

Gewalt und Aggression in den Branchen der BGW

Unfalldaten der BGW aus den Jahren 2018 bis 2022 und Forschungsergebnisse



FÜR EIN GESUNDES BERUFSLEBEN



BGW

Berufsgenossenschaft
für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege



Expertinnen/Experten

Gewalt und Aggression in den Branchen der BGW

Unfalldaten der BGW aus den Jahren 2018 bis 2022 und Forschungsergebnisse

Impressum

Gewalt und Aggression in den Branchen der BGW

Unfalldaten der BGW aus den Jahren 2018 bis 2022 und Forschungsergebnisse

Erstveröffentlichung 08/2020, Stand 09/2023

© 2020 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Herausgegeben von

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst
und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hauptverwaltung

Pappelallee 33/35/37

22089 Hamburg

Tel.: +49 40 20207-0

Fax: +49 40 20207-2495

www.bgw-online.de

Artikelnummer

BGW 55-83-006

Inhalt/Text

BGW-Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften, Bereich Gesundheitswissenschaften

BGW-Reha-Koordination

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), Kompetenzzentrum Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen (CVcare)

Textbearbeitung

Media Contor, Hamburg

Redaktion

BGW-Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften, Bereich Gesundheitswissenschaften

Gestaltung und Satz

MUMBECK – Agentur für Werbung GmbH, Wuppertal

Druck

BGW-Druckservice

Inhalt

1	Zusammenfassung	6
2	Zielsetzung	8
3	Datengrundlage	9
4	Arbeitsunfälle mit Schreck- und Gewaltvorfällen	13
4.1	Arbeitsunfälle.	13
5	Forschungsstudien	24
5.1	Studie zum Burnout-Risiko.	24
5.2	Studie zu sexualisierter Gewalt und Belästigung.	35
	Glossar	46
	Literaturverzeichnis	51
	Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren	58
	Impressum	4

Im Text sind erklärungsbedürftige Begriffe farblich hervorgehoben.
Deren Erläuterung sind im Glossar im Anhang zu finden.

1 Zusammenfassung

In dieser Broschüre informiert die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) über Arbeits- und Wegeunfälle, die in bei ihr versicherten Unternehmen durch Schreck- oder Gewaltvorfälle verursacht wurden. Der Betrachtungszeitraum erstreckt sich über die Jahre 2018 bis 2022. Zwei Studien ergänzen diese Datenauswertung: Die erste Studie beschäftigt sich mit Gewalt- und Aggressionsereignissen in Notfallambulanzen, die zweite mit sexualisierter Gewalt und Belästigung durch zu Pflegenden und zu Betreuende gegen Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen.

Damit gibt dieser Bericht einen Einblick in das Unfallgeschehen im Zusammenhang mit Gewalterfahrungen in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und identifiziert besonders gefährdete Branchen und Berufsgruppen.

Wesentliche Erkenntnisse aus der Auswertung der BGW-Daten

- Rund 5.300 Unfälle pro Jahr werden der BGW im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen gemeldet. Das sind 7,5 Prozent aller meldepflichtigen **Arbeitsunfälle** am Arbeitsplatz.
- In 80 Prozent der Schreck- und Gewaltvorfälle handelt es sich um zwischenmenschliche Konflikte.
- Neun von zehn Beschäftigte werden vorwiegend körperlich, eine Person von zehn vorwiegend seelisch verletzt. 87,9 Prozent der Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen gehen mit einer physischen Verletzung einher. In 12,1 Prozent der Fälle kommt es in der Folge zu einer psychischen Verletzung.

- Besonders betroffen sind Beschäftigte in pflegerischen und betreuenden Berufen. 83 Prozent aller Schreck- und Gewalterfahrungen entfallen auf diese drei Berufsgruppen: Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, die in Kranken- und Altenpflege tätig sind, Kinderbetreuerinnen und -betreuer sowie Menschen in sozialpflegerischen Berufen.
- Fast zwei Drittel aller Schreck- und Gewaltvorfälle ereignen sich in Einrichtungen der Beratung/Betreuung sowie der stationären Alten- und Krankenpflege. Dort ist das Risiko besonders hoch.
- Bis zu vier Mal höher als in anderen bei der BGW versicherten Branchen ist das Risiko für Beschäftigte, in Wohn- und Pflegeeinrichtungen für Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen einen Schreck- und Gewaltvorfall zu erleiden.

