Sonderausgabe-Newsletter-Intensiv

Für Euch gelesen

Gewalt hat viele Gesichter

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

anlässlich des Kampagnentages Orange the World- STOPP Gewalt gegen Frauen- UN Women Deutschland haben wir einen Themen Newsletter zu Gewalt in Gesundheitseinrichtungen, mit verschiedenen Facetten von Gewalt, zusammengestellt.

Gewalt am Arbeitsplatz

Gewalt am Arbeitsplatz ist ein zunehmendes Problem im Gesundheitswesen, das die psychische und physische Gesundheit von Beschäftigten erheblich beeinträchtigt. Die Übersichtsarbeit untersucht das Ausmaß, die Ursachen und die Folgen beruflicher Gewalt gegen Gesundheitsfachpersonen. Calixto de Oliveira et al. (2025) führten eine systematische Literaturrecherche der letzten fünf Jahre in verschiedenen Datenbanken durch. Von 457 identifizierten Quellen wurden 15 Studien in die Analyse einbezogen. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen in Notfall- und Akutbereichen von physischer, psychischer, verbaler und sexueller Gewalt betroffen sind. Psychische und verbale Aggressionen sind am häufigsten, aber oft untererfasst. Die Studie benennt strukturelle und organisatorische Ursachen wie Arbeitsüberlastung, Personalmangel und mangelnde institutionelle Unterstützung. Limitationen bestehen in der Heterogenität der Studien und der Untererfassung nicht-physischer Gewalt. Die Autorinnen und Autoren fordern globale Präventionsstrategien und institutionelle Schutzmaßnahmen. Die Arbeit verdeutlicht, dass Gewaltprävention ein zentraler Bestandteil der Sicherheitskultur in der Intensivmedizin und Notfallpflege in Deutschland sein muss.

Quelle: de Oliveira AC, de Souza AS, Marcheti PM, Sperotto MM, Sarti ECFB, de Andrade Porto JV. Occupational violence in health care: A systematic review. Acta Psychol (Amst). 2025 Oct 8;260:105611. doi: 10.1016/j.actpsy.2025.105611.

Strukturelle Gewalt

Aggression und Gewalt gegenüber Pflegefachpersonen stellen in Notaufnahmen ein wachsendes Problem dar. Ziel der vorliegenden Studie war es, strukturelle Ursachen dieser Gewaltphänomene zu verstehen, die über individuelles Fehlverhalten hinausgehen. Cater et al. (2025) führten hierzu eine qualitative Sekundäranalyse von Daten aus der kanadischen EQUIP Emergency-Studie durch, die Interviews mit Notaufnahmepersonal, Beobachtungsprotokolle und offene Patientenbefragungen umfasste. Mithilfe einer interpretativ-deskriptiven, thematischen Analyse wurden drei zentrale Einflussbereiche identifiziert: (1) hohe Belastung und Frustration auf Seiten von Patientinnen, Patienten und Pflegefachpersonen, (2) eine Kultur der Effizienz und institutionelle Normen, die Stress verstärken, sowie (3) gesellschaftliche Ungleichheiten und fehlende Versorgungsressourcen, die Stress, Ungeduld und Eskalationen begünstigen. Die Autorinnen und Autoren betonen, dass Gewaltprävention nur gelingt, wenn strukturelle und organisationale Bedingungen berücksichtigt werden. Einschränkend war die Studie auf drei Notaufnahmen beschränkt und basierte auf vorhandenen Daten.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Pflege in Notaufnahmen verstärkt auf strukturelle Gerechtigkeit, Trauma- und Gewaltinformiertheit sowie interdisziplinäre Systemstrategien setzen muss, um Sicherheit und Arbeitszufriedenheit in der Intensiv- und Notfallpflege nachhaltig zu stärken.

