Umgang mit Patienten	50	14,5%
Traurigkeit	46	13,4%
Selbstzweifel	41	11,9%
Andere	17	4,9%
Schuld	13	3,8%
nichts dergleichen	11	3,2%

Tabelle 63: Freitextangaben zur Gefühlen nach Gewaltereignissen

Freitextangaben	n
im Stich gelassen	2
"Verständnis"/ kann Situation einordnen	2
Überforderung	2
Unverständnis	2
Aufregung	2
Mitleid	1
Diskriminierung	1
Frust	1
Entsetzen	1
respektlos behandelt	1
Hass	1

Auswertung nach Geschlecht

Die Empfindungen nach erlebten Gewaltereignissen unterscheiden sich bei Frauen und Männern. Frauen erleben deutlich häufiger die Gefühle der Hilflosigkeit (46,6% w und 31,5% m) (Chi-Quadrat (1) = 6,192, p = 0,013) und der Angst (41,8% w und 21,7% m) (Chi-Quadrat (1) = 11,641, p = 0,001). Enttäuschung wurde signifikant häufiger von männlichen Beschäftigten angegeben (45,7% m und 31,0% w) (Chi-Quadrat (1) = 6,254, p = 0,012) (vgl. Tabelle 64). Keine signifikanten Geschlechter-Unterschiede sind bei Ärger und Wut zu verzeichnen. Selbstzweifel werden tendenziell häufiger von weiblichen Beschäftigten angegeben.

Tabelle 64: Folgen für Beschäftigte nach Geschlecht

Gefühle nach Gewaltereignissen	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Ärger	182	78,4%	72	78,3%
Wut	130	56,0%	54	58,7%
Hilflosigkeit	108	46,6%	29	31,5%
Angst	97	41,8%	20	21,7%
Enttäuschung	72	31,0%	42	45,7%
Unsicherheit im Umgang mit Patienten	41	17,7%	6	6,5%
Traurigkeit	32	13,8%	11	12,0%
Selbstzweifel	31	13,4%	8	8,7%
Andere	11	4,7%	6	6,5%
Schuld	11	4,7%	2	2,2%
nichts dergleichen	8	3,4%	3	3,3%

Auswertung nach Alter

Die Auswertung nach dem Alter der Teilnehmenden zeigt auch, dass die Gefühle Ärger und Wut vornehmlich nach Gewaltereignissen vorhanden sind. Die Teilnehmenden von 20-29 Jahren gaben mit 18,6% einen deutlich höheren Anteil an Selbstzweifel an, als die 40-49 Jährigen (4,4%). Die Daten liefern zudem Hinweise darauf, dass Angst, Schuldgefühle und Unsicherheit im Umgang mit den Patienten mit dem Alter der Beschäftigten weniger werden (vgl. Tabelle 65).

Tabelle 65: Folgen für Beschäftigte nach Alter

Gefühle nach Gewaltereignissen	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Ärger	65	75,6%	86	84,3%	70	77,8%	53	73,6%
Wut	51	59,3%	62	60,8%	47	52,2%	37	51,4%
Hilflosigkeit	35	40,7%	40	39,2%	36	40,0%	34	47,2%
Angst	39	45,3%	38	37,3%	25	27,8%	21	29,2%
Enttäuschung	35	40,7%	32	31,4%	30	33,3%	27	37,5%
Unsicherheit im Umgang mit Patienten	19	22,1%	15	14,7%	8	8,9%	6	8,3%
Traurigkeit	9	10,5%	15	14,7%	12	13,3%	10	13,9%
Selbstzweifel	16	18,6%	15	14,7%	4	4,4%	6	8,3%
Andere	3	3,5%	7	6,9%	4	4,4%	3	4,2%
Schuld	5	5,8%	4	3,9%	3	3,3%	1	1,4%
nichts dergleichen	1	1,2%	5	4,9%	3	3,3%	2	2,8%

Auswertung nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme

Tabelle 66: Folgen für Beschäftigte nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme

Gefühle nach Gewaltereignissen	Funktion					
	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)
Ärger	70	75,3%	163	82,3%	40	67,8%
Wut	44	47,3%	125	63,1%	28	47,5%
Hilflosigkeit	23	24,7%	90	45,5%	30	50,8%
Angst	20	21,5%	5,7	39,9%	25	42,4%
Enttäuschung	30	32,3%	76	38,4%	16	27,1%
Unsicherheit im Umgang mit Patienten	11	11,8%	31	15,7%	8	13,6%
Traurigkeit	10	10,8%	28	14,1%	7	11,9%
Selbstzweifel	7	7,5%	26	13,1%	6	10,2%
Andere	2	2,2%	13	6,6%	2	3,4%
Schuld	5	5,4%	10	5,1%	1	1,7%
nichts dergleichen	5	5,4%	5	2,5%	1	1,7%

Die Daten weisen auf, dass alle Berufsgruppen nach einem Gewaltereignis Ärger empfinden (vgl. Tabelle 66). Das ärztliche Personal und die anderen Berufsgruppen empfinden aber weniger Wut als das Pflegepersonal (Chi-Quadrat (2) = 7,256, p = 0,027). Das Gefühl der Angst ist bei den Ärztinnen und Ärzten auch deutlich geringer als bei den Pflegekräften und den anderen Berufsgruppen (Chi-Quadrat (2) = 11,432, p = 0,003), ebenso das Gefühl der Hilflosigkeit (Chi-Quadrat (2) = 15,253, p = 0,00).

Auswertung hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Tabelle 67: Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme nach Jahren

	Tätigkeit in NA in Jahren							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Gefühle nach Gewaltereignissen								
Ärger	77	72,6%	64	77,1%	66	85,7%	70	79,5%
Wut	59	55,7%	477	56,6%	48	62,3%	46	52,3%
Hilflosigkeit	36	34,0%	39	47,0%	33	42,9%	37	42,0%
Angst	40	37,7%	31	37,3%	25	32,5%	29	33,0%
Enttäuschung	37	34,9%	38	45,8%	22	28,9%	27	30,7%
Unsicherheit im Umgang mit Patienten	20	18,9%	16	19,3%	7	9,1%	7	8,0%
Traurigkeit	9	8,5%	14	16,9%	11	14,3%	42	13,6%
Selbstzweifel	16	15,1%	13	15,7%	8	10,4%	4	4,5%
Andere	2	1,9%	5	6,0%	4	5,2%	6	6,8%
Schuld	4	3,8%	4	4,8%	1	1,3%	4	4,5%
nichts dergleichen	1	0,9%	5	6,0%	2	2,6%	3	3,4%

Tabelle 68: Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung

	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
	Gefühle nach Gewaltereignissen							
Ärger	64	70,3%	72	80,9%	72	82,8%	69	79,3%
Wut	50	54,9%	58	65,2%	41	47,1%	51	58,6%
Hilflosigkeit	35	38,5%	33	37,1%	37	42,5%	40	46,0%
Angst	30	33,0%	36	40,4%	32	36,8%	27	31,0%
Enttäuschung	39	42,9%	29	32,6%	24	27,6%	32	36,8%
Unsicherheit im Umgang mit Patienten	20	22,0%	14	15,7%	6	6,9%	10	11,5%
Traurigkeit	13	14,3%	8	9,0%	15	17,2%	10	11,5%
Selbstzweifel	14	15,4%	11	12,4%	10	11,5%	6	6,9%
Andere	3	3,3%	3	3,4%	7	8,0%	4	4,6%
Schuld	4	4,4%	5	5,6%	1	1,1%	3	3,4%
nichts dergleichen	2	2,2%	4	4,5%	2	2,3%	3	3,4%

Die Berufserfahrung hat keinen offensichtlichen Einfluss darauf (vgl. Tabelle 67 und Tabelle 68), ob man sich nach einem Gewaltereignis ärgert (zwischen 70,3% und 85,7%) oder wütend ist (52%-65,2%). Berufserfahrung scheint auch nicht vor dem Gefühl der Hilflosigkeit zu schützen, denn ein höherer Anteil der Teilnehmenden mit langer Berufserfahrung (46%) fühlt sich hilflos, während es bei den Berufsanfängern nur 38,5% sind. Deutlich geringer mit der Berufserfahrung werden die Selbstzweifel: 15,4% bei bis zu 6 jähriger Berufserfahrung gegenüber 6,9% bei den Teilnehmenden mit über 24 jähriger Berufserfahrung.

Langfristige Folgen für Beschäftigte

Tabelle 69: Langfristige Folgen für Beschäftigte

	n (Fälle)	% der Fälle
langfristige Folgen von Gewaltereignissen		
Gereiztheit	150	43,7%
gedrückte Stimmung	124	36,2%
Abstumpfung	118	34,4%
Verlust der Freude am Beruf	110	32,1%
Wunsch nach Berufswechsel	91	26,5%
Schlafstörungen	76	22,2%
nichts dergleichen	70	20,4%
Muskelverspannungen	59	17,2%
Kopfschmerzen	55	16,0%
Freudlosigkeit	45	13,1%
Tabakkonsum	45	13,1%
Verdauungsprobleme	39	11,4%
Konzentrationsschwierigkeiten	35	10,2%
Alkoholkonsum	14	4,1%
Appetitlosigkeit	13	3,8%
Andere	11	3,2%
Medikamentenkonsum	7	2,0%

Langfristig haben 43,7% der Befragten nach Gewaltereignissen in der Notaufnahme das Gefühl, dass sie gereizt sind (vgl. Tabelle 69). Über ein Drittel empfinden auf Dauer eine gedrückte Stimmung (36,2%), das Gefühl der Abstumpfung (34,4%) und 32,1% verlieren die Freude am Beruf. Ca. jeder vierte Teilnehmende verspürt den Wunsch nach einem Berufswechsel (26,5%). Nur 20,4 % sind der Ansicht, dass sie langfristig nicht mit Folgen nach erfahrenen Gewaltsituationen zu tun haben.

Tabelle 70: Freitextangaben zur Beeinträchtigungen nach Gewaltereignissen

Freitextangaben	n
Wunsch nach Abteilungswechsel	1
Empathieverlust	1
im Stich gelassen	1
anhaltende Anspannung	1
verminderte Libido	1
Tinnitus	1

Auswertung langfristiger Folgen für Beschäftigte hinsichtlich des Geschlechts

Frauen verspüren den Wunsch nach einem Berufswechsel mehr (27,2%) als Männer (22,8%, vgl. Tabelle 71). Muskelverspannungen (21,6%), Kopfschmerzen (19,4%) und Verdauungsproblem (13,4%) werden als langfristige Probleme eher von Frauen als Männern angegeben. Während 25% der Männer keine langfristigen Folgen benennen, sind es bei den Frauen nur 17,4%.

Tabelle 71: Langfristige Folgen für Beschäftigte nach Geschlecht

	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
langfristige Folgen von Gewaltereignissen				
Gereiztheit	98	42,2%	41	44,6%
gedrückte Stimmung	83	35,8%	31	33,7%
Abstumpfung	75	32,3%	32	34,8%
Verlust der Freude am Beruf	69	29,7%	31	33,7%
Wunsch nach Berufswechsel	63	27,2%	21	22,8%
Schlafstörungen	52	22,4%	17	18,5%
nichts dergleichen	40	17,2%	23	25,0%
Muskelverspannungen	50	21,6%	6	6,5%
Kopfschmerzen	45	19,4%	10	10,9%
Freudlosigkeit	29	12,5%	11	12,0%
Tabakkonsum	26	11,2%	15	16,3%
Verdauungsprobleme	31	13,4%	6	6,5%
Konzentrationsschwierigkeiten	25	10,8%	9	9,8%
Alkoholkonsum	8	3,4%	6	6,5%
Appetitlosigkeit	11	4,7%	2	2,2%
Andere	7	3,0%	4	4,3%
Medikamentenkonsum	7	3,0%	2	2,2%

Auswertung langfristiger Folgen für Beschäftigte hinsichtlich des Alters

Die Hälfte aller Teilnehmenden über 50 Jahre sind nach Zwischenfällen mit gewalttätigen Patienten oder Patientinnen gereizt (vgl. Tabelle 72). Gedrückte Stimmung empfinden eher die jüngeren Beteiligten (20-29 Jahre: 40,7%, 40-49 Jahre: 31,1%). Außerdem verliert ein größerer Teil der jüngeren Befragten die Freude am Beruf (20-29 Jahre: 37,2%, 40-49 Jahre: 17,8%). Zudem gibt ein größerer Teil der jüngeren Teilnehmenden an, dass sie Kopfschmerzen in Folge der Gewalterlebnisse haben (20-29 Jahre: 26,7%, 40-49 Jahre: 7,8%).

Tabelle 72: Langfristige Folgen für Beschäftigte nach Alter

	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
langfristige Folgen von Gewaltereignissen								
Gereiztheit	34	39,5%	46	45,1%	34	37,8%	36	50,0%
gedrückte Stimmung	35	40,7%	37	36,3%	28	31,1%	23	31,9%
Abstumpfung	30	34,9%	37	36,3%	30	33,3%	20	27,8%
Verlust der Freude am Beruf	32	37,2%	38	37,3%	16	17,8%	23	31,9%
Wunsch nach Berufswechsel	22	25,6%	30	29,4%	22	24,4%	17	23,6%
Schlafstörungen	20	23,3%	28	27,5%	14	15,6%	14	19,4%
nichts dergleichen	17	19,8%	21	20,6%	21	23,3%	10	13,9%
Muskelverspannungen	15	17,4%	16	15,7%	14	15,6%	14	19,4%
Kopfschmerzen	23	26,7%	19	18,6%	7	7,8%	6	8,3%
Freudlosigkeit	15	17,4%	12	11,8%	7	7,8%	11	15,3%
Tabakkonsum	14	16,3%	17	16,7%	11	12,2%	3	4,2%
Verdauungsprobleme	13	15,1%	10	9,8%	7	7,8%	9	12,5%
Konzentrationsschwierigkeiten	11	12,8%	9	8,8%	5	5,6%	10	13,9%
Alkoholkonsum	4	4,7%	6	5,9%	3	3,3%	1	1,4%
Appetitlosigkeit	8	9,3%	1	1,0%	2	2,2%	2	2,8%
Andere	2	2,3%	2	2,0%	4	4,4%	3	4,2%
Medikamentenkonsum	1	1,2%	2	2,0%	4	4,4%	4	5,6%

Auswertung langfristiger Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der ausgeübten Funktion in der Notaufnahme

Insbesondere Pflegekräfte verlieren die Freude am Beruf (36,9%, Chi-Quadrat (2) = 6,422, p = 0,040) und wünschen sich einen Berufswechsel (32,3%, Chi-Quadrat (2) = 8,796, p = 0,012, vgl. Tabelle 73). Ein großes Problem bei den Pflegekräften gegenüber dem ärztlichen Personal und den anderen Berufsgruppen ist das Gefühl der Abstumpfung (39,9%, Chi-Quadrat (2) = 9,004, p = 0,011). Gereiztheit empfinden Ärzte (43%) und Pflegepersonal (44,9%) ähnlich häufig.

Tabelle 73: Langfristige Folgen für Beschäftigte nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme

	Funktion					
	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
langfristige Folgen von Gewaltereignissen						
Gereiztheit	40	43,0%	89	44,9%	19	32,2%
gedrückte Stimmung	27	29,0%	79	39,9%	16	27,1%
Abstumpfung	27	29,0%	79	39,9%	11	18,6%
Verlust der Freude am Beruf	24	25,8%	73	36,9%	12	20,3%
Wunsch nach Berufswechsel	18	19,4%	64	32,3%	9	15,3%
Schlafstörungen	19	20,4%	36	18,2%	19	32,2%
nichts dergleichen	27	29,0%	32	16,2%	11	18,6%
Muskelverspannungen	11	11,8%	34	17,2%	13	22,0%
Kopfschmerzen	7	7,5%	32	16,2%	16	27,1%
Freudlosigkeit	12	12,9%	23	11,6%	10	16,9%
Tabakkonsum	5	5,4%	32	16,2%	8	13,6%
Verdauungsprobleme	6	6,5%	23	11,6%	8	13,6%
Konzentrationsschwierigkeiten	11	11,8%	17	8,6%	6	10,2%
Alkoholkonsum	1	1,1%	10	5,1%	3	5,1%
Appetitlosigkeit	2	2,2%	8	4,0%	3	5,1%
Andere	4	4,3%	7	3,5%	4	6,8%
Medikamentenkonsum	1	1,1%	4	2,0%	2	3,4%

Auswertung langfristiger Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Mit zunehmender Berufstätigkeit in der Notaufnahme (bis zu 11 Jahren) steigt die Anzahl der Befragten (bis auf 55,8%, vgl. Tabelle 74), die nach einem Gewaltereignis gereizt sind (Chi-Quadrat (3) 8,118, p = 0,044). Auch die Gruppe mit 6-11 jähriger Berufserfahrung in der Notaufnahme hat den größten Anteil derjenigen, die das Gefühl der Abstumpfungen langfristig empfinden (54,5%, Chi-Quadrat (3) 19,00, p = 0,001). Hauptsächlich diejenigen, die seit 3-5 Jahren in der Notaufnahme tätig sind, verlieren die Freude am Beruf (42,2%, Chi-Quadrat (3) 7,856, p = 0,049).