Wesentliche Erkenntnisse aus den Studien

Studie zum Burnout-Risiko

- Beschäftigte in Notaufnahmen sind häufig von Gewalt durch Patientinnen, Patienten und Angehörige betroffen.
- Von 349 Personen, die in deutschen Notaufnahmen arbeiten, erlebten 87 Prozent körperliche Gewalt durch Patientinnen beziehungsweise Patienten und 64 Prozent körperliche Gewalt durch Angehörige. 97 Prozent waren mit verbaler Gewalt durch Patientinnen beziehungsweise Patienten konfrontiert, 94 Prozent mit verbaler Gewalt durch Angehörige. Gerade die Gewalt durch Angehörige erwies sich als **Risikofaktor** für eine hohe Stressbelastung bei Personen, die in der Notaufnahme arbeiten.

- Eine hohe **Resilienz** und das Gefühl, durch die Einrichtung gut auf mögliche Gewaltübergriffe vorbereitet zu sein, erwiesen sich als protektiv in Bezug auf Burnout-Risiko und Stressempfinden. Das Verhalten von Führungskräften spielt daher eine wichtige Rolle bei der Prävention von Gewalt und deren Auswirkungen auf ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Studie zu sexualisierter Gewalt und Belästigung

- Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen sind häufig betroffen von sexualisierter Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz, die von den Menschen ausgeht, die sie pflegen oder betreuen.
- 62,5 Prozent aller Befragten haben **non-verbale** sexualisierte Gewalt und Belästigung erlebt, 67,1 Prozent verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung und 48,9 Prozent körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung.
- Alle drei Formen sexualisierter Gewalt und Belästigung kamen in allen untersuchten Branchen in unterschiedlicher Häufigkeit vor.
- Für alle Formen der sexualisierten Gewalt und Belästigung zeigten sich Zusammenhänge mit psychischen Beeinträchtigungen.
- Rund einem Drittel der Befragten waren keine Maßnahmen zur Prävention oder Nachsorge sexualisierter Gewalt und Belästigung in ihrem Unternehmen bekannt.

2 Zielsetzung

Für viele Beschäftigte in Pflege- und Betreuungsberufen gehören Überraschungs-, Schreck-, Gewalt-, Angriffs- oder Bedrohungssituationen zum beruflichen Alltag: Sie werden beleidigt, bespuckt, geschlagen oder werden Zeuge oder Zeugin einer Gewalttat oder eines Unfallgeschehens. In den vergangenen fünf Jahren wurden bei der BGW insgesamt 26.516 meldepflichtige Arbeitsunfälle dieser Art registriert. Das sind rund 5.300 pro Jahr über alle bei der BGW versicherten Branchen.

Aus diesem Grund hat sich die BGW intensiver mit dem Thema befasst, um:

- den aktuellen Stand zu analysieren und die Entwicklung der Schreck- und Gewaltvorfälle in den vergangenen fünf Jahren zu betrachten
- den Verantwortlichen im Arbeitsschutz eine Informations- und Argumentationsgrundlage an die Hand zu geben, die die Entwicklung und Umsetzung von Schutzmaßnahmen rechtfertigt
- einen Beitrag zur Auseinandersetzung mit dem sensiblen und nach wie vor mit Scham besetzten Thema „Gewalt am Arbeitsplatz“ zu liefern

Die Broschüre richtet sich an die interessierte Öffentlichkeit sowie an Verantwortliche im Arbeitsschutz: Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Führungskräfte aller Ebenen, betriebliche Interessenvertretungen, Fachkräfte für Arbeitssicherheit sowie Betriebsärztinnen und -ärzte. Insbesondere Entscheiderinnen und Entscheider in Kliniken, stationären Altenpflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Jugend- und Behindertenhilfe können von den hier zusammengetragenen Daten und Erkenntnissen profitieren.

Im ersten Teil des Berichts werden Arbeitsunfälle betrachtet, die durch einen Schreck- oder Gewaltvorfall verursacht und der BGW im Zeitraum von 2018 bis 2022 angezeigt wurden. Ergänzt wird diese Auswertung durch die Ergebnisse einer Befragung von Beschäftigten in Notfallambulanzen zu ihren Erfahrungen mit Gewalt im beruflichen Alltag sowie einer Studie zu sexualisierter Gewalt und Belästigung durch zu Pflegenden und zu Betreuende gerichtet gegen Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen.

Verwendete Daten- und Studienquellen Zeitraum 2018 – 2022

Arbeitsunfälle Quelle: Unfallstatistik der BGW	Studie zum Burnout-Risiko	Studie zu sexualisierter Gewalt und Belästigung
Kapitel 4	Kapitel 5	

3 Datengrundlage

Auswahl der Daten

Ausgewertet wurden Arbeitsunfälle, die im Zusammenhang mit Überraschungs-, Schreck-, Gewalt-, Angriffs- oder Bedrohungssituationen gemeldet wurden. Dienstwegeunfälle (zur fachlichen Abgrenzung siehe Glossar) mit einem Anteil von einem Prozent an Schreck- und Gewaltvorfällen sind wegen zu geringer Fallzahlen nicht berücksichtigt.