Quelle: Cater C, Browne AJ, Varcoe C, Hirani S, Wilson E. Using a Structural Lens to Understand and Address Aggression and Violence Experienced by Emergency Department Nurses: Beyond Individualistic Perspectives. Nurs Inq. 2025 Oct;32(4):e70049. doi: 10.1111/nin.70049

Aggression gegen Pflegende

Iennaca et al. (2013) geben in einer Literaturrecherche an, dass Aggressionen gegen Pflegefachpersonen relativ häufig vorkommen. Aggressionen können verbal (beschimpfen, beleidigen) oder auch physisch sein (Schlagen, Beißen, Treten, Spucken, mit Gegenständen werfen). Aggressoren sind meistens Patientinnen und Patienten, es können aber auch die Angehörigen oder Arbeitskollegen sein. Die Inzidenz beträgt bei allen Vollbeschäftigten der Bevölkerung in den USA 4 pro 10.000 (2010), bei Pflegenden in öffentlichen Krankenhäusern 136/10.000. Aggressionen durch Patientinnen und Patienten werden durch viele Faktoren bedingt wie Umgebung, Ausstattung, Medikation, Unwohlsein, kognitive Einschränkungen oder Delir. Pflegerische Situationen mit hohem Risiko sind Hilfe bei der Körperhygiene, Essen, Anziehen oder Reorientierung. Strukturelle Faktoren sind Routinen oder die Gewichtung der Patientenautonomie. Große Stationen und geringe Personalbesetzung führen eher zu einem aggressiven Patientenverhalten. Pflegende, den verbal aggressiven Verhalten erleben, wechseln eher die Stelle als Pflegende, die körperliche Gewalt erleben. Reaktionen auf Aggression wie Ärger, Frustration, Traurigkeit, Verletztheit, Hilflosigkeit, eigene Aggressivität und auch Burnout sind häufig. Die Autoren empfehlen als Erstes, die Aggressionsrate im eigenen Arbeitsbereich zu erfassen und geben hierzu auch verschiedene Messinstrumente an. Zur Prävention geben die Autoren leider keine Empfehlungen! **Kommentar:** *eine interessante Arbeit, die auf ein bislang nur wenig thematisiertes Problem hinweist. Die englische Leitlinie „Gewalt im Krankenhaus" von 2005 geht hier einen Schritt weiter und empfiehlt bei aggressiven Patienten: Bildung & Wissen, Teamabsprachen, Schulung in Gesprächsführung, etwas weiter weg stehen als üblich, Aggressions-Trigger des Patienten vermeiden, Autonomie respektieren und gleichzeitig realistische Optionen geben.*

Quelle: Iennaco, J., Dixon, J., Whittemore, R., Bowers, L., (January 31, 2013) „Measurement and Monitoring of Health Care Worker Aggression Exposure" OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing Vol. 18, No. 1, Manuscript 3

Interventionen zur Prävention von Gewalt am Arbeitsplatz

Notaufnahmen stellen ein hohes Risiko für Gewalt am Arbeitsplatz dar, doch werden Maßnahmen zur Verhinderung gewalttätiger Zwischenfälle und zur Vorbereitung dieser nicht immer konsequent umgesetzt und ihre Wirksamkeit ist oft unklar. Ziel der Übersichtsarbeit von Wirth et al. (2021) ist es, Ergebnisse von Studien über Maßnahmen zur Prävention von Gewalt, die in Notaufnahmen durchgeführt wurden, zusammenzufassen, um gewalttätige Vorfälle durch Patientinnen, Patienten und Angehörige zu reduzieren oder das Wissen, die Fähigkeiten oder das Sicherheitsgefühl der Mitarbeitende der Notaufnahme zu verbessern. Es wurde die Datenbanken MEDLINE, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL und PsycINFO nach Studien durchsucht, die zwischen Januar 2010 und Mai 2021 datiert waren. Eingeschlossen wurden Interventions- und Beobachtungsstudien, die über verhaltensbezogene, organisatorische oder strukturelle Interventionen bei medizinischem Personal in Notaufnahmen von Krankenhäusern berichten. Die Studien wurden anschließend auf ihre methodische Qualität geprüft.

Ergebnisse: Fünfzehn Studien wurden eingeschlossen, von denen elf verhaltensorientierte Interventionen (Präsenz-, Online- oder hybride Trainingsprogramme) zu Deeskalationsfähigkeiten, Umgang mit gewalttätigen Personen oder Selbstverteidigungstechniken untersuchten. Vier Studien untersuchten darüber hinaus organisatorische und strukturelle Interventionen. Die meisten Studien zeigten, dass die Interventionen einen positiven Effekt in Form einer Verringerung der Gewaltvorfälle oder einer Verbesserung der Bereitschaft des Personals, mit Gewaltsituationen umzugehen, hatten; die Belege sind jedoch noch spärlich. Schlussfolgerung der Autorinnen und Autoren: Weitere Studien sollten insbesondere organisatorische und strukturelle Interventionen berücksichtigen und mit einer hohen methodischen Qualität ausgeführt werden.