Tabelle 74: Langfristige Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme

	Tätigkeit in NA in Jahren							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
langfristige Folgen von Gewaltereignissen								
Gereiztheit	37	34,9%	38	45,8%	43	55,8%	32	36,4%
gedrückte Stimmung	33	31,1%	34	41,0%	24	31,2%	33	37,5%
Abstumpfung	30	28,9%	25	30,1%	42	54,5%	21	23,9%
Verlust der Freude am Beruf	28	26,4%	35	42,2%	27	35,1%	20	22,7%
Wunsch nach Berufswechsel	19	17,9%	26	31,1%	19	24,7%	27	30,7%
Schlafstörungen	24	22,6%	21	25,3%	18	23,4%	13	14,8%
nichts dergleichen	26	24,5%	17	20,5%	11	14,3%	16	18,2%
Muskelverspannungen	14	13,2%	18	21,7%	15	19,5%	12	13,6%
Kopfschmerzen	22	20,8%	13	15,7%	12	15,6%	8	9,1%
Freudlosigkeit	13	12,3%	16	19,3%	3	3,9%	13	14,8%
Tabakkonsum	12	11,3%	15	18,1%	11	14,3%	7	8,0%
Verdauungsprobleme	10	9,4%	13	15,7%	9	11,7%	7	8,0%
Konzentrationsschwierigkeiten	14	13,2%	8	9,6%	8	10,4%	5	5,7%
Alkoholkonsum	5	4,7%	4	4,8%	3	3,9%	2	2,3%
Appetitlosigkeit	6	5,7%	5	6,0%	0	0,0%	2	2,3%
Andere	3	2,8%	2	2,4%	1	1,3%	5	5,7%
Medikamentenkonsum	4	3,8%	3	3,8%	2	2,6%	2	2,3%

Während die Freude am Beruf eher die Befragten mit wenig Berufserfahrung verlieren (0-6 Jahre: 41,8%), steigt tendenziell das Gefühl der Gereiztheit mit der Berufserfahrung (24-44 Jahre Berufstätigkeit: 48,3%). Kopfschmerzen scheinen deutlich mehr ein Problem bei den Beschäftigten mit geringer Berufserfahrung zu sein (0-6 Jahre: 24,2%, 24-44 Jahre: 4,6%, vgl. Tabelle 75).

Tabelle 75: Langfristige Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung

	Berufstätigkeit in Jahren							
	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
langfristige Folgen von Gewaltereignissen								
Gereiztheit	38	41,3%	39	43,8%	31	35,6%	42	48,3%
gedrückte Stimmung	37	40,7%	32	36,0%	27	31,0%	28	32,2%
Abstumpfung	27	29,7%	34	38,2%	29	33,3%	28	32,2%
Verlust der Freude am Beruf	38	41,8%	26	29,2%	23	26,4%	23	26,4%
Wunsch nach Berufswechsel	21	23,1%	22	24,7%	24	27,6%	24	27,6%
Schlafstörungen	24	26,4%	18	20,2%	19	21,8%	15	17,2%
nichts dergleichen	19	20,9%	17	19,1%	20	23,0%	14	16,1%
Muskelverspannungen	17	18,7%	14	15,5%	10	11,5%	18	20,7%
Kopfschmerzen	22	24,2%	17	19,1%	12	13,8%	4	4,6%
Freudlosigkeit	19	20,9%	9	10,1%	6	6,9%	11	12,6%
Tabakkonsum	12	13,2%	13	14,6%	13	14,9%	7	8,0%
Verdauungsprobleme	13	14,3%	9	10,1%	6	6,9%	11	12,6%
Konzentrationsschwierigkeiten	14	15,4%	7	7,9%	3	3,4%	11	12,6%
Alkoholkonsum	1	1,1%	8	9,0%	3	3,4%	2	2,2%
Appetitlosigkeit	8	8,8%	1	1,1%	1	1,1%	3	3,4%
Andere	2	2,2%	2	2,2%	4	4,6%	3	3,4%
Medikamentenkonsum	1	1,1%	2	2,2%	1	1,1%	3	3,4%

Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten

Die meisten der Teilnehmenden in der vorliegenden Studie verarbeiten erlebte Gewaltereignisse, indem sie im Kollegenkreis darüber sprechen (81,7%, vgl. Tabelle 76). 59,6% sprechen im Familien- oder Freundeskreis darüber und nur 27,9% mit ihren Vorgesetzten. Fallbesprechungen scheinen eine nur geringe Bedeutung zu haben (5,2%).

Tabelle 76: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten

Verarbeitung	n (Fälle) % der Fälle	
	n (Fälle)	% der Fälle
Sprechen mit Kolleginnen/ Kollegen	281	81,7%
Sprechen mit Familie/ Freunden	205	59,6%
Sprechen mit Vorgesetzten	96	27,9%
Ansprechen in Fallbesprechungen	18	5,2%
nichts dergleichen, weil kein Ansprechpartner bekannt	8	2,3%
Anderes	5	1,5%
nichts dergleichen	2	0,6%

Tabelle 77: Freitextangaben zur Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten

Freitextangaben	n
Sport	2
Supervision	1
Teamsitzung	1
Selbstreflektion	1

Auswertung der Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten hinsichtlich des Geschlechts

Die weiblichen Studienteilnehmerinnen sprechen noch weniger mit ihren Vorgesetzten über das Erlebte als die männlichen Teilnehmer (weiblich: 23,3%, männlich: 33,7% (vgl. Tabelle 78).

Tabelle 78: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten nach Geschlecht

Verarbeitung	Geschlecht			
	weiblich		männlich	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Sprechen mit Kolleginnen/ Kollegen	185	79,7%	76	82,6%
Sprechen mit Familie/ Freunden	136	58,6%	53	57,6%
Sprechen mit Vorgesetzten	54	23,3%	31	33,7%
Ansprechen in Fallbesprechungen	9	3,9%	7	7,6%
nichts dergleichen, weil kein Ansprechpartner bekannt	5	2,2%	2	2,2%
Anderes	3	1,3%	2	2,2%
nichts dergleichen	1	0,4%	2	2,2%

Auswertung der Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten hinsichtlich des Alters

Das Alter der Befragten scheint keinen Einfluss auf die Art der Verarbeitung zu haben (vgl. Tabelle 79).

Tabelle 79: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten nach Alter

Verarbeitung	Alter							
	20 bis 29 Jahre		30 bis 39 Jahre		40 bis 49 Jahre		50 bis 59 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Sprechen mit Kolleginnen/ Kollegen	65	75,6%	84	82,4%	72	80,0%	57	79,2%
Sprechen mit Familie/ Freunden	52	60,5%	59	57,8%	54	60,0%	38	52,8%
Sprechen mit Vorgesetzten	24	27,9%	27	26,5%	21	23,3%	23	31,9%
Ansprechen in Fallbesprechungen	6	7,0%	3	2,9%	3	3,3%	6	8,3%
nichts dergleichen, weil kein Ansprechpartner bekannt	4	4,7%	1	1,0%	2	2,2%	1	1,4%
Anderes	3	3,5%	3	2,9%	1	1,1%	1	1,4%
nichts dergleichen	1	1,2%	1	1,0%	0	0,0%	4	5,6%

Auswertung der Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten hinsichtlich der ausgeübten Funktion in der Notaufnahme

Die meisten Pflegekräfte sprechen im Kollegenkreis über die Ereignisse (86,4%, vgl. Tabelle 80). Das ärztliche Personal sucht eher das Gespräch mit den Vorgesetzten (32,3%) als die Pflegekräfte (26,3%) und die anderen Berufsgruppen (23,7%).

Tabelle 80: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme.

Verarbeitung	Funktion					
	ärztliche Funktion		pflegerische Funktion		andere Funktion	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Sprechen mit Kolleginnen/ Kollegen	69	74,2%	171	86,4%	38	64,4%
Sprechen mit Familie/ Freunden	53	57,0%	123	62,1%	29	49,2%
Sprechen mit Vorgesetzten	30	32,3%	52	26,3%	14	23,7%
Ansprechen in Fallbesprechungen	7	7,5%	7	3,5%	4	6,8%
nichts dergleichen, weil kein Ansprechpartner bekannt	3	3,2%	4	2,0%	1	1,7%
Anderes	1	1,1%	3	1,5%	1	1,7%
nichts dergleichen	1	1,1%	1	0,5%	4	6,8%

Auswertung der Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten hinsichtlich der Berufserfahrung in der Notaufnahme und der gesamten Berufserfahrung

Mit den Jahren der Berufserfahrung in der Notaufnahme (vgl. Tabelle 81) und der Berufserfahrung insgesamt (vgl. Tabelle 82) scheint sich die Art der Verarbeitung nicht zu verändern.

Tabelle 81: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme

Verarbeitung	Tätigkeit in NA in Jahren							
	0 bis 2 Jahre		3 bis 5 Jahre		6 bis 11 Jahre		über 12 Jahre (12-43)	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Sprechen mit Kolleginnen/ Kollegen	83	78,3%	62	74,7%	68	88,3%	68	77,3%
Sprechen mit Familie/ Freunden	59	55,7%	50	60,2%	46	59,7%	50	56,8%
Sprechen mit Vorgesetzten	23	21,7%	28	33,7%	21	27,3%	24	27,3%
Ansprechen in Fallbesprechungen	6	5,7%	6	7,2%	5	6,5%	1	1,1%
nichts dergleichen, weil kein Ansprechpartner bekannt	2	1,9%	5	6,0%	0	0,0%	1	1,1%
Anderes	1	0,9%	2	2,4%	2	2,6%	0	0,0%
nichts dergleichen	1	0,9%	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%

Tabelle 82: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung

Verarbeitung	Berufstätigkeit in Jahren							
	0 bis 6 Jahre		7 bis 14 Jahre		15 bis 23 Jahre		24 bis 44 Jahre	
	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle	n (Fälle)	% der Fälle
Sprechen mit Kolleginnen/ Kollegen	63	69,2%	74	83,1%	74	85,1%	70	80,5%
Sprechen mit Familie/ Freunden	56	61,5%	52	58,4%	44	50,6%	53	60,9%
Sprechen mit Vorgesetzten	23	25,3%	21	23,6%	30	34,5%	22	25,3%
Ansprechen in Fallbesprechungen	6	6,6%	5	5,6%	3	3,4%	4	4,6%
nichts dergleichen, weil kein Ansprechpartner bekannt	5	5,5%	1	1,1%	2	2,3%	1	1,1%
Anderes	1	1,1%	1	1,1%	2	2,3%	1	1,1%
nichts dergleichen	2	2,2%	1	1,1%	1	1,1%	3	3,4%

Auswertung der Folgen für die Beschäftigten nach erlebten Gewaltereignissen: Krankschreibungen

Krankschreibungen sind nur in den seltensten Fällen die Folgen eines Gewaltereignisses (vgl. Tabelle 83).

Tabelle 83: Krankschreibung nach erlebten Gewaltereignissen

Krankschreibung	n (Fälle)	% der Fälle
nein	337	95,2%
ja, AU < 3 Tage	5	1,4%
ja, AU > 3 Tage	4	1,1%
keine Angabe	8	2,3%

3.2.10 Institutionelle Maßnahmen

Auswertung hinsichtlich der Vorsorgemaßnahmen von Krankenhäusern

58,7% der befragten Teilnehmenden geben an, dass in ihren Krankenhäusern Schulungen als Vorbereitung auf Gewaltereignisse angeboten werden (vgl. Tabelle 84). Räumliche Rückzugsmöglichkeiten haben 38,1% befragte und 29,9% haben einen Sicherheitsdienst in

der Notaufnahme, während 27,6% einen anrufen können. Nur 14,7% wissen von Handlungsleitlinien in ihrer Klinik. Rund um die Uhr ist nur in wenigen Häusern ein Sicherheitsdienst vor Ort (6,7%) und in der Dienstplanung wird selten darauf geachtet, dass ein männlicher Mitarbeiter immer anwesend ist (5,1%).

Tabelle 84: Vorsorgemaßnahmen der Krankenhäuser

Vorsorge	n (Fälle) % der Fälle	
	n (Fälle)	% der Fälle
Fortbildungen/ Schulungen	200	58,7%
räumliche Rückzugsmöglichkeit	130	38,1%
Sicherheitsdienst anwesend	102	29,9%
Sicherheitsdienst telefonisch erreichbar	94	27,6%
Handlungsleitlinien	50	14,7%
Sicherheitsdienst 24/7 vor Ort	23	6,7%
mindestens ein männlicher Mitarbeiter im Dienst	18	5,1%
Andere	18	5,1%

Tabelle 85: Freitexteingaben zu Vorsorgemaßnahmen der Krankenhäuser

Freitexteingaben	n
Notknopf	8
Kameraüberwachung	4
Zugang zu Notaufnahme einschränken/ Abschließoption	2
Begleitung Mitarbeiter durch Sicherheitsdienst	1
hausinterne Notrufnummer	1
kollegialer Deeskalationstrainer	1
externer Sicherheitsdienst auf Abruf	1

Ein Teilnehmer oder Teilnehmerin berichtet von negativen Erfahrungen mit einer präventiven Schulungsmaßnahme: "Termin mit der Polizei zum Umgang. Termine wurden abgesagt und inhaltlich war es eher beleidigend als hilfreich."

Zahlreiche Eingaben zu den Wünschen von präventiven Maßnahmen geben Hinweise auf den großen Bedarf sich auf Gewaltereignisse vorzubereiten und vor diesen geschützt zu werden:

Tabelle 86: Freitextangaben zu Wünschen präventiver Maßnahmen

Freitexteingaben	n
Sicherheitsdienst 24/7 (Ausbildung, Befugnisse?)	59
Fortbildungen/ Schulungen (Gewalt, Selbstverteidigung, Deeskalation)	20
Sicherheitsdienst nachts	15
zwei Personen im Nachtdienst/ mehr Personal	12
Zugang zu Notaufnahme einschränken/ Abschließoption	12
räumliche Rückzugsmöglichkeiten	10
Notknopf/ Notfalltelefon	10
Handlungsleitlinien	7
Wertschätzung/ Ernstnehmen durch Arbeitgeber/ Vorgesetzte	5
männlicher Kollege im Dienst	5
fester Ansprechpartner	4
(bessere) Kooperation Polizei	3
Kameraüberwachung	3
rechtliche Unterstützung/ Beschwerdestelle	2
Dokumentationsbuch/ -system	1
"Ausnüchterungsraum"	1

Ausführlicheren Einblick in die Situation der Mitarbeiter*innen in Notaufnahmen geben die beiden folgenden Kommentare: *"Wiederholt wurde der AG [Arbeitgeber] darauf hingewiesen, dass eine Sicherheitsglasplatte an der Anmeldung zum Sicherheitsgefühl beitragen würde, sowie Schutz vor anspucken, drüber springen des Tresens verhindern würde (was in einer anderen Schichtbesetzung geschah). Außerdem zur Deeskalation im Wartebereich Fernseher installieren, was seit mehreren Jahren vom AG [Arbeitgeber] verhindert wird, trotz vieler verschieden gearteter Anträge der Beschäftigten in der ZNA. Die Pat. hätten Beschäftigung während der Wartezeit und das Gefühl, dass man sich für sie interessiert, wenn schwerer kranke Pat. vorgezogen werden MÜSSEN. AG [Arbeitgeber] tut sich außerdem schwer im Wartezimmer zu informieren, warum manchmal Wartezeiten lange sind und Pat. vorgezogen werden müssen"*

"Sicherheitsdienst der nicht im Wartezimmer schläft und nicht aus kleinen Jungen, schwächlichen Männern/Jungen besteht, sondern ein Mann der sich auf sein Handwerk versteht; wenn der Sicherheitsdienst für das WE ausfällt: Ersatz!!! und kein so lasziverer Umgang mit diesem Thema! Selbstverteidigungskurse; schnellerer Polizeieinsatz"

Auswertung hinsichtlich der Nachsorgemaßnahmen von Krankenhäusern

Fallbesprechungen finden nach Aussage der Befragten bei 33,9% Teilnehmenden statt und Supervision wird für 16,3% angeboten (vgl. Tabelle 87). Professionelle psychologische Betreuung (14,7%) und festgelegte Ansprechpartner (12,7%) ist nur die Ausnahme in den teilnehmenden hessischen Kliniken.