Der Auswertung liegt eine **Stichprobe** aus den Daten der Unfallstatistik der BGW zugrunde. Sie entspricht annähernd sieben Prozent der meldepflichtigen Unfälle (**7%-Statistik**). Dabei sind folgende Einschlusskriterien berücksichtigt:

- meldepflichtige Arbeitsunfälle, die sich bei der betrieblichen Tätigkeit am Arbeitsplatz ereigneten (Unfallart 1)
- die Berichtsjahre 2018 bis 2022
- die **Versicherungsverhältnisse** „abhängig Beschäftigte“ und „Unternehmerinnen/Unternehmer“

Für die Auswertung wurden die in der 7%-Statistik gezogenen Fälle auf die Referenzzahlen der Arbeitsunfälle hochgerechnet – so wie sie in den Geschäftsergebnissen veröffentlicht werden. Dabei können Hochrechnungsunsicherheiten und Rundungsfehler auftreten.

In der Unfallstatistik werden nur die meldepflichtigen Fälle dokumentiert, bei denen eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen vorliegt. Die Daten aus der Unfallstatistik geben daher das Unfallgeschehen bei Schreck- und Gewaltereignissen unvollständig

wieder. Hinzu kommt, dass von einer Dunkelziffer auszugehen ist, da vor allem von nicht meldepflichtigen Vorfällen nur ein Teil der BGW gemeldet wird. Gesundheitliche Probleme der Betroffenen können aber auch bei den nicht meldepflichtigen Gewaltvorfällen auftreten, insbesondere wenn sich solche Vorfälle am Arbeitsplatz wiederholen.

Identifikation der Schreck- und Gewaltvorfälle

Arbeitsunfälle, die durch Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff oder Bedrohung verursacht werden, können in der Unfallstatistik über das Merkmal „Art der Abweichung vom normalen (unfallfreien) Verlauf“ identifiziert werden. Dazu gehören folgende Fallkonstellationen (in Klammern die dazugehörigen Schlüsselziffern 80 bis 85 sowie 89):

- Überraschung und Schreck ohne körperliche Berührung [81]
- Gewalt, Angriff oder Bedrohung, verbal oder körperlich, differenziert nach
- Vorfall zwischen Beschäftigten eines Unternehmens [82]
- Vorfall zwischen einer beschäftigten Person – etwa bei der Ausübung ihrer Aufgabe – und einer betriebsfremden Person, zum Beispiel Angehörige, Besucherin oder Besucher, betreuter Mensch [83]
- Angriffe oder Stöße von Tieren [84]
- Durch Anwesenheit des Unfallopfers oder einer dritten Person verursachte Gefahrensituation [85]: Das Unfallopfer (hier die versicherte Person) oder eine andere Person lösen durch ihre Anwesenheit eine Gefahr aus.

- Sonstige Ereignisse im Zusammenhang mit Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff oder Bedrohung ohne nähere Angaben [80 und 89]. Für diese Vorfälle waren der Unfallanzeige beziehungs-

weise dem durchgangsarztlichen Bericht keine näheren Angaben zur Unfallursache zu entnehmen. Sie waren daher keiner der oben beschriebenen Konstellationen zuzuordnen.

Beispiele für Fallkonstellationen



Der in der Broschüre verwendete Begriff „Schreck- und Gewaltvorfälle“ deckt die vier oben dargestellten Fallkonstellationen [81, 82, 83, 85] sowie die sonstigen Vorfälle ohne nähere Angaben [80 und 89] ab. Durch Tiere verursachte Vorfälle [84] werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Nähere Beschreibung der Arbeitsunfälle

Die untersuchten Schreck- und Gewaltvorfälle werden über folgende Aspekte inhaltlich näher beschrieben:

Art der Verletzung	Berufliche Tätigkeit	Branche
<p>Unterscheidung in:</p> <ul style="list-style-type: none"> • physische Verletzungen wie Prellungen, Frakturen, Schnitt- und Stichwunden • psychische Verletzungen basierend auf der Diagnose: Schockzustand erlebnisreaktiver/psychischer Art 	<p>Unterscheidung nach:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rund 120 beruflichen Tätigkeiten auf Grundlage der internationalen Standardklassifikation zur Verschlüsselung der Berufe (ISCO-08). Dokumentiert wird die Tätigkeit, die die versicherte Person regelmäßig im Betrieb ausübt • zugeordnet zu zehn verschiedenen Berufsgruppen, unter anderem Pflegefach- und Pflegehilfskräfte, Erzieherinnen und Erzieher, Küchen-, Reinigungs- und hauswirtschaftliches Personal 	<p>Unterscheidung in neun Branchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung und Betreuung • Pflege • Kliniken • Berufliche Rehabilitation und Werkstätten • Kinderbetreuung • Verwaltung • Bildung • Human- und Zahnmedizin • Sonstige (Tiermedizin, Friseurhandwerk, therapeutische Praxen, Pharmazie, Beauty & Wellness, Friseurhandwerk, Schädlingsbekämpfung)