Quelle: Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. (2021). Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 18(16):8459. https://doi.org/10.3390/ijerph181684

Gewalt gegen Mitarbeitende im Intensivbereich

Fast jede und jeder von uns hat im Rahmen der Arbeit auf Intensivstationen Gewalt erlebt. Gewalt kann körperlich und/oder auch psychisch erfahren werden, auch sexualisierte Gewalt kommt vor. Doch wie häufig? Berger et al (2024) haben eine systematische Literaturanalyse durchgeführt, um die Häufigkeit, Risikofaktoren, Konsequenzen und Prävention von Gewalt gegenüber medizinischem Personal auf Intensivstationen zu bewerten. Die Autorinnen und Autoren suchten in verschiedenen Datenbanken wie PubMed, Scopus, Google Scholar, EMBASE, Cochrane und Web of Science nach Studien zur Gewalt gegenüber medizinischem Personal auf Erwachsenen-Intensivstationen. Risikofaktoren, Patientenmerkmale und Auswirkungen auf das medizinische Personal wurden gesammelt. Die Studienqualität, Bias und Evidenzniveau wurden mit etablierten Werkzeugen bewertet. Im Ergebnis wurden 75 Studien

mit 139.533 (!) medizinischen Fachkräften aus 32 Ländern eingeschlossen. Die durchschnittliche Häufigkeit von Gewalt betrug insgesamt 51% (IQR 37–75%). Bis zu 97 % der medizinischen Fachkräfte erlebten verbale Gewalt, und bis zu 82 % waren Opfer physischer Gewalt. Die Meta-Analyse der Häufigkeit ergab eine durchschnittliche Häufigkeit von 31 % (95 % CI 22– 41 %) für physische Gewalt, 57 % für verbale Gewalt (95 % CI 48–66 %) und 12 % für sexuelle Gewalt (95 % CI 4–23 %). Patientinnen und Patienten waren die häufigsten Täter (Median 56 %), gefolgt von Besuchern (Median 22 %). Zu berücksichtigen ist, dass in den Studien z.T. Unterschiedliche Frequenzen von Gewalt abgefragt worden sind (Gewalterfahrung im letzten Monat/Jahr/Berufsleben). Risikofaktoren für Gewalterfahrungen waren ein junges Alter, weniger Berufserfahrung und die Tätigkeit als Pflegefachfrau/-mann (unabhängig vom Geschlecht). Patienten, die Seite 2 von 3 Pflegeforschung gewalttätiges Verhalten zeigten, waren oft männlich, älter und durch Drogen körperlich beeinträchtigt. Gewalt wurde in bis zu 80% der Fälle nicht gemeldet und war mit höheren Burnout-Raten, erhöhter Angst und einer höheren Absicht zur Fluktuation verbunden.

Insgesamt war das Evidenzniveau gering. Interventionen zur Reduzierung von Gewalt sind Risikobewertungsinstrument für aggressives Verhalten, Null-Toleranz-Politik und Besucherinformation, erhöhte Patientensicherheitskultur, Deeskalationstraining, verbesserte Sicherheitsmaßnahmen (Sicherheitspersonal, geschlossene Einheiten), mögliche restriktive Interventionen und pharmakologische Sedierung. Arbeitsplatzgewalt ist häufig und wird auf Intensivstationen eher selten berichtet, mit potenziell schwerwiegenden Folgen für medizinisches Personal, was eine erhöhte Aufmerksamkeit, Screening und präventive Maßnahmen erforderten. Die potenziellen Risikofaktoren für Gewalt sollten weiter untersucht werden. Am UKSH gibt es die Möglichkeit einen Meldebogen für gewalttätige Übergriffe als Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Intranet auszufüllen und neben des Aufzeigens des Ereignisses auch ggf. Unterstützung zu bekommen.