Tabelle 87: Nachsorgemaßnahmen der Krankenhäuser

Nachsorge	n (Fälle) % der Fälle	
	n (Fälle)	% der Fälle
Fallbesprechungen	104	33,9%
Supervision	50	16,3%
professionelle psychologische Betreuung	45	14,7%
Nachsorgegespräch/ festgelegter Ansprechpartner	39	12,7%
Andere	18	5,1%

Tabelle 88: Freitextangaben zu Nachsorgemaßnahmen der Krankenhäuser

Freitextangaben	n
Seelsorge	3
Betriebsarzt	3
externe Beratung	2
Gespräch Kollegen	2
"M&M Konferenz"	1
QM Gespräch	1
Gespräch Vorgesetzte	1
Betriebliches Gesundheitsmanagement	1

Tabelle 89: Freitextangaben zu Wünschen von Nachsorgemaßnahmen

Freitextangaben	n
Supervision	31
Fallbesprechung	23
fester Ansprechpartner	12
psychologische Betreuung (extern)	11
Nachsorgegespräche	8
Gesprächsmöglichkeiten Vorgesetzte	7
Wertschätzung/ Ernstnehmen durch Arbeitgeber/ Vorgesetzte	6
Teamsitzung	5
professionelle Beratung	3
Krisenmanagement	3
gemeinsam erarbeitete Verbesserungen	2
Aufklärung Möglichkeiten	1
konsequente Umsetzung Hausverbot	1
Time-Out-Option nach Ereignis	1
Sport/ Erholungsangebote	1
Handlungsleitlinien	1
Rückhalt im Team	1

Besonders deutlich wird die Enttäuschung über fehlende Nachsorge mit dem folgenden Zitat:
"es ist bei uns Sehr enttäuschend auf eine Reaktion zu warten, nicht mal nachgefragt es passiert nichts und es war bei mir schon das 2te mal mit Messer verletzt zu werden".

4. Diskussion der Ergebnisse

4.1. Limitationen durch die Datenerhebung

Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine hessenweite Online Befragung von Mitarbeitenden in Notaufnahmen. Die Form der Befragung wurde gewählt, um die Proband*innen einfacher zu erreichen und die Erhebungsdauer zu verkürzen. Zudem entfallen Druck- und Portokosten. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass Teilnehmer*innen mehrfach an der Befragung teilgenommen haben. Zudem kann die Zusammensetzung der Stichprobe dadurch beeinflusst sein, dass nur Mitarbeiter*innen mit einem internetfähigen Computerzugang an der Befragung teilnehmen konnten. Außerdem war die Teilnahmebereitschaft der Mitarbeiter*innen, die durch Gewalterfahrungen beeinflusst wird, Voraussetzung für die Teilnahme. Das Ergebnis ist auch dadurch beeinflusst worden, dass Kliniken, die diese Problematik für nicht relevant halten, eine Teilnahme für sich und ihre Mitarbeitenden ausgeschlossen.

Da fünf der 51 teilnehmenden Kliniken nicht angegeben haben, wie viel Personal in der Notaufnahme tätig ist, kann zudem die Grundgesamtheit nicht genau berechnet werden. Folglich kann die Teilnahmequote nur ungefähr benannt werden, sie liegt bei ca. 30% (auswertbar ca. 25%).

4.2. Interpretation der Ergebnisse

Gewaltereignisse und Täter

Fast alle Mitarbeitenden in hessischen Notaufnahmen erleben verbale Gewaltereignisse, womit sich das Ergebnis nicht von denen anderer Studien unterscheidet. Auch in dieser Untersuchung handelt es sich zumeist um Beschimpfungen (90,1%, bei Lindner, T. et al. 2015: 83,6%). Das Ergebnis der qualitativen Studie von Knowles et al. 2013, dass verbale Gewalt regelmäßig wahrgenommen wird, spiegelt sich in dieser Untersuchung ebenfalls wider, denn ein Großteil findet es normal, dass ihnen als Beschäftigte in der Notaufnahme hin und wieder Gewalt widerfährt (76,8%).

Während in der Studie von Petersen et al. (2016) 25% der Teilnehmenden das Erleben körperlicher Gewalterlebnisse bejahten, geben 76% der Studienteilnehmer*innen aus hessischen Notaufnahmen an, solche Erlebnisse in den letzten zwölf Monaten gehabt zu haben. Die Studie von Ferri, et al. (2016) zeigt ähnliche Ergebnisse wie in der vorliegenden Untersuchung.

Die männlichen Teilnehmer berichten häufiger von verbalen und signifikant häufiger von körperlichen Gewaltereignissen als die weiblichen. Sexuelle Gewalt erleben signifikant häufiger die weiblichen Mitarbeiterinnen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Copeland; Henry (2017). Möglicherweise werden insbesondere die männlichen Kollegen in kritischen Situationen herbeigerufen oder fühlen sich für solche Situationen zuständig. Damit sind sie häufiger am Gewaltgeschehen beteiligt. Es könnte aber auch sein, dass es den Mitarbeiterinnen besser gelingt beruhigend einzuwirken und zu deeskalieren als ihren männlichen Kollegen, denn die qualitative Studie von Ramacciati et al. (2015) zeigt auf, dass sich die Geschlechter in Gewaltsituationen unterschiedlich verhalten.

Obwohl die männlichen Beschäftigten in der Notaufnahme häufiger über Gewalterlebnisse berichten, fühlen sich insbesondere nachts die weiblichen Beschäftigten nicht sicher. Die Studie von Copeland und Henry (2017) zeigt anhand ihrer Ergebnisse auf, dass dies durchaus begründet sein kann, da Gewaltereignisse vermehrt nachts stattfinden. Knowles et al. (2013) haben in ihrer Untersuchung zudem festgestellt, dass nachts die Einstellung gegenüber Gewaltvorkommnissen anders ist als tagsüber. In dieser Untersuchung konnte kein Zusammenhang zwischen dem Sicherheitsgefühl sowohl tagsüber wie auch nachts und den anwesenden Personen in den Notaufnahmen nachgewiesen werden.

Nach der derzeitigen Studienlage lässt sich dieses subjektive Gefühl zwar nicht objektiviert darstellen, da es kaum eine lückenlose und zentrale Erfassung von Gewaltvorkommen in Kliniken gibt. Aus dem Abschlussbericht des Forschungsprojektes von Feltes und Weigert (2017) „Gewalt gegen Einsatzkräfte der Feuerwehren und Rettungsdienste in Nordrhein-Westfalen“ geht jedoch hervor, dass Gewalt gegenüber Rettungskräften nachts sowie an Freitagen und Samstagen häufiger vorkommt (Feltes, T.; Weigert, M. 2017:15). Diese Er-

gebnisse betreffen zwar eine andere, aber ebenfalls mit Notfällen konfrontierte Berufsgruppe, die einen Großteil ihrer Patient*innen anschließend in die Notaufnahme bringt.

Arbeitgeber sind aufgrund ihrer Fürsorgepflicht verpflichtet, den Arbeits- und Gesundheitsschutz für ihre Beschäftigten zu gewährleisten. Dabei muss neben der physischen auch die psychische Gefährdung mitberücksichtigt werden (vgl. AfAMed 2011; BAuA 2014; BMAS 2014; Weigl, M. et al. 2015). Im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG § 4 Abs. 1, § 5 Abs. 3, § 6 Abs. 1) wird die Beurteilung psychischer Belastungen seit Ende 2013 explizit gefordert, so dass die Beurteilung psychischer Belastungen und Bewertung psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz ein zentrales Handlungsfeld des modernen Arbeitsschutzes ist. Bezogen auf Gewaltereignisse als Gefährdung sowohl physischer als auch psychischer Art sind diese folglich allein schon aufgrund der potentiellen Gefährdung der Beschäftigten und Folgen, wie z.B. Angst, in der Gefährdungsbeurteilung zwingend mit zu berücksichtigen. Eine Gefährdungsbeurteilung sowie ein davon abgeleitetes Maßnahmenkonzept sollte daher auch das häufigere Auftreten eines subjektiven Unsicherheitsgefühls nachts bei weiblichen Beschäftigten mitberücksichtigen, da auch subjektive Empfindungen von Unsicherheit oder Angst Distress verursachen können, was psychische oder psychosomatische Gesundheitsstörungen als Folge haben kann (Cole, L.L. et al. 1997: 456). Geschlechterrollenbilder können zudem einen bedeutsamen Einfluss auf die konkrete Arbeitsbelastung haben und prägend dafür sein, was im Einzelnen als Belastung wahrgenommen wird und was als „Normal“ und unproblematisch angesehen wird (Gümbel, M.; Nielbock, S. 2012; Nielbock, S.; Gümbel, M. 2018). In Berufen im Gesundheitswesen, die zu einem großen Teil von Frauen ausgeübt werden, kann die Berücksichtigung spezifischer Gefährdungen oder besonderer Risiken für weibliche Beschäftigte für die Ableitung von zielgerichteten Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes von hoher Bedeutung sein (Nienhaus, A. et al. 2016). Dies gilt auch in Bezug auf Gewaltsituationen am Arbeitsplatz und hier insbesondere mit Blick auf die psychischen Belastungen und ihre Folgen. Geschlechterbezogenen Unterschieden, wie hier in der vorliegenden Studie festgestellt, sollten daher besonders Rechnung getragen werden.

Insgesamt besonders stark betroffen von Gewaltereignissen am Arbeitsplatz „Notaufnahme“ ist die Berufsgruppe „Pflegepersonal“. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen die Studien von Gillespie, G. L. et al. (2017), Hyland, S. et al. (2016), Ferri, P. et al. (2016) und Speroni, K. G. et al. (2014). Die Gründe hierfür können unterschiedlich sein. Zum einen hat das Pflegepersonal in der Regel den Erstkontakt zu den Patient*innen und deren Begleitpersonen, ohne dass diese das Gefühl haben, dass eine Behandlung erfolgt. Zum Beispiel ist es Aufgabe des Pflegepersonals die Patient*innen zu betreuen während auf das Hinzukommen des ärztlichen Personals gewartet wird. Zum anderen werden im Gegensatz zu den Beschäftigten in der Pflege, Ärzt*innen aufgrund ihres Status vermutlich eher als Respektperson angesehen, sodass die Gewaltbereitschaft diesen gegenüber niedriger ist. Diese Vermutung wird durch die Ergebnisse der qualitativen Studie von Ramacciati et al. (2018) gestützt, in der

festgestellt wurde, dass das Pflegepersonal von den Patienten*innen und deren Begleitung als nicht so wichtig angesehen wird.

Die Studien von Copeland und Henry (2017) sowie Pich et al. (2017) zeigen auf, dass mit der beruflichen Erfahrung und dem Alter der Beschäftigten das Risiko Gewalt zu erleben sinkt. Dies kann vor allem hinsichtlich der sexuellen Ereignisse in dieser Untersuchung bestätigt werden. Aber auch körperliche Angriffe erfolgen bei den über 50-jährigen befragten Mitarbeitern*innen im geringeren Ausmaß.

Täter sind in dieser Untersuchung, entsprechend der Ergebnisse von vier analysierten Studien, mehrheitlich männliche Patienten (Pich, J.V. et al. 2017; Hyland, S. et al. 2016; Ferri, P., N. et al. 2016; Speroni, K.G. et al. 2014). Verbale Aggressionen gehen außerdem vermehrt von männlichen Begleitpersonen aus. Diese Wahrnehmung der in dieser Untersuchung teilnehmenden Mitarbeiter*innen der Notaufnahme entspricht dem aktuellen Forschungsstand, dass von männlichen Personen eine höheres Gewaltpotenzial ausgeht.

Über dreiviertel der Befragten finden Gewalt in der Notaufnahme normal. Sogar über 83,7% der 20-29 Jährigen und 81,3% des pflegerischen Personals teilen diese Ansicht. Diese Ansicht resultiert wahrscheinlich zum einen aus der Häufigkeit der gemachten Erfahrungen, denn 43,2% der Befragten geben an, verbale Gewalt wöchentlich zu erleben. Zum anderen kann dies auch Ausdruck einer Art sich entwickelnden Toleranz gegenüber der Gewaltbereitschaft von Patienten*innen bei den Mitarbeitenden sein. Diese Toleranz kann dadurch entstehen, dass gesehen wird, dass mehrere Auslöser für Aggressionen, wie Angst, Ärger, Alkohol, Drogen oder Erkrankung in Notaufnahmen geballt vorkommen. Auf der anderen Seite scheinen Patienten*innen und deren Begleitung in diesen Situationen besonders Ich-zentriert zu sein. Damit sinkt die Reizschwelle, was dazu führt, dass eigene Bedürfnisse auch mit Gewalt durchgesetzt werden und dieses durchaus als ein probates Mittel gesehen wird. Hier gilt es in den Kliniken umzudenken und grundsätzlich einen gewaltfreien Umgang von allen zu erwarten. Dies ist in die Werte und Normen der Kliniken zu verankern, indem z.B. im Leitbild sowohl den Patienten*innen als auch den Mitarbeiter*innen dieser Anspruch verdeutlicht wird. Zudem kann durch Schutzmaßnahmen und Unterstützungsangebote für die Mitarbeiter*innen eine gewaltintolerante Unternehmenskultur gelebt werden, womit dem Personal die Sicherheit gegeben wird, dass die Klinikführung sie vor Gewalterlebnissen bestmöglich schützen will.

Als Konsequenz für das häufige Auftreten von Gewalt am Arbeitsplatz und damit der bestehenden physischen und psychischen Gefährdung durch Gewalt, wäre die Implementierung eines systematischen Screening-Verfahrens für das von Patient*innen und Begleitpersonen in der Notaufnahme ausgehende Gefährdungspotential denkbar. Mit diesem müsste neben dem Geschlecht der Patient*innen und Begleitpersonen auch den jeweiligen psychischen Zustand, wie Alkoholisierung, Drogeneinfluss, Verwirrtheit, Aggressionsneigung usw. erfassen. Screeningverfahren, wie das von Patient*innen ausgehende gewaltbezogene „risk as-

sessement“ und „risk management“, sind insbesondere aus der psychiatrischen Pflege bekannt. Neben Risiken der Selbstverletzung werden hier auch die mentale Instabilität und das ausgehende Risiko für andere Personen betrachtet (Higgins, A. et al. 2015:6ff.).

Auch für Notaufnahmen sind erste Instrumente entwickelt worden, mit denen die Prävention von Gewalt durch Screening von Patient*innen erfolgen kann (Calow, N. et al. 2016: 19). Klinische Praxisleitlinien für die Prävention sowie das Management von Patientenaggression und Gewalt im Gesundheitswesen enthalten Empfehlungen, mit denen das Personal Patient*innen identifizieren kann, von denen mit höherer Wahrscheinlichkeit Gewalt ausgeht (Daniel, C. et al. 2015: 458; NICE 2005). Es gibt jedoch bisher kein evidenzbasiertes System eines Patientenscreenings zur Erkennung von Gewalttrisiken bei der Ankunft von Patient*innen in der Notaufnahme (Knott, J.C. et al 2005; Calow, N. et al. 2016: 19). Allerdings weisen insbesondere die Autoren der australischen Untersuchung in Notaufnahmen darauf hin, dass die Risikoidentifikation in die Praxis der allgemeinen Eingangs-Triage durch Triage-Nurses integriert werden und nicht ein eigenständiger Prozess sein sollte (Daniel, C. et al. 2015: 462).