Die Daten zur Art der Verletzung stammen aus dem durchgangsärztlichen Bericht oder aus der betrieblichen Unfallanzeige. Zur Dokumentation der Verletzung können eine Haupt- sowie drei Nebendiagnosen vermerkt werden. Als Hauptdiagnose wird die am schwersten wiegende Verletzungsart angegeben: Erfahrungsgemäß werden eher physische als psychische Verletzungen dokumentiert, da die körperlichen Beschwerden beim Arztbesuch meist im Vordergrund stehen, psychische Beeinträchtigungen erst später auftreten oder die verletzte Person sie (noch) nicht wahrgenommen hat.

Die beruflichen Tätigkeiten sind in zehn Berufsgruppen zusammengefasst und die Branchen in neun Gruppen.

Für die Branchen „Beratung und Betreuung“, „Pflege“ und „Bildung“, in denen Schreck- und Gewaltvorfälle häufig auftreten, sind in Tabelle 1 die Tätigkeitsbereiche aufgelistet, die in diesen Branchen zusammengefasst wurden.

Tabelle 1: Zuordnung von Tätigkeitsbereichen zu den Branchen „Beratung und Betreuung“, „Pflege“ und „Bildung“

Branche	Tätigkeitsbereiche (Auswahl)
Beratung und Betreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen zur stationären Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Menschen • Stationäre Wohnformen der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe • Stationäre Wohnformen für Menschen in besonderen sozialen Situationen • Schulkinderbetreuung an allgemeinbildenden Schulen • Tageseinrichtungen für ältere Menschen • Tageseinrichtungen für sozial benachteiligte/behinderte Menschen • Beratungs- und Betreuungsstellen • Mobile soziale Dienste ohne pflegerische Leistungen • Rettungsdienste, Krankentransporte • Arbeitsassistenz/Integrationshilfe • Fahrdienste für ältere und behinderte Menschen • Mahlzeitendienste • Selbsthilfe-/Helfergruppen
Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Wohneinrichtungen für ältere und pflegebedürftige Menschen, stationäre Hospize • Ambulante sozialpflegerische Dienste • Ambulante Hospizarbeit/Palliativeinrichtungen
Bildung	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeinbildende Schulen, Fachhochschulen • Fachschulen für das Friseurhandwerk, Kosmetikfachschulen • Aus-/Weiterbildungsstätten für Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege • Freizeitstätten für Jugendliche • Familienbildungsstätten

4 Arbeitsunfälle mit Schreck- und Gewaltvorfällen

4.1 Arbeitsunfälle

Meldepflichtige Arbeitsunfälle als Schreck- und Gewaltvorfälle

In dem betrachteten Zeitraum 2018 bis 2022 hat die BGW insgesamt 353.857 meldepflichtige **Arbeitsunfälle** registriert. Die Unfälle hatten sich bei der betrieblichen Tätigkeit der versicherten Person an ihrem Arbeitsplatz ereignet (Tabelle 2). Bei 26.516 Fällen

(7,5 Prozent) handelte es sich um Schreck- und Gewaltvorfälle, das sind jährlich durchschnittlich rund 5.300 Unfallhergänge. Deren Anteil an allen meldepflichtigen Unfällen schwankte in dem betrachteten Fünfjahreszeitraum jährlich zwischen 7,2 Prozent und 7,7 Prozent. Bei 247 Unfällen wurde erstmals in dem jeweiligen Berichtsjahr eine **neue Unfallrente** gezahlt, bei sechs Unfällen trat der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall ein.

Tabelle 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle

Berichts- jahr	Melde- pflichtige Arbeits- unfälle insgesamt	Davon im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen			
		Meldepflichtige Arbeitsunfälle*		Neue Unfallrenten	Tödliche Unfälle
		Anzahl	(%)	Anzahl	Anzahl
2018	71.175	5.147	7,2	46	2
2019	73.424	5.665	7,7	56	2
2020	67.024	5.191	7,7	48	1
2021	72.339	5.277	7,3	52	0
2022	69.895	5.236	7,5	45	1
Gesamt	353.857	26.516	7,5	247	6

* In den meldepflichtigen Fällen können neue Unfallrenten und tödliche Unfälle enthalten sein, wenn die erstmalige Entschädigung beziehungsweise das Todesdatum in dem Berichtsjahr lagen.