Quelle: Berger S, Grzonka P, Frei AI, Hunziker S, Baumann SM, Amacher SA, Gebhard CE, Sutter R. Violence against healthcare professionals in intensive care units: a systematic review and meta-analysis of frequency, risk factors, interventions, and preventive measures. Crit Care. 2024 Feb 26;28(1):61

Unhöflichkeit und Fluchen

Unhöflichkeit (Incivility) mit Schimpfen, Fluchen und Beleidigen im Operationssaal ist ein weit verbreitetes Problem, das erhebliche Risiken für die Patientensicherheit und die psychische Gesundheit des klinischen Personals birgt. Faloye et al. (2025) gingen in einer Übersichtsarbeit der Frage nach, welche Schäden durch respektloses Verhalten im perioperativen Umfeld entstehen und wie man ihnen wirksam begegnen kann. Die Häufigkeit von Unhöflichkeit im OP ist alarmierend hoch: In einer multinationalen Studie (n=7.171) gaben 97 % der Befragten an, im letzten Jahr mindestens ein störendes Verhalten erlebt oder beobachtet zu haben – am häufigsten in Form von unangebrachten Kommentaren. Eine Umfrage der Anesthesia Patient Safety Foundation von 2024 zeigte, dass 78 % des OP-Personals (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen) mindestens einmal von verbaler oder physischer Gewalt betroffen waren. Besonders häufig betroffen sind jüngere Mitarbeitende, Frauen und Personen mit nicht-heterosexueller Orientierung. Die Konsequenzen sind gravierend: Unhöflichkeit beeinträchtigt Kommunikation, Teamzusammenhalt und Entscheidungsfindung. Sie erhöht das Risiko von Behandlungsfehlern, Medikationsverwechslungen und chirurgischen Komplikationen. So hatten Patientinnen und Patienten von Chirurginnen, bzw. Chirurgen mit dokumentierter Unprofessionalität ein bis zu 31,7 % höheres Risiko für Komplikationen. Auch Simulationsstudien belegen, dass selbst milde abfällige Bemerkungen die klinische Leistungsfähigkeit signifikant reduzieren. Darüber hinaus führt Incivility bei betroffenen Fachpersonen zu Angst, Depressionen, Burnout und erhöhtem Personalfluktuation. Lernende übernehmen unter Umständen beobachtete Verhaltensmuster, was zu einer schleichenden Normalisierung respektlosen Verhaltens führt.

Zur Prävention schlagen die Autorinnen und Autoren einen multiprofessionellen, strukturellen Ansatz vor:

a) Führungskräfte sollten Incivility offen benennen, sichere Meldesysteme schaffen und ein konsequentes Vorgehen bei Vorfällen gewährleisten;

b) psychologische Sicherheit muss gefördert werden – alle Teammitglieder sollen sich trauen dürfen, unprofessionelles Verhalten anzusprechen;

c) ein verbindlicher Verhaltenskodex mit klaren sozialen Normen sollte im OP etabliert und sichtbar kommuniziert werden;

d) Vorbildfunktion durch erfahrene Teammitglieder ist zentral, ebenso wie die Benennung von sogenannten „Civility Champions";

e) Schulungen und Simulationstrainings zu Kommunikation, Konfliktlösung und non-technischen Skills können nachhaltig zur Teamkultur beitragen. Schließlich betonen die Autorinnen und Autoren die Bedeutung von Teamkohäsion, Vertrauen und gemeinsamer Verantwortung als Grundlage sicherer Zusammenarbeit. Unhöflichkeit

ist kein zwischenmenschliches Randproblem, sondern eine relevante Gefährdung für die Patientensicherheit. Die Ergebnisse sind auf den Intensivbereich durchaus übertragbar, denn auch dort kommt unhöfliches Verhalten vor. Für die Intensivmedizin und Intensivpflege in Deutschland unterstreichen die Ergebnisse die Notwendigkeit, Verhaltensnormen, Kommunikationskultur und Führungsverantwortung systematisch in Sicherheits- und Qualitätsstrategien zu integrieren.

Quelle: Abimbola O. Faloye , Michele Sumler , Emily Methangkool. Incivility in the Operating Room- What is the Harm?, Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia (2025), doi: https://doi.org/10.1053/j.jvca.2025.04.005

Verfasst von PD. Dr P. Nydahl, S. Krotsetis Pflegeentwicklung und Pflegewissenschaft am UKSH