Ob sich ein Screening-Verfahren bei möglichen strukturellen Unterschieden und möglichen Unterschieden in der Schwere der Notfälle auch auf Notaufnahmen in Hessen übertragen lassen und ob die Screening-Verfahren durch Beschäftigte der Pflege in einer Notaufnahme in der Notfallsituation bzw. bei sehr hohem Patientenaufkommen jeweils zeitlich und personell zu jeder Tages- und Nachtzeit geleistet werden kann, wurde in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht. Die Ergebnisse Daniel, C. et al. (2015) zeigen, dass die meisten Episoden von Aggressionen innerhalb von 1-2 Stunden nach Ankunft in der Notaufnahme auftreten (Daniel, C. et al. 2015: 460). Dies deutet darauf hin, dass zumindest für ein Screening unter Idealbedingungen ein ausreichendes Zeitfenster bei Aufnahme durch die Pflegenden bestehen könnte. Es sollte aber immer sichergestellt sein, dass bei einem positiven Screening unmittelbar angemessene weitere Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten zur Verfügung stehen.

Die Problematik von Screeningverfahren zur Gewaltprävention durch das Pflegepersonal liegt aber auch in der Gefahr, dass sich die Beschäftigten in der Notaufnahme und vor allem die Personalverantwortlichen der Kliniken durch ein derartiges Screeningverfahren in Sicherheit wiegen. So könnten gegebenenfalls andere notwendige, das Personal in Notaufnahmen schützende Maßnahmen, vernachlässigt werden. So wäre beispielsweise zusätzlich ein ständiger Vor-Ort-Sicherheitsdienst in allen Kliniken mit Notaufnahmen zu fordern. Idealerweise sollte dieser nach einem Vorab-Sicherheitscreening auffällige Personen schon ab Betreten der Klinik zur Notaufnahme begleiten. Dieser könnte auch weitere Maßnahmen, wie die Hinzuziehung der Polizei, in die Wege leiten.

Auslöser und Maßnahmen zur Beendigung

Eine große Mehrheit der Befragten gibt an, dass Gewalt von Personen ausgeht, die Alkohol und Drogen konsumiert haben (85,5%). Auch Pich et al. (2017: 109) haben in ihrer Studie diese Faktoren als hochsignifikante Risikofaktoren ($p < 0,001$) identifiziert. In den Studien von Hyland et al. (2016) und Knowles et al. (2013: 928) weisen ca. 40% der Befragten darauf hin, dass Drogensucht oder Alkoholeinfluss die Auslöser waren. Damit haben alkoholisierte Patienten*innen in hessischen Notaufnahmen eine höhere Bedeutung als in anderen Studien. Die Teilnehmenden in der qualitativen Studie von Knowles et al. (2013: 927) machen exzessiven Alkoholkonsum über die ganze Nacht für die Gewaltzunahme der Patienten*innen verantwortlich. So zeigen auch die Ergebnisse des Forschungsprojektes von Feltes und Weigert (2017), dass Alkohol zu mehr als 50% der Fälle körperlicher Gewalt gegenüber Rettungskräften verantwortlich ist (Feltes, T.; Weigert, M. 2017: 40). Exzessiver Alkoholkonsum kann dazu führen, dass eine Notaufnahme aufgrund einer Alkoholintoxikation selbst oder aufgrund von Verletzungen, die unter Alkoholeinfluss entstanden sind, aufgesucht werden muss. Nach Kirchner et al. (2018) liegt der Anteil rein alkoholassoziierter Vorstellungen in einer zentralen Notaufnahme mit psychiatrischer Vollversorgung bei 4,2% des Gesamtpatientenaufkommens.

Ein weiterer bedeutender Anlass für Gewaltereignisse sind die Wartezeiten. 83,8% der Teilnehmenden an dieser Studie machen diese dafür verantwortlich. In der Studie von Ferri et al. (2016) sind es 63%. Pich et al. (2017: 109f.) stellen fest, dass es signifikant häufig beim Kontakt mit Patienten*innen im Warteraum ($p = 0,001$) sowie bei der Kommunikation mit Patienten*innen ($p = 0,003$) zu Gewaltvorfällen kommt. Schon Boudreaux et al. (2004) zeigten auf, dass die Unzufriedenheit mit der Wartezeit umso größer ist, je leichter erkrankt oder verletzt die Wartenden sind (Boudreaux, E. et al. 2004). Als Ursache wird vermutet, dass der Wartezeit der Wert gegenübergestellt wird, den man für das Warten erhält. Für schwerkranke Patienten*innen ist das Verhältnis zwischen Behandlungsgewinn und Wartezeit besser als etwa für Leichtverletzte, die wegen einer geringen Verletzung länger warten müssen und nur einen geringen Behandlungsgewinn haben (Fleischmann, T; Amler, N. 2014).

Folglich sollten unterschiedliche Maßnahmen zur Senkung der Wartezeiten durchdacht werden. Neben einer Analyse des Patientenaufkommens in Notaufnahmen und Überprüfung hinsichtlich der vorhandenen Ressourcen sind hier weitere Maßnahmen angezeigt. Es ist festzustellen, dass in der Bevölkerung mehrheitlich nach wie vor nicht klar zu sein scheint, dass es sich bei dem ärztlichen Bereitschaftsdienst um einen Vertretungsdienst für die vertragsärztliche Versorgung zu den Zeiten handelt, zu denen z. B. die Hausärzte nicht erreichbar sind. So ist der Bekanntheitsgrad der Rufnummer 116117 noch relativ gering und die Erreichbarkeit dieses Angebots teilweise nicht rund um die Uhr gegeben (RWI 2018: 29). Es muss an dieser Stelle auch die Frage gestellt werden, warum das Vorhandensein eines Vertretungsdienstes von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Vertragsärzten nicht eindeutig an die eigenen Patient*innen kommuniziert wird. Bei einer eindeutigen Kommunikation, dass es sich um einen vertragsärztlichen bzw. kassenärztlichen Vertretungsdienst für

ihren Hausarzt oder Kinderarzt handelt, könnten Patient*innen nicht mehr ohne weiteres mit dem Argument in die Notaufnahme kommen, dass ihr Hausarzt oder Kinderarzt nicht erreichbar ist. Voraussetzung ist natürlich, dass die Erreichbarkeit des Angebots durchgängig zu den erforderlichen Zeiten besteht.

Vielfach wurden bereits Portalpraxen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eingerichtet, die die Patienten*innen übernehmen, die keiner notfallmedizinischen Versorgung bedürfen, um damit das Patientenaufkommen in den Notaufnahmen zu entlasten. Die KV geht davon aus, dass 736 Portalpraxen in Deutschland nötig sind, damit alle Patienten*innen diese innerhalb von 30 Autominuten erreichen können. Ein anderer Weg ist, durch zentrale Notfallleitstellen mithilfe einer Telefontriage schon vorab die Patienten*innen in die richtige Versorgung zu leiten (Osterloh, F. 2019: 63).

Des Weiteren wird diskutiert, wie das Patientenmanagement in den Notaufnahmen verbessert werden kann. Die hohe Belastung durch ineffiziente organisatorische Strukturen und einem hohen Patientenaufkommen kann zu einem Konfliktpotenzial bei den Mitarbeitenden führen. In Stresssituationen können Konflikte oftmals nicht bereinigt werden, was sich wiederum auf den Umgang untereinander und mit den Patienten*innen auswirken kann. So könnten Gewaltereignisse auch ggf. durch nicht mehr eine ganz so freundliche Ansprache, schroffe Antworten oder Fehler unter Zeitdruck (Patienten*innen im Warteraum vergessen) entstehen. Zudem kann psychischer Stress bei den Patienten*innen oder fehlende Möglichkeiten der Nahrungsaufnahme während der Wartezeit und die damit verbundene Angst gerade dann aufgerufen zu werden, wenn der Warteraum verlassen wird, „provoziert“ werden. Hier sind Überlegungen mit einzubeziehen, welche Maßnahmen ergriffen werden können, damit die Patienten*innen sich insgesamt sicher und versorgt fühlen, auch wenn sie warten müssen.

Beendet werden können Gewaltereignisse nach Angabe von 74% der Studienteilnehmer*innen durch eine klare Aufforderung das Verhalten zu ändern. Nicht viel weniger Befragte gaben an, dass mit Eintreffen der Polizei (70,8%) oder der Unterstützung durch männliche Kollegen (69,3%) die Situation beendet wurde. Die Mehrheit der weiblichen Teilnehmerinnen gaben diese drei Maßnahmen an, insbesondere die Unterstützung durch die Polizei. Inwieweit die Angaben durch die Art und Schwere der Gewaltform beeinflusst werden, lässt sich anhand der Ergebnisse nicht eindeutig ableiten.

Das bedeutet, dass die Mitarbeitenden in der Notaufnahme darin geschult sein sollten, aggressive Personen adäquat anzusprechen und sie zur Verhaltensänderung aufzufordern. Auch muss das Personal im Umgang mit psychiatrischen Patient*innen geschult sein, zu denen neben Patient*innen mit z. B. Gewaltneigung aufgrund einer psychiatrischen Grunderkrankung auch solche im Alkohol- und Drogenrausch bzw. Alkohol- und Drogenentzugserscheinungen gezählt werden können. Diese Patient*innen werden aufgrund anderer primärer Einlieferungsgründe, wie Verletzungen nach Schlägereien oder Stürzen häufig nicht di-

rekt notfallmäßig von psychiatrischen Kliniken aufgenommen, sondern werden vom Rettungsdienst überwiegend in die zentralen Notaufnahmen gebracht, wo nicht immer entsprechend ausgebildetes und weitergebildetes Personal aus der psychiatrischen Pflege oder Psychiater zur Verfügung stehen.

Wie bereits festgestellt, scheint das Verhalten gegenüber Ärzten*innen weniger aggressiv zu sein. Wenn der Grund darin liegt, dass ärztliches Personal als Respektsperson angesehen wird, dann wäre im Rahmen der multidisziplinären Zusammenarbeit zu überlegen, wie sich gerade das ärztliche Personal in solchen Situationen zur raschen Deeskalation einbringen kann. Hierbei ist es aber notwendig, dass neben der Klärung der Verantwortungen im ärztlichen Bereich auch entsprechende Kapazitäten des ärztlichen Personals in der Notaufnahme zur Verfügung stehen, die speziell im Umgang mit Patient*innen mit Gewaltpotential geschult werden. Problematisch hierbei ist insgesamt die aktuelle personelle Situation in den Kliniken. Da ärztliches Personal vielfach fehlt und eine hohe Fluktuation besteht, insbesondere bei Assistenzärzt*innen, die während der Weiterbildungszeit oder spätestens nach der Facharztprüfung häufig den Arbeitsplatz wechseln, ist es schwer diese Forderung umzusetzen. Denn gerade nachts sind die Assistenzärzt*innen, vor allem in kleineren Kliniken, allein für die Notaufnahme zuständig und müssen parallel mehrere Stationen versorgen. Zudem sind die Bereitschaftsdienst-Zimmer meist sehr abgelegen, so dass es einige Minuten bis zum Erreichen der Notaufnahme dauern kann. Auch sind Oberärzte nicht vor Ort und müssen telefonisch herbeigerufen werden, was einen Zeitverzug von einer halben Stunde bedeuten kann.

Eine enge Zusammenarbeit mit der Polizei, durch die ein schnelles Eintreffen sichergestellt werden kann, ist sinnvoll und unabdingbar, um zum einen schwere Gewalteskalationen zu beenden und zum anderen den Betrieb der Notaufnahme schnell wieder sicher stellen zu können. Darüber hinaus vertrauen die Pflegekräfte auf die Unterstützung im Team. Die Ergebnisse der Untersuchung haben gezeigt, dass auf der einen Seite Frauen verbal und körperlich weniger angegriffen werden als die männlichen Kollegen. Auf der anderen Seite können männliche Kollegen helfen die Situation zu beenden. Bei der Dienstplangestaltung ist daher darauf zu achten, sowohl männliche als auch weibliche Teammitglieder einzuplanen.

Dokumentation

Fast alle Gewaltsituationen werden in der Patientenakte dokumentiert (90,1%). Dies ist wichtig, denn so besteht zumindest die Möglichkeit, dass bei Wiederaufnahmen das mögliche Gewaltpotential durch Patient*innen erkannt werden kann. Außerdem werden häufig die Vorgesetzten informiert (94,8%). Um tatsächlich das Gefährdungspotenzial für das Personal in der Notaufnahme identifizieren zu können, ist jedoch die Einrichtung eines zentralen Meldesystems im Krankenhaus notwendig. In den hessischen Kliniken hat dies noch keine große Bedeutung, nur 15% geben an, Vorfälle in solch einem Meldesystem zu melden.

Mit einer zentralen Erfassung der Vorfälle können Informationen zu möglichen Gefährdungsquellen und Verbesserungspotenziale erkannt werden, so dass dies als wichtige Grundlage einer umfassenden Gefährdungsbeurteilung sowie Ableitung von Schutzmaßnahmen im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes anzusehen ist. Die Dokumentation aller Gewaltereignisse sollte von Betriebsräten sowie Betriebsärzten eingefordert werden und Gewaltvorkommen in Notaufnahmen sollten immer als ein zentraler Berichtspunkt im Arbeitsschutzausschuss der Kliniken vertreten sein, wo alle Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, wie Gefährdungen, Arbeitsunfälle, Präventionsmaßnahmen usw. Eingang finden. Hier können zudem die aus den Gefährdungen abgeleiteten Maßnahmen unter regelmäßiger Bewertung der Gefährdungssituation angepasst werden.

Ein wesentliches Problem ist zudem, dass z. B. verbale Gewalt nicht als Unfall oder Verletzung gesehen wird und diese daher keinen Eingang in das vorhandene Unfallmeldesystem finden. Auch werden im Gegensatz zu physischen Traumata psychische Traumatisierungen als gesundheitliche Beeinträchtigung infolge eines Gewaltvorfalls nur selten als Arbeitsunfall erfasst. Insbesondere dann, wenn sie nach längerer Zeit auftreten, da nicht immer der Zusammenhang zum auslösenden Ereignis hergestellt werden kann (Bundesverband der Unfallkassen 2005). Das Kriterium, dass eine mehr als drei Tage andauernde Arbeitsunfähigkeit bestehen muss, um gegenüber der Berufsgenossenschaft eine Meldepflicht auszulösen, erscheint zudem für Gesundheitsberufe nicht nur hinsichtlich Gewalt am Arbeitsplatz ungeeignet, da insbesondere Beschäftigte in Kliniken zu Präsentismus neigen, um ihre Kolleg*innen nicht zusätzlich zu belasten (Hagerbäumer, M. 2017). Hier wäre eine Meldung an die Berufsgenossenschaft unabhängig von der Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ebenso, wie eine Erweiterung bzw. Anpassung der Unfalldefinition nach SGB VI sinnvoll, da später auftretende gesundheitliche Probleme auch von den Betroffenen ggf. nicht mehr mit dem Unfallereignis in Zusammenhang gebracht werden. Eine Änderung des SGB VII ist diesbezüglich derzeit jedoch nicht zu erwarten.

Psychische Belastung und Beanspruchungsfolgen für Beschäftigte

Die meisten der betroffenen Beschäftigten in der Notaufnahme verspüren nach dem Ereignis Ärger (80,5%) und Wut (58,1%). Es gibt allerdings einen signifikanten Unterschied zwischen den Empfindungen von Frauen und Männern. Frauen fühlen sich nach Gewaltvorfällen vermehrt hilflos, haben Angst, sind enttäuscht und unsicher im Umgang mit Patienten*innen. Im relativen Vergleich sind die männlichen Befragten eher enttäuscht als die weiblichen Betroffenen. Die Unterschiede können zum Teil drauf beruhen, dass Männer z. B. physische Gewalt anders bewerten als Frauen.