Abbildung 1 stellt die Entwicklung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle am Arbeitsplatz für den Zeitraum zwischen 2018 und 2022 dar. Sie zeigt, wie hoch der Anteil der Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit Schreck und Gewalt im Vergleich zu den Arbeitsunfällen

mit einer anderen Abweichung ist. Beide Fallzahlen addiert ergeben die Gesamtzahl aller meldepflichtigen Arbeitsunfälle pro Berichtsjahr aus Tabelle 2. Die Zahl der jährlichen Schreck- und Gewaltvorfälle blieb über den Fünfjahreszeitraum relativ konstant.

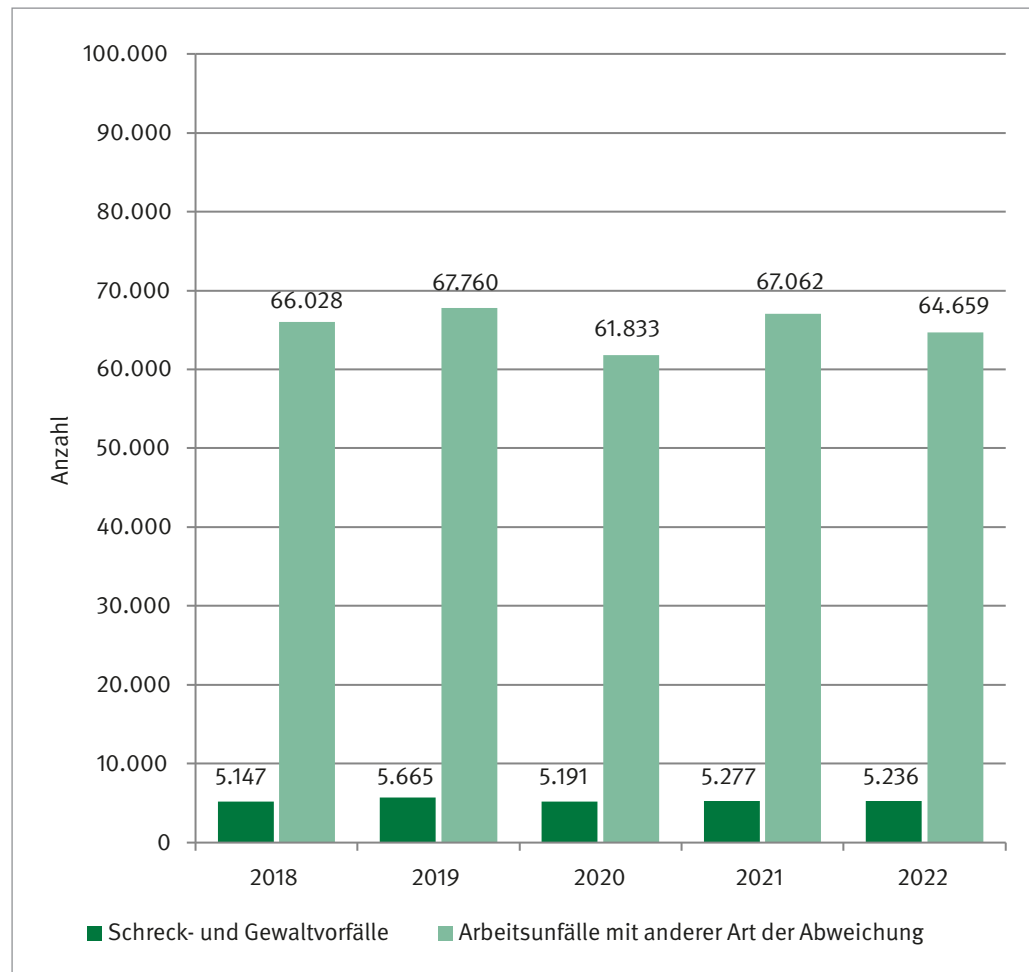


Abbildung 1: Meldepflichtige Arbeitsunfälle nach Art der Abweichung

Schreck- und Gewaltvorfälle differenziert nach Ursachen

Im Durchschnitt liegt der Anteil der Schreck- und Gewaltvorfälle an allen meldepflichtigen Arbeitsunfällen am Arbeitsplatz bei 7,5 Prozent (Tabelle 3). In 76 Prozent der Schreck- und Gewaltvorfälle handelt es sich um zwischenmenschliche Konflikte, die sich zwischen Beschäftigten ereigneten oder zwischen Beschäftigten und betriebsfremden Personen. Zu knapp zwölf Prozent

der Schreck- und Gewaltvorfälle (beziehungsweise 0,9 Prozent der Unfälle gesamt) fehlten Angaben, um eine Zuordnung vornehmen zu können. Bezogen auf die Gesamtzahl der meldepflichtigen Arbeitsunfälle entfallen 5,7 Prozent auf Gewaltvorfälle, 0,6 Prozent auf Überraschungs- oder Schreckmomente ohne körperliche Gewalt und 0,3 Prozent auf eine durch die Anwesenheit des Unfallopfers oder einer anderen Person verursachte Gefahrensituation.

Tabelle 3: Verteilung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen nach Art der Abweichung; Berichtsjahre 2018 bis 2022

Art der Abweichung		Anzahl	Basis: Schreck- und Gewalt- vorfälle n = 26.516	Basis: Unfälle Gesamt n = 353.857
Schreck-/ Gewalt- vorfälle	Überraschung, Schreck	2.170	8,2 %	0,6 %
	Gewaltereignisse zwischen Beschäftigten/von betriebsfremden Personen ausge- hend	20.152	76,0 %	5,7 %
	Durch Anwesen- heit des Unfall- opfers oder einer anderen Person verursachte Gefahr	1.049	4,0 %	0,3 %
	Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff, Bedro- hung – ohne nähere Angabe	3.146	11,9 %	0,9 %
	Gesamt	26.516	100,0 %	7,5 %
Arbeitsunfälle mit anderen Abweichungen		327.341		92,5 %
Gesamt		353.857		100,0 %

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Fallzahlen von Schreck- und Gewaltvorfällen zwischen 2018 und 2022, differenziert nach der Ursache des **Arbeitsunfalls**. Im Jahr 2019 gab es einen leichten Peak, danach lag die Zahl jährlich bei rund 5.200 Fällen. Differenziert nach der Ursache (Art der Abweichung)

zeigt sich, dass die Zahl der Gewaltvorfälle zwischen Beschäftigten oder zwischen Beschäftigten und betriebsfremden Personen um 600 innerhalb des Fünfjahreszeitraum zurückgegangen ist und die Zahl der Gewaltvorfälle ohne nähere Angaben zur Ursache um fast 700 gestiegen ist.