Durch Gewalt am Arbeitsplatz wird nicht nur das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit verletzt (GG Art. 2 Abs. 2), sondern vor allem durch mögliche psychische Folgen ein weiterer Anstieg von Krankenstand und Fluktuation provoziert (Lange, C. et al. 2016: 4; Hahn, S. et al. 2010: 3535 ff.; Richter, D.; Berger, K. 2001: 693 ff.; Needham, I. et al. 2005: 283 ff.;

Schablon, A. et al 2012: 204). Das International Labour Office (ILO) wies bereits 2013 darauf hin, „...dass bei der Wahl eines geschlechtsspezifischen Ansatzes anerkannt wird, dass Frauen und Männer aufgrund der unterschiedlichen Tätigkeiten und der unterschiedlichen gesellschaftlichen Rollen, Erwartungen und Verantwortlichkeiten, die sie haben, unterschiedlichen physischen und psychischen Risiken am Arbeitsplatz ausgesetzt sein können, was unterschiedliche Maßnahmen erfordert“. (ILO 2013). Gümbel und Nielbock (2012) weisen darauf hin, dass sich die Einbeziehung der Gender-Perspektive insbesondere bei psychischen Belastungen positiv auf die Qualität der Erfassung der Belastungen und Ressourcen sowie Ableitung von Maßnahmen auswirken kann, so dass es naheliegt, die Geschlechterkategorie mit zu erfassen (Gümbel, M.; Nielbock, S. 2012: 232).

Unabhängig von der Art der erlebten Gewalt ist das Geschlecht ein wesentlicher Einflussfaktor für ein erhöhtes Krankheitsrisiko (Habel, U. et al. 2015: 18). So entwickeln Frauen häufiger Störungen wie Depressionen oder Angst in Folge von Gewalterfahrungen (Evler, A. 2015: 748). Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass bei der Ableitung von Maßnahmen aufgrund der unterschiedlichen Gefährdungen und des unterschiedlichen Belastungsempfindens auch die unterschiedlichen Beanspruchungsfolgen von Frauen und Männern sowie die daraus entstehenden unterschiedlichen Bedarfe und Bedürfnisse zu berücksichtigen sind.

Auffällig ist, dass im Vergleich zu den anderen Personengruppen ärztliche Teilnehmer*innen in dieser Untersuchung weniger Hilflosigkeit und Angst als kurzfristige und langfristige Reaktion auf Gewaltereignisse angegeben haben. Hier kann die Geschlechterverteilung in den einzelnen Beschäftigtengruppen in der Notaufnahme das Ergebnis beeinflusst haben. Das pflegerische Personal weist in der Befragung mit 77% einen höheren Anteil an weiblichen Beschäftigten im Vergleich zum ärztlichen Personal (48%) auf. Inwieweit hier Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Beschäftigten in der Notaufnahme auf der einen Seite und zwischen den Beschäftigten in Pflegeberufen und ärztlichen Beschäftigten, die in der Notaufnahme tätig sind, auf der anderen Seite hinsichtlich des eigenen Selbstverständnisses und Selbstvertrauens bestehen, kann anhand der Ergebnisse dieser Arbeit nicht festgestellt werden. Von großem wissenschaftlichen Interesse ist hier auch, in welchem Maße die höhere akademische Qualifikation von ärztlichem Personal als Ressource beiträgt, dass diese Beschäftigtengruppe mehr respektiert wird und Gefühle wie Hilflosigkeit seltener auftreten.

Bei den Mitarbeiter*innen, die unter 40 Jahre alt sind, haben deutlich mehr der Befragten angegeben, dass sie nach einem Gewaltvorfall Selbstzweifel haben. Außerdem fühlen sie sich unsicherer als die älteren Mitarbeiter*innen. Folglich sollte gerade das jüngere Personal die Möglichkeit bekommen, sich mit dem Erlebten auseinanderzusetzen und Unterstützung zur Verarbeitung erhalten. Denn weitere Folgeerkrankungen sind nicht auszuschließen, wenn die Tätigkeit in der Notaufnahme von Selbstzweifeln und Angst begleitet wird.

Insbesondere Gereiztheit, gedrückte Stimmung, Verlust der Freude und Abstumpfung können als langfristige Empfindungen angesehen werden, die gleichzeitig Symptome psychi-

scher Erkrankungen, z.B. Depressionen, sein können und/oder auf ein Burnout oder eine posttraumatische Belastungsstörung hinweisen. So leidet das Pflegepersonal signifikant häufiger unter Gereiztheit (44,9%), gedrückter Stimmung (39,9%) und ein Teil verliert die Freude am Beruf (36,9%). Mehr Frauen (35,8%) haben im Vergleich zu den Männern (33,7%) eine gedrückte Stimmung und wünschen sich einen Berufswechsel (27,2%). Nur 17,2% der Frauen geben an, dass sie nicht unter diesen als langfristig einzustufenden Folgen leiden, während es bei den Männern 25% sind. Die Gefahr der Abstumpfung wird vermehrt von den Pflegekräften (39,9%) gesehen. Dieses Ergebnis kann nicht durch einen höheren Frauenanteil bei den Pflegekräften erklärt werden, denn bei den Frauen ist der Anteil, der für sich eine Abstumpfung feststellt, ein wenig geringer (32,2%) als bei den Männern (34,8%). Die Ergebnisse lassen vermuten, dass die weiblichen Beschäftigten in der Notaufnahme Gewalterlebnisse anders verarbeiten als Männer und diese gegebenenfalls ein höheres Risiko haben, langfristige Folgen für die Gesundheit, insbesondere die psychische Gesundheit, davon zu tragen.

Jede dritte Pflegekraft wünscht sich einen Berufswechsel, wobei auffällt, dass es insbesondere die Mitarbeiter*innen mit 3-5 jähriger Berufserfahrung in der Notaufnahme (31,1%) sind. Möglicherweise spielen hier noch andere Faktoren mit rein, wie z.B. die Arbeitsbelastung durch Schichtarbeit, körperliche Belastungen oder weitere psychische Belastungsfaktoren, die diesen Wunsch verstärken können. Dennoch sind dies alarmierende Zahlen, die in Zeiten eines zunehmenden Fachkräftemangels dringenden Handlungsbedarf aufzeigen.

Hinzu kommt die Gefahr einer Frühverrentung bei den älteren, erfahrenen Beschäftigten in der Pflege. Um die Beschäftigungsfähigkeit langfristig erhalten zu können, müssen neben einer ergonomisch optimierten Arbeitsplatzsituation und einer alternsgerechten Arbeitszeitgestaltung insbesondere zu den psychischen Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren gezielte Maßnahmen angesetzt werden. So ist bei den älteren Mitarbeiter*innen über 50 Jahre jede zweite Kraft auf Dauer gereizt, was einen Hinweis darauf liefert, dass das Personal einer hohen psychischen Belastung ausgesetzt ist.

Die nachstehenden Übersichten zeigen die meistgenannten Emotionen kurz nach den Gewaltereignissen und die hauptsächlichen, als langfristig anzusehenden Auswirkungen, die von den Mitarbeiter*innen wahrgenommen werden. Nur 3,2% der Teilnehmenden geben an, dass sie keine negativen Empfindungen kurz nach einem Gewaltereignis haben und nur 20,4% haben keine langfristigen Folgen bei sich festgestellt. Das bedeutet, dass es bei fast 97% der Befragten aus den hessischen Notaufnahmen nach einem Gewaltereignis zu negativen Empfindungen kommt und fast 80% langfristig gesundheitliche Folgen insbesondere im psychischen Kontext davontragen.

Tabelle 90: Häufigste wahrgenommene Auswirkungen bei den Mitarbeitern*innen der Notaufnahme

Mitarbeiter*innen Notaufnahme		
Gefühle nach Gewaltereignissen	Ärger	80,5%
	Wut	58,1%
	<i>Nichts dergleichen</i>	3,2%
Langfristige Folgen	Gereiztheit	43,7%
	Gedrückte Stimmung	36,2%
	<i>Nichts dergleichen</i>	20,4%

Tabelle 91: Häufigste wahrgenommene Auswirkungen bei Frauen und Männern

Weibliche Mitarbeiterinnen		
Gefühle nach Gewaltereignissen	Hilflosigkeit	46,6%
		Chi-Quadrat (1) = 6,192, p = 0,013
	Angst	41,8%
		Chi-Quadrat (1) = 11,641, p = 0,001
<i>Nichts dergleichen</i>	3,4%	
Langfristige Folgen	Gedrückte Stimmung	35,8%
	Wunsch nach Berufswechsel	27,2%
	Schlafstörungen	22,4%
	<i>Nichts dergleichen</i>	17,2%
Männliche Mitarbeiter		
Gefühle nach Gewaltereignissen	Enttäuschung	45,7%
		Chi-Quadrat (1) = 6,254, p = 0,012
	<i>Nichts dergleichen</i>	3,3%
Langfristige Folgen	Gereiztheit	44,6%
	Verlust der Freude am Beruf	33,7%
	Abstumpfung	34,8%
	<i>Nichts dergleichen</i>	25%

Pflegekräfte haben in dieser Untersuchung am häufigsten angegeben, Beschwerden nach Gewaltereignissen zu haben. Das Ärztliche Personal scheint weniger davon betroffen zu sein. Da das ärztliche Personal wie oben bereits dargestellt, in geringerem Maße von Hilflosigkeit nach Gewaltereignissen betroffen ist, gilt auch hier im weiteren zu untersuchen, ob es besondere Resilienz-Faktoren gibt, die vor dem Gefühl der Hilflosigkeit schützen und damit Beanspruchungsfolgen durch psychische Belastungen verhindern können.

In der folgenden Übersicht sind die auffälligsten Befunde zusammengestellt.

Tabelle 92: Auffällige Ergebnisse nach Berufsgruppen

Pflegekräfte		
Gefühle nach Gewaltereignissen	Ärger	82,3%
	Wut	63,1%
		Chi-Quadrat (2) = 7,256, p = 0,027
	Hilflosigkeit	45,5%
		Chi-Quadrat (2) = 15,253, p = 0,00
	Angst	39,9%
Chi-Quadrat (2) = 11,432, p = 0,003		
<i>Nichts dergleichen</i>	2,5%	
Langfristige Folgen	Gereiztheit	44,9%
	Gedrückte Stimmung	39,9%
	Abstumpfung	39,9%
		Chi-Quadrat (2) = 9,004, p = 0,011
	Verlust der Freude am Beruf	36,9%
		Chi-Quadrat (2) = 6,422, p = 0,040
	Wunsch nach Berufswechsel	32,3%
Chi-Quadrat (2) = 8,796, p = 0,01		
<i>Nichts dergleichen</i>	16,2%	
Ärztliches Personal		
Gefühle nach Gewaltereignissen	Ärger	75,3%
	Wut	47,3%
	Enttäuschung	32,3%
	Nichts dergleichen	5,4%
Langfristige Folgen	<i>Nichts dergleichen</i>	29,0%

Andere Funktionen		
Gefühle nach Gewaltereignissen	Ärger	67,8%
	Hilflosigkeit	50,8%
	Wut	47,5%
	Nichts dergleichen	1,7%
Langfristige Folgen	Gereiztheit	32,2%
	Schlafstörungen	32,2%
	Gedrückte Stimmung	27,1%
	Kopfschmerzen	27,1%
	<i>Nichts dergleichen</i>	18,6%

Ebenso können Abweichungen zwischen den Altersgruppen festgestellt werden. Die jüngeren Beschäftigten sind eher unsicher im Umgang mit Patient*innen und haben Selbstzweifel während im Vergleich die älteren Mitarbeiter*innen sich hilflos fühlen und gereizt sind.

Tabelle 93: Auffällige Ergebnisse nach Alter der Beschäftigten

Alter		
Mitarbeiter*innen unter 40 Jahre	Unsicherheit im Umgang mit Patienten	22,1% (20-29 Jahre)
		14,7% (30-39 Jahre)
	Selbstzweifel	18,6% (20-29 Jahre)
		14,7% (30-39 Jahre)
Mitarbeiter*innen über 50 Jahre	Hilflosigkeit	47,2%
	Gereiztheit	50%

Maßnahmen

Gespräche im Kolleg*innenkreis über das Erlebte werden von einem Großteil der Befragten (81,7%), insbesondere von den Pflegekräften (86,4%), als Maßnahme zur Verarbeitung der Gewaltereignisse angegeben. Mit den Vorgesetzten sprechen insgesamt jedoch nur 27,9%. Dabei geben von den weiblichen Beschäftigten nur 23,3% an, dass sie mit den Vorgesetzten darüber sprechen, während 33,7% der Männer dies tun. Altersbezogen am häufigsten mit 31,9% sprechen die 50-59 Jährigen ihre Vorgesetzten nach Gewaltereignissen an. Insge-

samt wird mehr mit der Familie als mit den Vorgesetzten das Erlebte verarbeitet (59,6%). Unabhängig vom Geschlecht und Alter kann so geschlussfolgert werden, dass es den Beschäftigten in der Notaufnahme in Bezug auf Gewalterleben zum Teil nicht gut gelingt, zwischen Arbeitsleben und Privatleben zu trennen. Auch wenn Gewalt vielfach als normal angesehen wird, scheint es für die Beteiligten doch so belastend zu sein, dass damit in der Dienstzeit nicht abgeschlossen werden kann. Damit reichen die arbeitsbezogenen Belastungsfaktoren bei den Mitarbeitern*innen bis in die Freizeit und damit Erholungs- und Regenerationszeit hinein. Aufgrund des eindeutigen beruflichen Zusammenhangs sollten den Beschäftigten von Notaufnahmen Gesprächsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen während der Dienstzeit gegeben werden. So könnten im Kollegenkreis Zeiträume geschaffen werden, die genutzt werden können, um die Ereignisse aufzuarbeiten. Spätestens am Ende einer Schicht mit einem Gewaltereignis sollte der Austausch sowohl im Kollegenkreis angeregt werden, als auch von den Vorgesetzten das Angebot für Gespräche bestehen. Voraussetzung hierfür ist, dass Führungskräfte in der Gesprächsführung geschult werden und dass durch eine ausreichende Personalbesetzung Zeiträume für Gespräche geschaffen werden, die bei Bedarf auch moderiert werden können.

In den teilnehmenden hessischen Kliniken scheint aber auch noch Potenzial für die Institutionalisierung vorsorgender Maßnahmen zu bestehen. Über 40% der Befragten haben kein Schulungs- und Fortbildungsangebot und nur 15 % können sich in ihrem Handeln an Leitlinien orientieren. So können hier verhaltenspräventive Maßnahmen durchaus sinnvoll sein. Hierzu gehört auch ein Deeskalationstraining, welches von Hofmann und Hachenberg (2019) neben der Forderung der permanenten Präsenz eines Sicherheitsdienstes für Notaufnahmen empfohlen wird (Hofmann, T.; Hachenberg, T. 2019). Im Rahmen von Schulungen und Fortbildungen zum Umgang mit Gewalt und der Angst davor sowie bei Kommunikations- und Deeskalationstrainings könnte insbesondere auf die sich in dieser Studie darstellenden geschlechtsspezifischen Emotionen und Bewältigungsstrategien sowie den Unterschieden in Handlungsweisen zur Unterbrechung von Gewaltereignissen eingegangen werden.

Vorsorgende Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes dürfen sich jedoch nicht ausschließlich auf verhaltenspräventive Maßnahmen durch die Beschäftigten beschränken. Der Arbeitgeber muss in erster Linie Maßnahmen der Verhältnisprävention umsetzen. So gaben 62% der Teilnehmenden an, dass sie keine Rückzugsmöglichkeiten haben. Hierzu ist anzumerken, dass der Arbeitgeber Maßnahmen in der Reihenfolge Substitution bzw. Minimierung, baulich-technisch, organisatorisch, persönlich zu treffen hat. Somit haben hier, da eine Substitution von z. B. Patient*innen durch weniger gefährdende Patient*innen selbstverständlich nicht möglich ist, insbesondere baulich-technische Maßnahmen den Vorrang und diese wiederum vor organisatorischen Maßnahmen und vor persönlichen Schutzmaßnahmen. Erst wenn baulich-technische Maßnahmen völlig ausgeschöpft sind und allein nicht reichen, um die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Beschäftigten zu gewährleisten,

sind zusätzlich organisatorische Maßnahmen zu ergreifen. Da davon auszugehen ist, dass am Arbeitsplatz „Notaufnahme“ durch den notwendigen Kontakt zu den Patient*innen eine komplette baulich-technische Abriegelung gegenüber der Gefährdung nicht möglich und praktikabel ist, muss zwingend zusätzlich auf die organisatorischen Maßnahmen zurück gegriffen werden.

Baulich technische Maßnahmen für Notaufnahmen sind z. B. ein kontrollierter Zutritt in die Notaufnahme, Abtrennungen durch z. B. Sicherheitsglas, Rückzugsmöglichkeit in besonders gesicherte Bereiche, gute Ausleuchtung aller Bereiche in der Notaufnahme, Notsignal-Anlagen und personengetragene Notrufsender, um den Sicherheitsdienst oder die Polizei herbeizurufen. Organisatorische Maßnahmen sind insbesondere Maßnahmen der Arbeitsorganisation, Personalorganisation und Notfallorganisation, wie Notfallplan, Vermeidung von Alleinarbeit, Sicherheitsdienst. Nur 30% der befragten Beschäftigten in der Notaufnahme können auf einen Sicherheitsdienst zurückgreifen. 20,5% der befragten Beschäftigten haben jedoch das Eintreffen des Sicherheitsdienstes als erfolgreiche Maßnahme zur Beendigung eines Gewaltvorkommens angegeben. Aufgrund der identifizierten Gefährdung der Beschäftigten in der Notaufnahme sind Maßnahmen zur Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheitsschutz durch den Arbeitgeber abzuleiten, so dass als organisatorische Maßnahme ein Sicherheitsdienst mindestens überall dort eingesetzt werden sollte, wo einzelne Beschäftigtengruppen mit kleiner Besetzung arbeiten müssen. Ob mit der Anwesenheit eines Sicherheitsdienstes die Gewaltbereitschaft tatsächlich gesenkt werden kann, ist im Rahmen von z. B. Pilotprojekten zu evaluieren.

Grundsätzlich sind bei der sich darstellenden Gefährdung durch Gewalt in der Notaufnahme Maßnahmen der Verhältnisprävention baulich-technischer Art für alle Beschäftigten gleichermaßen einzuhalten. Die Gefährdungsstufe in Notaufnahmen ist generell als erhöht bis kritisch einzustufen (Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e. V. 2016: 7), so dass insbesondere keine Alleinarbeit erfolgen sollte. In jedem Fall sollte sichergestellt sein, dass mindestens eine zweite Person immer anwesend ist. Sofern dies nicht immer gewährleistet ist (z. B. wenn die zweite Person Patient*innen auf die Intensivstation begleiten muss), müssen zwingend technische Schutzmaßnahmen ergriffen werden, um im Notfall rasch von außen eingreifen zu können. Hierbei gelten Personen-Notsignal-Anlagen und der Einsatz einer Kameraüberwachung bei der Alleinarbeit als empfohlene Maßnahmen bei kritischer Gefährdung (Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e. V. 2016: 6). Auch bei Einsatz dieser Systeme müssen allerdings zwingend zusätzliche organisatorische Maßnahmen ergriffen werden, um die Hilfe sofort gewährleisten zu können.

Ebenso sollte auch auf die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe der weiblichen Beschäftigten hinsichtlich des geringeren Sicherheitsgefühls eingegangen werden und dieses bei der Dienstplanung berücksichtigt werden. Um die insbesondere bei weiblichen Beschäftigten nachts in Notaufnahmen häufiger vorkommende Angst vor Gewalt gegen die eigene Person,

die im Rahmen der Beurteilung der Gefährdung als psychischer Belastungsfaktor anzusehen ist, zu minimieren und das subjektive Sicherheitsgefühl zu erhöhen, sollte darauf geachtet werden, dass keine Alleinarbeit stattfindet und möglichst geschlechtergemischte Teams im Nachtdienst eingesetzt werden.

Persönliche Schutzmaßnahmen, wie Schutzwesten, bei z. B. der Versorgung von verwirrten, um sich schlagenden Patient*innen oder Schutzbrillen und Schutzvisiere bei zu erwartendem Anspucken, müssen den Beschäftigten in der Notaufnahme neben den vorhandenen Schutzhandschuhen und Atemschutz bei entsprechender potentiellen Gefährdung zur Verfügung gestellt werden. Um die von der Gefährdungsbeurteilung abgeleiteten Maßnahmen insgesamt adäquat anpassen zu können, müssen diese, wie im Arbeitsschutzgesetz gefordert, fortlaufend evaluiert werden.

Die Studienergebnisse zeigen, dass aufgrund der Häufigkeit des Vorkommens von Gewalt in Notaufnahmen dringend Schutzmaßnahmen aus der Gefährdungsbeurteilung abzuleiten sind. Gleichwohl ist das Ziel einer umfassenden Gefährdungsbeurteilung, einen Beitrag zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit und damit zum Erhalt der Gesundheit, Motivation und Beschäftigungsfähigkeit der Beschäftigten zu leisten (Beck, D. et. al. 2014).

Die Befragten in dieser Untersuchung geben an, dass bisher nur wenig zur Nachsorge angeboten wird, um das Erlebte zu verarbeiten. Nur 34% führen Fallbesprechungen durch, das Angebot der Supervision besteht für 16,3% und nur knapp 15% können professionelle psychische Betreuungen in Anspruch nehmen. Obwohl Gespräche von den Mitarbeitern*innen zur Verarbeitung bevorzugt werden, haben nur 13% feste Ansprechpartner für Nachsorgegespräche. Das Nachsorgeangebot sollte in den hessischen Kliniken deutlich ausgebaut werden, denn wie bereits dargelegt, bleiben die Erlebnisse nicht ohne Folgen bei den Mitarbeitern*innen. Insbesondere aufgrund der Ergebnisse dieser Studie, die auch den Bedarf bei den Beschäftigten erfasst hat, ist für Beschäftigte in Notaufnahmen eine regelmäßige professionelle Supervision während der Arbeitszeit zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit und zur Sicherstellung einer sicheren und qualitativ hochwertigen Versorgung in Notaufnahmen sinnvoll.

Sowohl aus Sicht des Personalmanagements als auch aus der Sicht des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sind neben den primärpräventiven Maßnahmen auch Maßnahmen zur Nachsorge zum Schutz der Mitarbeiter*innen zwingend umzusetzen und zu evaluieren. Hierbei sind die in dieser Untersuchung herausgearbeiteten Unterschiede zwischen den Geschlechtern zu berücksichtigen.

Zur Nachsorge und in der Folge der Prävention von Beanspruchungsfolgen können insbesondere Betriebsärzte*innen und Psychologen aufgrund ihrer einzuhaltenden Schweigepflicht geeignete primäre Ansprechpartner*innen bei Gewaltvorkommnissen sein und eine Anlaufstelle zur ersten Hilfe nach psychischer Traumatisierung darstellen. Betriebsärzte haben nach §3 Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) die Aufgabe den Arbeitgeber beim Arbeits-

schutz und bei der Unfallverhütung in allen Fragen des Gesundheitsschutzes zu beraten. So auch insbesondere zu der im Kontext dieser Untersuchung stehenden gendersensiblen Gefährdungsbeurteilung, arbeitspsychologischen Fragen und Organisation der Ersten Hilfe. Zudem hat der Betriebsarzt nach §3 ASiG die Aufgabe, die Arbeitnehmer*innen zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten, was einer betriebsepidemiologischen Untersuchung gleich kommt, deren Daten unter Wahrung des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht in die Ableitung von Maßnahmen des Gesundheitsschutzes einfließen können. Auch gilt nach §11 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), dass „... der Arbeitgeber den Beschäftigten auf ihren Wunsch unbeschadet der Pflichten aus anderen Rechtsvorschriften zu ermöglichen hat, sich je nach den Gefahren für ihre Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit regelmäßig arbeitsmedizinisch untersuchen zu lassen, es sei denn, auf Grund der Beurteilung der Arbeitsbedingungen und der getroffenen Schutzmaßnahmen ist nicht mit einem Gesundheitsschaden zu rechnen“. Damit besteht für Beschäftigte die Möglichkeit einer individuellen Vorsorge nach der Verordnung zur Arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV), die im §5a die „Wunschvorsorge“ regelt. Da die Grundlage für eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach ArbMedVV die Gefährdungsbeurteilung ist, kann in Notaufnahmen davon ausgegangen werden, dass die Zugangskriterien für eine freiwillige und auf Initiative der Beschäftigten mögliche Vorsorgemaßnahmen eindeutig erfüllt sind, wobei hier die Vorsorge dem Gesundheitsschaden gilt und somit auch nach einem Gewaltvorkommen zur Prävention von psychischen Beanspruchungsfolgen in Anspruch genommen werden kann. Auch kann der Betriebsarzt bei Bedarf entsprechende weitere Maßnahmen, wie eine psychotherapeutische Behandlung in die Wege leiten. So hat die gesetzliche Unfallversicherung 2012 ein Psychotherapeutenverfahren eingeführt, um Betroffenen bei unfallbedingten psychischen Störungen frühzeitige professionelle Hilfe zu ermöglichen (Drechsel-Schlund, C.; Hauck, M. 2015), was durchaus auch für psychische Beanspruchungen durch Gewaltvorkommen in Erwägung zu ziehen ist.

Damit Beschäftigte Kenntnis von den Möglichkeiten haben, die sich ihnen im Rahmen der Arbeitsschutzvorschriften bieten, müssen sie informiert werden. Hierzu sei darauf hingewiesen, dass nach § 12 Arbeitsschutzgesetz regelmäßige Unterweisungen zu erfolgen haben.

Die Beteiligung der Beschäftigten bei der Gefährdungsbeurteilung und Ableitung von Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz ist ein europaweiter gesetzlicher Standard und kann aus den §§ 15 und 16 ArbSchG abgeleitet werden. Jedoch wird davon in der betrieblichen Praxis bisher selten Gebrauch gemacht. Die Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie konkretisiert diese Forderung (GDA 2017: 10). Die gewissenhafte Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes unter Beteiligung der Beschäftigten hat aber auch etwas mit Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten zu tun. Sinnvoll ist daher, dass Beschäftigte nicht nur bei der Gefährdungsbeurteilung, sondern insbesondere auch bei der Ableitung von Maßnahmen beteiligt werden. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz sollte zudem in einem betrieblichen Gesundheitsma-

nagement eingebettet sein, da insbesondere bei Maßnahmen zur Aufbau- und Ablauforganisation wesentliche Schnittstellen zum Personalmanagement und Organisationsmanagement bestehen.

Insgesamt konnte anhand der vorliegenden Studie gezeigt werden, dass es geschlechterbezogene Unterschiede in der Art der Gewalt, dem Erleben dieser, der Verarbeitung bzw. Bewältigung sowie der kurz- und langfristigen Beanspruchungsfolgen gibt, so dass ein geschlechtersensibles Gewaltmanagement in der Notaufnahme angezeigt ist. Mit einem Gewaltmanagement sollten die Ziele der

1. Erfassung von Gewaltereignissen,
2. Prävention von Gewaltereignissen,
3. Beendigung von Gewaltereignissen,
4. Schutz der Mitarbeiter*innen und
5. Nachsorge nach Gewaltereignissen

verfolgt werden.

Zur Erfassung gehört neben einer lückenlosen Dokumentation von Gewaltvorkommnissen am Arbeitsplatz Notaufnahme die gendersensible Auswertung und Beurteilung der physischen, wie psychischen Belastungen und Beanspruchungen durch diese.

Zur Prävention von Gewaltereignissen gehören eine gewaltintolerante Unternehmenskultur sowie Screening-Verfahren zur Identifizierung des Gewaltpotenzials bei den Patienten*innen und Maßnahmen zur Minimierung der Risikofaktoren wie z. B. den Wartezeiten. Zudem sollten die Mitarbeiter*innen fachlich in ihrer Profession qualifiziert sowie hinsichtlich des Umgangs mit Gewalt geschult sein.

Um Gewaltereignisse schnell beenden zu können, müssen die Mitarbeiter*innen durch Trainingsmaßnahmen sicher in ihren Handlungen (z. B. Kommunikations- und Deeskalationstraining) sein. Klinikleitlinien helfen hierbei, da die Mitarbeiter*innen sich an diesen orientieren können. Zudem ist Personal notwendig, dass in solchen Situationen unterstützend zur Hilfe kommt. Zum einen ist ein interdisziplinäres Team, welches aus weiblichen und männlichen Mitgliedern besteht, notwendig. Zum anderen sollte ein geschulter Sicherheitsdienst schnell zur Stelle sein und eine Kooperation mit der Polizei eine schnelle Unterstützung gewährleisten.

Zum Schutz der Mitarbeiter*innen ist die Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen in ein umfassendes Gewaltmanagement unabdingbar, zumal die Schnittmengen von Personalmanagement, Organisationsmanagement und Arbeitsschutzmanagement hier sehr deutlich sind. Die Gefährdungsbeurteilung ist das zentrale Element des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, aus der Schutzmaßnahmen für die Mitarbeiter*innen abgeleitet werden müssen. Sie ist zwingend notwendig und dient der Identifikation geschlechtsspezifischer physischer und psychischer Belastungen und Beanspruchungsfolgen. Insbesondere

zur Ableitung von Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen aus der Gefährdungsbeurteilung erscheint eine entsprechende Berücksichtigung genderbezogener Bedarfe und Bedürfnisse geboten. Die Berücksichtigung der Gefährdungsaspekte beider Geschlechter ist Voraussetzung, um einen umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz aller Beschäftigten im Sinne einer Klinikleitlinie zu „Gewalt in der Notaufnahme“ zu gewährleisten. Hierzu gehören neben der Minimierung der Gefährdung, die baulich-/technischen Maßnahmen (z. B. Rückzugsräume, Trennvorrichtungen, Schließvorrichtungen, Beleuchtung, Kameraüberwachung, Stationäre und personengetragene Notsignalanlagen) die organisatorischen Maßnahmen (z. B. Einbindung von Sicherheitsdienst in die Organisationsstruktur, Kooperation mit der Polizei, Sicherheitsunterweisungen, Vermeidung von Alleinarbeit, geschlechtergemischte Teams) sowie die persönlichen Maßnahmen (persönliche Schutzausrüstung, Verhaltensprävention, wie Sicherheitstraining).

Ergänzt werden müssen diese vorgenannten Maßnahmen durch eine Nachsorge nach Gewaltereignissen (z. B. Gespräche mit Kolleg*innen und Vorgesetzten, professionelle Supervision, arbeitsmedizinische Vorsorge, professionelle Therapie), wobei spezifische Angebote für Frauen und Männern die genderspezifischen Folgen bei den Betroffenen berücksichtigen sollten.

4.3 Forschungsbedarf

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass Gewaltvorfälle in den hessischen Notaufnahmen in einem Umfang und mit Folgen für die Mitarbeiter*innen vorkommen, die Handlungsbedarf sowie weiteren Forschungsbedarf aufzeigen.

Grundsätzlich sollten die Einflussfaktoren, durch welche die Gewaltbereitschaft in der Notaufnahme erhöht wird, weiter untersucht werden. Organisatorische Maßnahmen sind sicherlich angezeigt, aber Wartezeiten lassen sich nicht immer verhindern. Von daher ist zu analysieren, ob durch die Schaffung eines kulturellen Rahmens von Werten und Normen, die den gegenseitigen Respekt und die vollkommene Ablehnung von Gewalt im Krankenhaus fördern, die Toleranz zu warten bei den Patienten erhöht werden kann.

Die weiblichen Mitarbeiterinnen fühlen sich vor allem nachts unsicher in der Notaufnahme. Weitere Untersuchungen, welche Maßnahmen den Frauen helfen sich sicher zu fühlen, müssten hier anschließen. Eine qualitative Studie, in der Frauen befragt werden, was sie verunsichert und wie sie sich sicher fühlen würden, könnte der nächste Schritt sein.

Opfer körperlicher und verbaler Gewalt sind zumeist Männer. Offen ist, warum männliche Beschäftigte in der Notaufnahme häufiger angegriffen werden und ob durch ein genderbezogenes Deeskalationstraining derartige Gewaltgeschehen verhindert werden können. Die weiblichen Beschäftigten haben ein höheres Risiko sexuell angegriffen zu werden. Hier sollte

in der weiteren Forschung für das Setting Notaufnahme ergründet werden, welches die Einflussfaktoren sind und wie das Risiko gesenkt werden kann.