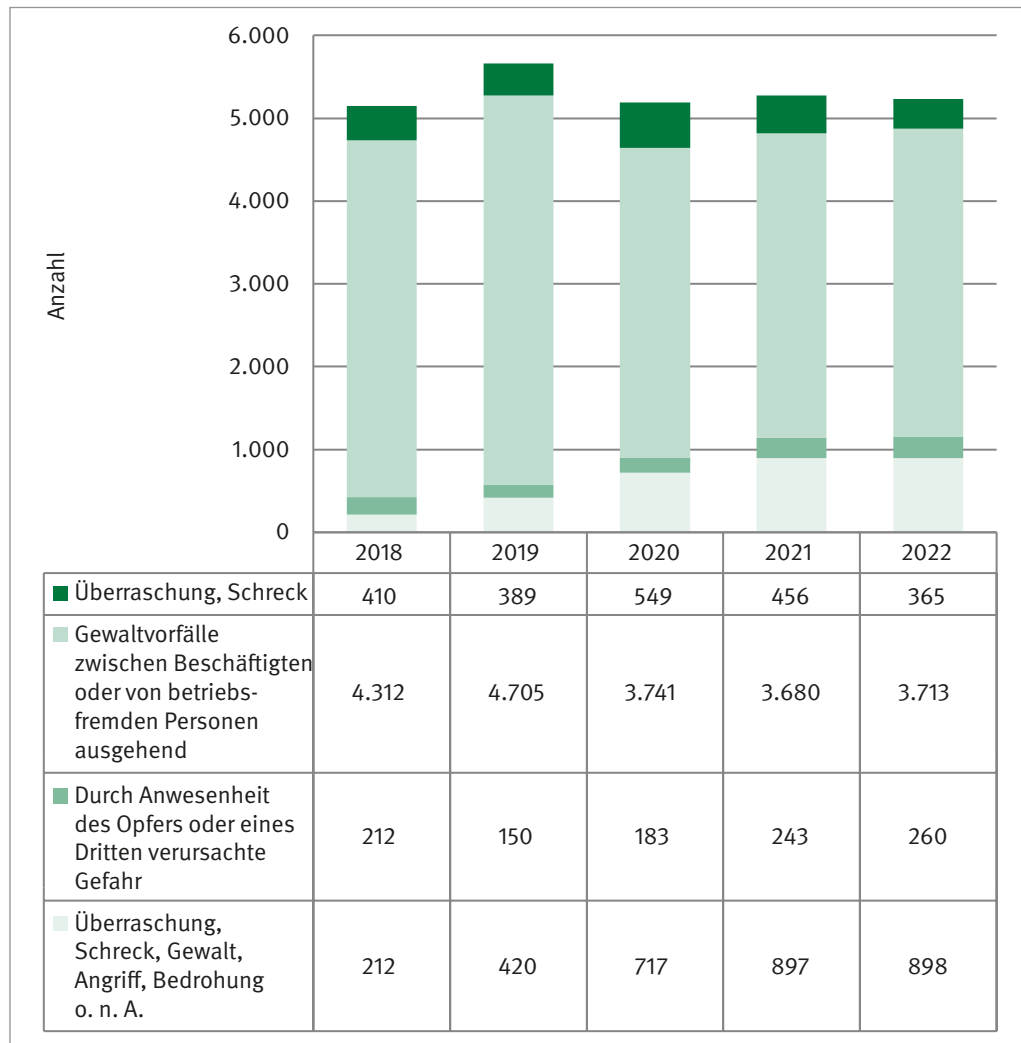


Abbildung 2: Meldepflichtige Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen nach Art der Abweichung

Zahl der Schreck- und Gewaltvorfälle mit psychischen Folgeschäden

Tabelle 4 zeigt, wie häufig Schreck- und Gewaltvorfälle psychische Verletzungen nach sich ziehen. Bei einem von zehn Vorfällen (12,1 Prozent) wurde als Hauptdiagnose eine psychische Verletzung dokumentiert. Differenziert nach Ursachen erlitt mehr als jedes fünfte Opfer eines Überraschungs- und Schreckvorfalls eine psychische Verletzung, zum Beispiel einen Schock (22,3 Prozent). Auf die Vorfälle, die durch Anwesenheit

des Unfallopfers oder einer anderen Person verursacht wurden, entfiel ein ähnlich hoher Anteil. Dagegen lag bei Gewaltvorfällen der Anteil der Fälle mit psychischen Folgeschäden niedriger (bei 11,1 Prozent).

Neben der Hauptdiagnose stehen bei der Verletzungsart drei weitere Diagnosen zur Verfügung. Bei Berücksichtigung aller vier Diagnosen zeigt sich, dass 30 zusätzliche Fälle hinzukommen, für die als zweite, dritte oder vierte Diagnose Verletzungen psychischer Art angegeben sind. Auf die Verteilung wirkt sich dies nicht aus.

Tabelle 4: Verteilung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen nach Art der Verletzung; Berichtsjahre 2018 bis 2022

Schreck-/ Gewaltvorfälle	Art der Verletzung					
	Psychische Verletzung		Physische Verletzung (Prellung, Zerreißung, Fraktur etc.)		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Überraschung, Schreck	485	22,3	1.685	77,7	2.170	100,0
Gewaltvorfälle zwischen Beschäftigten oder von betriebsfremden Personen ausgehend	2.230	11,1	17.921	88,9	20.152	100,0
Durch Anwesenheit des Unfallopfers oder einer anderen Person verursachte Gefahr	212	20,3	836	79,7	1.049	100,0
Überraschung, Schreck, Gewalt, Angriff, Bedrohung – ohne nähere Angabe	288	9,2	2.857	90,8	3.146	100,0
Gesamt	3.216	12,1	23.300	87,9	26.516	100,0

Schreck- und Gewaltvorfälle differenziert nach Beruf

Unter den hier betrachteten zehn Berufsgruppen dominiert die Berufsgruppe „Pflegefach-/Pflegehilfskräfte, Betreuungsberufe im Gesundheitswesen“ das Unfallgeschehen im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen: Jeder zweite Vorfall betraf diese Berufsgruppe, in der Krankenpflege- und Altenpflegefachkräfte sowie Pflegehilfskräfte und andere Betreuungsbe-

rufe im Gesundheitsdienst zusammengefasst sind (Tabelle 5). Fast jeder vierte Vorfall betraf Personal in der Kinderbetreuung, und neun Prozent der Vorfälle Menschen in sozialpflegerischen Berufen. Auf diese drei Berufsgruppen entfallen 83 Prozent der hier betrachteten Unfallkonstellationen. Das heißt, Beschäftigte in pflegerischen, betruenerischen, pädagogischen und sozialen Berufen sind von einer Gesundheitsgefährdung durch Schreck- und Gewaltvorfälle besonders betroffen.