Weiterer Forschungsbedarf besteht darin zu untersuchen, inwieweit die Qualifikation des Personals das Verhalten der Patienten*innen beeinflusst. Das ärztliche Personal wird weniger angegriffen als die anderen Berufsgruppen, wobei hier das Pflegepersonal die am häufigsten angegriffene Berufsgruppe ist. Die Forschung zeigt, dass diese im Gegensatz zu ärztlichem Personal nicht so ernst genommen werden bzw. ihnen gegenüber weniger Respekt gezeigt wird. Hier stellt sich die Frage, ob sich dies ändern würde, wenn auch die Krankenpflege akademisiert werden würde.

Der genaue Zeitpunkt des Auftretens von Gewaltvorkommnissen insgesamt und in Bezug auf den Zeitpunkt nach Ankunft der Patient*innen muss in den hessischen Notaufnahmen erforscht werden, um feststellen zu können, ob und wann Screening-Verfahren durch Pflegepersonal als Schutzmaßnahme in einer Notaufnahme sinnvoll sind und ob diese Aufgabe personell zu jeder Tages- und Nachtzeit geleistet werden kann. Ebenso muss untersucht werden, ob ein Grob-Screening von Patient*innen und Angehörigen bei Eintreten in die Klinik durch Sicherheitsdienste im Sinne der Prävention wirksam ist und inwieweit vorhandenes Sicherheitspersonal zudem wirksam Gewaltereignisse beenden kann.

In hessischen Kliniken wird bisher dem Personal wenig Unterstützung im Umgang mit gewalttätigen Patienten geboten. Leitlinien und Schulungen, die auf der Grundlage der in der vorliegenden Studie identifizierten Geschlechterunterschiede, allen Beschäftigten die Sicherheit geben, wie zu handeln ist, könnten hilfreich sein. Eine Evaluation über die Wirksamkeit solche Maßnahmen fehlt bisher.

Offen ist zudem, warum die Empfindungen nach Gewaltvorfällen bei den Mitarbeitenden in Notaufnahmen unterschiedlich sind. Was sind die Einflussfaktoren? Lässt sich das Empfinden durch die Unternehmenskultur, das Team und das Führungsverhalten beeinflussen?

Da die Ergebnisse darauf hindeuten, dass die weiblichen Beschäftigten in der Notaufnahme Gewalterlebnisse anders verarbeiten als Männer und diese aufgrund des höheren Belastungsempfindens gegebenenfalls ein höheres Risiko haben, langfristige Folgen für die Gesundheit, insbesondere die psychische Gesundheit, davon zu tragen, muss zu den Belastungs-Beanspruchungsreaktionen differenziert nach Gender und Tätigkeit weiter geforscht werden.

Weiterer Forschungsbedarf besteht darin zu untersuchen, wie die Mitarbeitern*innen bei der Verarbeitung des Erlebten unterstützt werden können. Es muss in weiteren Forschungsprojekten, insbesondere anhand qualitativer Forschung tiefergehend analysiert werden, welche bedarfsgerechten Maßnahmen für die Geschlechtergruppen abzuleiten sind. Frauen fühlen sich nach Gewaltvorfällen vermehrt hilflos, haben Angst, sind enttäuscht und unsicher im Umgang mit Patienten*innen. Wie zielgerichtete geschlechterspezifische und/oder berufs- und tätigkeitsspezifische Maßnahmen zur Beeinflussung des Gefühls der Hilflosigkeit und

Angst abgeleitet werden können und wie konkret insbesondere ein gendergerechtes Nachsorgeprogramm auszusehen hat, muss unter Einbeziehung der Zielgruppe entwickelt und evaluiert werden. Zudem müssen die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

5. Fazit

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass es geschlechterbezogene Unterschiede beim Vorkommen und der Art bzw. Ausprägung der Gewaltereignisse gegenüber Beschäftigten in der Notaufnahme gibt. Ebenso lassen sich geschlechterbezogene Unterschiede bei den Tatpersonen erkennen. Diese sind sowohl auf Seiten der Patienten- als auch der Angehörigen überwiegend männlich. Somit können die Forschungsfragen „Gibt es geschlechtsbezogene Unterschiede bei der Anzahl von Opfern und Tatpersonen in Notaufnahmen?“ und „Lassen sich geschlechtsbezogene Unterschiede bei der Art und Ausprägung von Gewaltereignissen gegenüber Beschäftigten in der Notaufnahme identifizieren?“ bejaht werden.

Bezogen auf die Fragestellung, ob es Unterschiede in den Einstellungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu möglichen Gewalttätigkeiten durch Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen gibt, zeigt sich, dass beide Geschlechter Gewalt in der Notaufnahme zu einem jeweils hohen Prozentsatz, aber ohne eine signifikante Geschlechterabhängigkeit der Bewertung, als normal bewerten (m 76,1%; w 78,9%). Allerdings ist das subjektive Sicherheitsgefühl bei den weiblichen Beschäftigten aus der Gruppe des Pflegepersonals in Notaufnahmen nachts gegenüber den männlichen Kollegen signifikant geringer ausgeprägt, während tagsüber keine signifikanten Unterschiede vorliegen.

Die von den Geschlechtergruppen genannten Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen unterscheiden sich zum Teil. So geben Männer signifikant häufiger das Eintreffen der Polizei als beendigende Maßnahme an und fixieren häufiger die Tatpersonen oder führen sie unter Krafteinsatz weg, während Frauen häufiger angeben, sich durch Kolleginnen Unterstützung zur Beendigung des Ereignisses zu holen. Im Verhalten der Hinzuziehung von männlichen Kollegen zur Unterstützung zeigen sich hingegen keine Unterschiede. Signifikant häufiger setzen zudem die männlichen Beschäftigten Selbstverteidigungstechniken zur Beendigung von Gewaltereignissen ein.

Insbesondere können geschlechtsbezogene Unterschiede auch in der Art der Empfindungen identifiziert werden. Die weiblichen Beschäftigten geben signifikant häufiger an, nach Gewaltereignissen Hilflosigkeit und Angst zu verspüren und haben tendenziell häufiger Selbstzweifel, während die männlichen Beschäftigten signifikant häufiger Enttäuschung empfinden. Auch kann gezeigt werden, dass die weiblichen Befragten sich deutlich schwerer belastet fühlen, als ihre in der Notaufnahme tätigen männlichen Kollegen. Somit kann die Frage nach geschlechtsbezogenen Unterschieden im Umgang mit gewalttätigen Patient*innen und An-

gehörigen und dem Erleben dieser Situationen bestätigt werden. Die körperlichen und psychischen Symptome, die seitens der Beschäftigten Gewaltereignissen zugeschrieben werden, zeigen, dass auch hierzu zum Teil eine deutliche Geschlechterabhängigkeit besteht. Bei den angegebenen kurzfristigen Folgen wie „Kopfschmerzen“ und Muskelverspannungen“ ist jedoch zu bedenken, dass diese generell häufiger bei Frauen auftreten. Langfristigen Folgen werden häufiger von männlichen Beschäftigten in der Notaufnahme verneint, als von weiblichen. Zudem verspürte jede vierte weibliche Beschäftigte, und damit häufiger als ihre männlichen Kollegen, den Wunsch nach einem Berufswechsel. Auch diese Folgen können zwar nicht ausschließlich auf die Belastung durch Gewaltvorfälle zurückgeführt werden, geben aber durch die Angabe durch die Beschäftigten als Folge von Gewalt am Arbeitsplatz, Hinweise auf ein Mitwirken.

Hinsichtlich der Frage nach der Verarbeitung von Gewalterfahrungen zeigt sich, dass weibliche Beschäftigte seltener mit Vorgesetzten über Gewaltereignisse sprechen, als ihre männlichen Kollegen. Gespräche mit Kolleg*innen und Familienangehörigen sind in beiden Geschlechtergruppen die häufigsten angegebenen Kategorien.

Die von den Beschäftigten drei häufigsten angegebenen Vorsorgemaßnahmen im Sinne der Verhältnis- und Verhaltensprävention betreffen Fortbildungen/Schulungen, räumliche Rückzugsmöglichkeiten sowie einen anwesenden oder telefonisch zu erreichenden Sicherheitsdienst. Insbesondere Fortbildungen/Schulungen, die zu fast 60% angegeben werden, scheinen eine gute und schnell umzusetzende Möglichkeit zu sein, mit der auf Gewaltvorkommen seitens der Klinikleitungen reagiert wird. Die genaue Art der Fortbildung/Schulung wurde jedoch nicht abgefragt. Da Handlungsleitlinien nur zu ca. 15% und ein ständig präsenter Sicherheitsdienst nur zu 6,7% angegeben werden, sowie das Vorhandensein von Rückzugsräumen unter 40% liegt, besteht hier Handlungsbedarf. Insbesondere wird ein Sicherheitsdienst vor Ort und rund um die Uhr von 59 der Befragten mit Abstand am häufigsten gewünscht. Gefolgt von Schulungen, einem Sicherheitsdienst wenigstens in der Nacht, mindestens zwei Personen-Besetzung im Nachtdienst, verschlossene Zugänge, räumliche Rückzugsmöglichkeiten, Notrufmöglichkeit und Handlungsleitlinien. Auch die angegebenen Nachsorgemöglichkeiten zeigen, dass Fallbesprechungen und Supervision nicht standardmäßig vorhanden sind und professionelle psychologische Hilfe nur selten angeboten wird. Seitens der Beschäftigten wird insbesondere der Bedarf an Fallbesprechungen und Supervision auch im Freitext geäußert.

Neben den generell abzuleitenden Maßnahmen lassen sich somit gendersensible Maßnahmen am Arbeitsplatz „Notaufnahme“ auf der Grundlage einer gendersensiblen Betrachtung der Gefährdung durch Gewalt anhand der Ergebnisse der vorliegenden Studie ableiten. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Berücksichtigung genderbezogener Bedarfe und Bedürfnisse bei den Vorsorge- und Nachsorgemaßnahmen. Um die Bedarfe und Bedürfnisse tiefergehend analysieren sowie daraus für die Geschlechtergruppen

bedarfsgerechte, gegebenenfalls sehr spezifische Maßnahmen ableiten zu können, ist jedoch weitere, insbesondere qualitative Forschung zu den identifizierten Forschungsfragen notwendig. Hierbei könnten die Beschäftigten als Experten in ihrem Tätigkeitsfeld einen intensiven Beitrag sowohl bei der Beurteilung der Gefährdung als auch zur Ableitung von Maßnahmen sowie deren Evaluation leisten.

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm der Datenbankrecherche	17
Abbildung 2: Flussdiagramm der Gesamtliteratur	18

7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der Schlagworte für die Suchabfrage	7
Tabelle 2: Ausgeschlossene Schlagworte	8
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien zur Selektion relevanter Literatur	8
Tabelle 4: Notfallversorgung Hessen nach Versorgungsgebieten	10
Tabelle 5: Studienübersicht	24
Tabelle 6: Stichprobe	30
Tabelle 7: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten	31
Tabelle 8: Übersicht der Freitextangaben erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten	31
Tabelle 9: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Geschlecht	32
Tabelle 10: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Alter	32
Tabelle 11: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Funktion in der Notaufnahme	33
Tabelle 12: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Tätigkeit in der Notaufnahme in Jahren	33
Tabelle 13: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Berufstätigkeit in Jahren	34
Tabelle 14: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter körperlicher Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten	34
Tabelle 15: Übersicht der Freitextangaben erlebter körperlicher Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten	35
Tabelle 16: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter körperlicher Ereignisse am	35
Tabelle 17: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter körperlicher Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Alter	36
Tabelle 18: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter körperlicher Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Funktion in der Notaufnahme	36
Tabelle 19: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Tätigkeit in der Notaufnahme in Jahren	37
Tabelle 20: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter verbaler Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Berufstätigkeit in Jahren	38
Tabelle 21: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten	38

Tabelle 22: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Geschlecht	39
Tabelle 23: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Alter	39
Tabelle 24: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Funktion	40
Tabelle 25: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Tätigkeit in der Notaufnahme in Jahren	40
Tabelle 26: Übersicht der verschiedenen Formen erlebter sexualisierter Ereignisse am Arbeitsplatz in den vergangenen 12 Monaten nach Berufstätigkeit in Jahren	41
Tabelle 27: Übersicht der Häufigkeiten der verschiedenen erlebten Gewalterfahrungen der vergangenen 12 Monate	41
Tabelle 28: Belastungsempfinden durch Gewaltereignisse	42
Tabelle 29: Geschlechtsbezogene Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen	43
Tabelle 30: Altersbezogene Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen	43
Tabelle 31: Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen hinsichtlich der ausgeübten Funktion in der Notaufnahme	44
Tabelle 32: Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme	45
Tabelle 33: Auswertung des Belastungsempfinden nach Gewaltereignissen hinsichtlich der Berufstätigkeit in Jahren	45
Tabelle 34: Sicherheitsgefühl tagsüber und nachts	46
Tabelle 35: Geschlechtsbezogene Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts	46
Tabelle 36: Altersbezogene Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts	47
Tabelle 37: Altersbezogene Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts, kumulierte Werte	47
Tabelle 38: Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts hinsichtlich der ausgeübten Funktion in der Notaufnahme	48
Tabelle 39: Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme	48
Tabelle 40: Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber und nachts hinsichtlich der Berufstätigkeit in Jahren	49
Tabelle 41: Auswertung des Sicherheitsgefühls tagsüber hinsichtlich der Anzahl der anwesenden Mitarbeiter*innen	49
Tabelle 42: Auswertung des Sicherheitsgefühls nachts hinsichtlich der Anzahl der anwesenden Mitarbeiter*innen	49
Tabelle 43: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme nach Geschlecht	50
Tabelle 44: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme nach Geschlecht	50
Tabelle 45: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme	50
Tabelle 46: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme	51
Tabelle 47: Beurteilung des Gewaltgeschehens in der Notaufnahme hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung	51

Tabelle 48: Auslöser für Gewaltereignisse	51
Tabelle 49: Freitextangaben zum Auslöser für Gewaltereignisse	51
Tabelle 50: Tätergruppen	52
Tabelle 51: Freitextangaben zu Tätergruppen bei körperlichen Gewaltereignissen	53
Tabelle 52: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen	53
Tabelle 53: Freitextangaben zu Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen.....	54
Tabelle 54: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen nach Geschlecht.....	54
Tabelle 55: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen nach Alter	55
Tabelle 56: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme.....	56
Tabelle 57: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme.....	57
Tabelle 58: Maßnahmen zur Beendigung von Gewaltereignissen hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung	57
Tabelle 59: Dokumentation von Gewaltereignissen	58
Tabelle 60: Freitextangaben zur Dokumentation von Gewaltereignissen	58
Tabelle 61: Meldung von Gewaltereignissen.....	58
Tabelle 62: Gefühle nach Gewaltereignissen.....	59
Tabelle 63: Freitextangaben zur Gefühlen nach Gewaltereignissen	59
Tabelle 64: Folgen für Beschäftigte nach Geschlecht.....	60
Tabelle 65: Folgen für Beschäftigte nach Alter.....	61
Tabelle 66: Folgen für Beschäftigte nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme	61
Tabelle 67: Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme nach Jahren	62
Tabelle 68: Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung	62
Tabelle 69: Langfristige Folgen für Beschäftigte	63
Tabelle 70: Freitextangaben zur Beeinträchtigungen nach Gewaltereignissen	63
Tabelle 71: Langfristige Folgen für Beschäftigte nach Geschlecht	64
Tabelle 72: Langfristige Folgen für Beschäftigte nach Alter.....	64
Tabelle 73: Langfristige Folgen für Beschäftigte nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme	65
Tabelle 74: Langfristige Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme	66
Tabelle 75: Langfristige Folgen für Beschäftigte hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung	66
Tabelle 76: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten	67
Tabelle 77: Freitextangaben zur Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten	67
Tabelle 78: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten nach Geschlecht ..	67
Tabelle 79: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten nach Alter	68
Tabelle 80: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten nach ausgeübter Funktion in der Notaufnahme.....	68

Tabelle 81: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten hinsichtlich der Berufstätigkeit in der Notaufnahme.....	69
Tabelle 82: Verarbeitung der erlebten Gewaltereignisse durch die Beschäftigten hinsichtlich der gesamten Berufserfahrung	69
Tabelle 83: Krankschreibung nach erlebten Gewaltereignissen	69
Tabelle 84: Vorsorgemaßnahmen der Krankenhäuser	70
Tabelle 85: Freitexteingaben zu Vorsorgemaßnahmen der Krankenhäuser	70
Tabelle 86: Freitextangaben zu Wünschen präventiver Maßnahmen.....	70
Tabelle 87: Nachsorgemaßnahmen der Krankenhäuser	72
Tabelle 88: Freitextangaben zu Nachsorgemaßnahmen der Krankenhäuser	72
Tabelle 89: Freitextangaben zu Wünschen von Nachsorgemaßnahmen	72
Tabelle 90: Häufigste wahrgenommene Auswirkungen bei den Mitarbeitern*innen der Notaufnahme	84
Tabelle 91: Häufigste wahrgenommene Auswirkungen bei Frauen und Männern	85
Tabelle 92: Auffällige Ergebnisse nach Berufsgruppen	86
Tabelle 93: Auffällige Ergebnisse nach Alter der Beschäftigten.....	87

8. Literaturverzeichnis

AfAMed - Ausschuss für Arbeitsmedizin (2011): Psychische Gesundheit im Betrieb: Arbeitsmedizinische Empfehlung.: In: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Referat Information, Publikation und Soziales, Berlin.

- Badura B., Schröder H., Vetter C. (Hrsg.) (2007): Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Fehlzeiten-Report 2007.
- BAuA-Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2014): Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung: Erfahrungen und Empfehlungen. Berlin: Erich Schmidt, 2014.
- Beck, D.; Berger, S.; Breutmann, N.; Fergen A.; Gregersen, S.; Morschhäuser, M.; Reddehase, B.; Ruck, Y. R.; Sandrock, S.; Splittgerber, B.; Theiler, A. (2014): Arbeitsschutz in der Praxis: Empfehlungen der GDA-Träger zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. In: BMAS (Hrsg.):GDA-Arbeitsprogramm Psyche, Berlin.
- BMAS- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2014): Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie: Empfehlungen der GDA-Träger zur Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung, Berlin.
- Boudreaux E., Friedman J., Chansky M., Baumann B. (2004): Emergency department patient satisfaction: Examining the role of acuity. *Acad Emerg Med* 2004; 11, 162–8.
- Bundesverband der Unfallkassen (2005): Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz – ein Handbuch: Phänomene, Ursachen, Prävention, München.
- Calow, N., Lewis, A., Showen, S., & Hall, N. (2016). Literature synthesis: patient aggression risk assessment tools in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 42(1), 19-24.
- Cole, L. L., Grubb, P. L., Sauter, S. L., Swanson, N. G., Lawless, P. (1997). Psychosocial correlates of harassment, threats and fear of violence in the workplace. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*.
- Copeland, D.; Henry, M. (2017): Workplace Violence and Perceptions of Safety Among Emergency Department Staff Members: Experiences, Expectations, Tolerance, Reporting, and Recommendations. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses* 24 (2): 65–77.
- Daniel, C., Gertz, M., Elsom, S., Knott, J., Prematunga, R., Virtue, E. (2015). Feasibility and need for violence risk screening at triage: an exploration of clinical processes and public perceptions in one Australian emergency department. *Emerg Med J*, 32(6), 457-462.
- Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e. V. (2016): DGUV Information 212-139: Notrufmöglichkeiten für allein arbeitende Personen, Berlin.
- Döge, P. (2013): Männer die ewigen Gewalttäter, Wiesbaden: Springer.
- Döring, N. und Bortz, J. (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften, 5. überarbeitete Auflage, Springer, Berlin Heidelberg.
- Dotz C. Die Zentrale Notaufnahme im Unternehmen Krankenhaus. In: Moecke H, Lackner CK, Dormann H et al., Hrsg. Das ZNA-Buch, Aufbau, Organisation und Management der Zentralen Notaufnahme, 2., erw. und akt. Aufl. Berlin: Medizin Wissenschaftlicher Verlag; 2018: 3-5
- Drechsel-Schlund, C., Hauck, M. (2015). Psychische Folgen nach einem Trauma. *Trauma und Berufskrankheit*, 17(1), 96-99.
- Euler, H. A. (1997). Geschlechtsspezifische Unterschiede und die nicht erzählte Geschichte in der Gewaltforschung. In H. G. Holtappels, W. Heitmeyer, W. Melzer und K.-J. Tillman (Hrsg.), *Forschung über Gewalt an Schulen. Erscheinungsformen und Ursachen, Konzepte und Prävention*, Weinheim: Juventa, 191- 206.
- Evler, A.; Scheller M.; Wagels L.; Bergs R.; Clemens, B.; Kohn N.; Pütz, A.; Voss, B.; Schneider, F.; Habel, U. (2015): Gendergerechte Versorgung von Gewaltopfern. Das Modellprojekt „Gender Gewaltkonzept“ an der Uniklinik Aachen, in: *Nervenarzt* 2016, 87; S.746 -752, DOI10.1007/s00115-015-0024-6, Online publiziert:1.Dezember2015, Berlin, Heidelberg: Springer.
- Feltes, T.; Weigert, M. (2017): Gewalt gegen Einsatzkräfte der Feuerwehren und Rettungsdienste in Nordrhein-Westfalen. Ministerium des Innern, N. R. W., Unfallkasse, N. R. W.
- Ferri, P.; Silvestri, M.; Artoni, C.; Di Lorenzo, R. (2016): Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology research and behavior management* 9: 263–275.

Fleischmann, T.; Amler, N. (2014): Notaufnahme Ökonomie und Psychologie des Wartens. In: *Deutsch Ärztebl*, 111(39), A:1653.

GDA- Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2017): Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation. In: Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Berlin.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019). <http://www.gbe-bund.de/>, (Zugriffsdatum: 05.03.2019).

Gillespie, G. L.; Pekar, B.; Byczkowski, T. L.; Fisher, B. S. (2017): Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments. *Archives of environmental & occupational health* 72 (2), 79–86.

Groves, R. M.; Fowler, F. J.; Couper, M. P.; Lepkowski, J. M.; Singer, E.; Tourangeau, R. (2011): *Survey Methodology*. 2nd ed. Auflage. Hoboken: John Wiley & Sons.

Gümbel, M.; Nielbock, S. (2012): Die Last der Stereotype. Geschlechterrollenbilder und psychische Belastungen im Betrieb. In: Edition der Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), 267, Düsseldorf.

Gümbel M., Rundnagel R. (2004): Gesundheit hat ein Geschlecht. Die Bedeutung von Gender Mainstreaming im Arbeits- und Gesundheitsschutz. In: *Arbeitsrecht im Betrieb* Nr. 25, Heft 9, 539–545.

Habel, U.; Bergs, R.; Clemens B.; Pütz, A.; Kohn, N.; Wagels, L.; Ellendt, S.; Scheller, M.; Evler, A.; Schneider, F. (2015): *Bundesgesundheitsblatt* 2016, 59, Berlin, Heidelberg, Springer, S. 17–27.

Hagemann-White, C.; Bohne, S. (2010): Gewalt- und Interventionsforschung: Neue Wege durch europäische Vernetzung, in: *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung*; hrsg. von Becker, R., Kortendiek, B., S. 669-677.

Hägerbäumer, M. (2017): Panel-Studie. In: *Risikofaktor Präsentismus*. Springer, Wiesbaden.

Hahn S.; Müller M.; Needham I. (2010): Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland. A cross-sectional survey. In: *International Perspective Healthcare Practice* (Hrsg.): *Journal Clinical Nurses* 16, o. O., 3535-3546.

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) (2017): *Versorgungsatlas Hessen 2016: Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser*. Online verfügbar unter: https://www.hessenagentur.de/mm/mm002/Versorgungsatlas_Hessen_2016_korr.pdf. (Zugriffsdatum: 25.09.2018).

Higgins, A., Doyle, L., Downes, C., Nash, M., Morrissey, J., Brennan, M. & Costello, P. (2015) *Risk assessment and safety planning within mental health nursing services: an exploration of practices, policies and processes*. Dublin: Health Service Executive.

Hofmann, T., Hachenberg, T. (2019). Violence in the emergency medicine (emergency rescue service and emergency departments)-current situation in Germany. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 54(2), 146-154.

Hyland, S.; Watts, J.; Fry, M. (2016): Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses' perceptions of this challenging behaviour: A multimethod study. *Australasian emergency nursing journal* : *AENJ* 19 (3): 143–148.

ILO - International Labour Organization (2013): *10 Keys for Gender Sensitive OSH Practice – Guidelines for Gender Mainstreaming in Occupational Safety and Health*, Geneva

ILO- International Labour Organization (2003): *Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon*, https://www.ilo.org/safework/info/standards-and-instruments/codes/WCMS_107705/lang--en/index.htm, (Zugriffsdatum: 05.03.2019).

Jessel, H. (2010): *Leiblichkeit – Identität – Gewalt, Der mehrperspektivische Ansatz der psychomotorischen Gewaltprävention*, Wiesbaden, Springer.

Kirchner, H., Kirchner-Overfeld, E. C., Juckel, G., Schäfer, M. (2018). Häufigkeitsentwicklung alkohol-assoziiierter Vorstellungen in einer interdisziplinären großstädtischen Notaufnahme: Vergleich 2009 vs. 2014. *SUCHT*.

- Knott J.C., Bennett D., Rawet .J, et al. Epidemiology of unarmed threats in the emergency department. *Emerg Med Austral* 2005;17, 351–8.
- Knowles, E.; Mason, S. M.; Moriarty, F. (2013): 'I'm going to learn how to run quick': exploring violence directed towards staff in the Emergency Department. *Emergency medicine journal : EMJ* 30 (11), 926–931.
- Lange, C.; Starker, A.; von der Lippe, E.; Hölling, H. (2016): Psychische und körperliche Gewalterfahrungen in den vergangenen 12 Monaten in der Allgemeinbevölkerung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), Berlin, Heidelberg: Springer.
- Lindner, T.; Joachim, R.; Bieberstein, S.; Schiffer, H.; Möckel, M.; Searle, J. (2015): Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. *Notfall + Rettungsmedizin* 18 (3), 195–200.
- Mayer, H.O. (2013): Interview und schriftliche Befragung, Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung, München.
- Needham, I.; Abderhalden, C.; Halfens, R.J. (2005): Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. In: Blackwell Publishing Ltd (Hrsg): *J Adv Nurs* 49: o. O. 283-296.
- NICE-National Institute for Clinical Excellence. (2005). Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Clinical Guideline*, 25, 1-83.
- Nielbock, S.; Gümbel, M. (2018): Arbeitsbedingungen beurteilen - geschlechtergerecht. Gender Mainstreaming in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. In: ver.di-Bundesverwaltung (Hrsg.). Bereich Genderpolitik, 3. überarb. Aufl., Berlin
- Nienhaus, A. (2019): Violence at the workplace – potential consequences and means of prevention Gewalt am Arbeitsplatz – Konsequenzen und Möglichkeiten der Prävention; <https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0130>.
- Nienhaus, A.; Drechsel-Schlund, C.; Schambortski, H.; Schablon A. (2016): Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz, Gesundheitliche Folgen und settingbezogene Ansätze zur Prävention und Rehabilitation. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (Hrsg.), Volume 59, Issue 1, 88–97.
- Nijman, H.L.I.; Muris, P.; Merckelbach, H.L.G.J.; Palmstierna; T.; Wistedt, B.; Vos, A.M.; van Rixtel, A.; Allertz, W. (1999): The Staff Observation Aggression Scale–Revised (SOAS-R). In: *Aggressive Behavior*, Volume 25, 197–209.
- Ohlbrecht, H.; Bartel, S; Kardoff, E. von; Streibelt, M. (2009): Gewalt in der Notaufnahme, Ein aktuelles Problem und seine Hintergründe, in: *Prävention und Gesundheitsförderung* 1/2009, 7-14.
- Osterloh, F. (2019): Wege zu mehr Patientensteuerung, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 116, Heft 3, 18. Januar 2019, 61-63.
- Petersen, S.; Scheller, B.; Wutzler, S.; Zacharowski, K.; Wicker, S. (2016): Aggression und subjektive Gefährdung in der Notfallmedizin : Eine Umfrage. *Der Anaesthesist* 65 (8): 580–584.
- Pich, J. V.; Kable, A.; Hazelton, M. (2017): Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: Results from the Australian VENT Study (Violence in Emergency Nursing and Triage). *Australasian emergency nursing journal : AENJ* 20 (3), 107–113.
- Porst, R. (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage, Wiesbaden: Springer VS.
- Ramacciati, N.; Ceccagnoli, A.; Addey, B. (2015): Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study. *International emergency nursing* 23 (4), 274–280.
- Richter, D. (2012): Theorien und Modelle für Aggression und Gewalt gegen Mitarbeiter im Gesundheitswesen. In: Walter, Gernot; Nau, Johannes; Oud, Nico (Hrsg.): *Aggression und Aggressionsmanagement. Praxishandbuch für Gesundheits- und Sozialberufe*. Bern: Huber, 62–96.
- Richter, D.; Berger, K. (2001): Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. Eine Prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situationen und Folgen. In: *Der Nervenarzt* (Hrsg.): 72: o O. 693-699.

Rothe I., Adolph L., Beermann B., Schütte M., Windel A., Grewer A., Lenhardt U., Michel J., Thomson B., Formazin M. (2017): Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt, Wissenschaftliche Standortbestimmung, baua Bericht, Dortmund, Berlin, Dresden.

RWI - Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung (2018): Notfallversorgung in Deutschland: Projektbericht im Auftrag der kassenärztlichen Bundesvereinigung, Essen.

Schablon, A.; Zeh, A.; Wendeler, D.; Peters, C.; Wohler, C.; Harling, M.; Nienhaus, A. (2012a): Häufigkeit und Folgen von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im deutschen Gesundheitswesen – ein Survey. In: Nienhaus (Hrsg.): RiRe – Risiken und Ressourcen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Ecomed Medizin, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg, 203-221.

Schablon, A.; Zeh, A.; Wendeler, D.; Peters, C.; Wohler, C.; Harling, M.; Nienhaus, A. (2012b): Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system. A cross-sectional study, in: *BMJ open* 2 (5). DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001420.

Schirmer, U.; Mayer, M.; Vaclav, J.; Papenberg, W.; Martin, V.; Gaschler, F.; Özköylü, S. (2009): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie, 2. aktual. Aufl., Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Schlack, R.; Rüdell, J.; Karger, A.; Hölling, H. (2013): Körperliche und psychische Gewalterfahrungen in der deutschen Erwachsenenbevölkerung. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt* 56, 755–764.

Schuffenhauer, H.; Güzel-Freudenstein, G. (2019): Gewalt gegen Pflegende in Notaufnahmen. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*; 54, 386–393.

Settelmeyer, A.; Erbe, J. (2010): Migrationshintergrund. Zur Operationalisierung des Begriffs in der Berufsbildungsforschung. In: Bundesinstitut für Berufsbildung: Wissenschaftliche Diskussionspapiere, Heft 112, Bonn.

Speroni, K.G.; Fitch, T.; Dawson, E. (2014): Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of emergency nursing* (40), 218–228.

Statistisches Bundesamt (2013): Zensus 2011: Ausgewählte Ergebnisse, Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerung mit Migrationshintergrund, Ergebnisse des Mikrozensus, Wiesbaden. Fachserie 1, Reihe 2.2.

Vogel L. (2003): *The Gender Workplace Health Gap in Europe*, Brüssel.

Wehler M.; Weldert G.; Händl T. (2011): Konfliktherd Notaufnahme. Stellenwert von Deeskalationsprogrammen, in: *Notfall+Rettenungsmedizin*; Springer-Verlag (Hrsg.), o.O., 367-370.

Weigl, M.; Herbig, B.; Bahemann, A.; Böckelmann, I.; Darius, S.; Jurkschat, R.; Kreuzfeld, S.; Lang, J.; Müller, A.; Muth, T.; Nowak, D.; Schneider, A. (2015): Empfehlungen zur Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 50, 660-665.

WHO - World Health Organization (2006): *Gender Equality, Work and Health. A Review of the Evidence*, Geneva.

Zeh A., Schablon, A., Wohler, C., Richter, D., Nienhaus, A. (2009): Gewalt und Aggression in Pflege- und Betreuungsberufen – ein Literaturüberblick. *Gesundheitswesen* 71, 449-459.