Tabelle 5: Verteilung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen nach Beruf; Berichtsjahre 2018 bis 2022

Berufsgruppe	Schreck- und Gewaltvorfälle	
	Anzahl	%
Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Betreuungsberufe im Gesundheitswesen	13.543	51,1
Kinderbetreuerinnen und -betreuer	6.229	23,5
Sozialpflegerische Berufe	2.311	8,7
Hilfsarbeitskräfte (unter anderem betreute Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen)	1.017	3,8
Medizinische Fachberufe, personenbezogene Dienstleistungsberufe	804	3,0
Küchen-, Reinigungs- und hauswirtschaftliches Personal, Hauswartinnen und Hauswarte	577	2,2
Lehrkräfte	456	1,7
Büro-, Verwaltungspersonal	349	1,3
Ärztinnen und Ärzte	168	0,6
Sonstige Berufe	1.063	4,0
Gesamt	26.516	100,0

Berufsgruppen und psychische Folgen nach Schreck- und Gewaltvorfällen

Im Durchschnitt lag der Anteil an Schreck- und Gewaltvorfällen, die eine psychische Verletzung nach sich ziehen, bei 12,1 Prozent (Tabelle 6). Drei Berufsgruppen waren dabei besonders betroffen: Beschäftigte in medizinischen Fachberufen oder personenbezogenen Dienstleistungsberufen, Beschäftigte in sozialpflegerischen Berufen und Lehr-

kräfte. Jede fünfte Person aus diesen Berufsgruppen hat infolge eines Schreck- und Gewaltvorfalls mit psychischen Problemen zu kämpfen. Demgegenüber lag der Anteil psychischer Verletzungen nach Schreck- und Gewaltvorfällen bei Beschäftigten in der Pflege und in der Kinderbetreuung bei rund zehn Prozent. Bei Küchen-, Reinigungs- und hauswirtschaftlichem Personal fanden sich keine Verletzungen psychischer Art als Folge von Schreck- und Gewaltvorfällen.

Tabelle 6: Verteilung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen nach Beruf und Art der Verletzung; Berichtsjahre 2018 bis 2022

Berufsgruppe	Art der Verletzung					
	Psychische Verletzung		Physische Verletzung (Prellung, Zerreißung, Fraktur etc.)		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Medizinische Fachberufe, personenbezogene Dienstleistungsberufe	243	30,2	562	69,8	804	100,0
Sozialpflegerische Berufe	502	21,7	1.810	78,3	2.311	100,0
Lehrkräfte	91	20,0	365	80,0	456	100,0
Ärztinnen und Ärzte	30	17,9	138	82,1	168	100,0
Büro-, Verwaltungspersonal	46	13,1	303	86,9	349	100,0
Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Betreuungsberufe im Gesundheitswesen	1.503	11,1	12.040	88,9	13.543	100,0
Kinderbetreuerinnen und -betreuer	636	10,2	5.593	89,8	6.229	100,0
Hilfsarbeitskräfte (unter anderem betreute Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen)	15	1,5	1.001	98,5	1.017	100,0
Küchen-, Reinigungs- und hauswirtschaftliches Personal, Hauswartinnen und Hauswarte	0	0,0	577	100,0	577	100,0
Sonstige Berufe	151	14,2	912	85,8	1.063	100,0
Gesamt	3.216	12,1	23.300	87,9	26.516	100,0

Branchen, in denen Schreck- und Gewaltvorfälle häufiger auftreten

Schreck- und Gewaltvorfälle wurden aus allen Branchen gemeldet. Ihr Anteil schwankt zwischen weniger als einem Prozent und mehr als 30 Prozent. Die meisten Schreck- und Gewaltvorfälle wurden aus den Branchen Beratung und Betreuung sowie Pflege gemeldet (Tabelle 7). Damit haben

sich fast zwei Drittel der Schreck- und Gewaltvorfälle dort ereignet. Auf Kliniken entfielen 14 Prozent der Schreck- und Gewaltvorfälle, auf Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation/Werkstätten und Einrichtungen zur Kinderbetreuung jeweils rund acht Prozent und auf Verwaltung und Bildung jeweils rund zwei Prozent. In Praxen der Human- und Zahnmedizin lag der Anteil dieser Vorfälle bei unter einem Prozent.

Tabelle 7: Verteilung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle im Zusammenhang mit Schreck- und Gewaltvorfällen nach Branche; Berichtsjahre 2018 bis 2022

Branche	Schreck- und Gewaltvorfälle	
	Anzahl	%
Beratung und Betreuung*	9.241	34,9
Pflege*	7.487	28,2
Kliniken	3.703	14,0
Berufliche Rehabilitation und Werkstätten	2.141	8,1
Kinderbetreuung	2.034	7,7
Verwaltung	591	2,2
Bildung	561	2,1
Human- und Zahnmedizin	198	0,7
Sonstige**	560	2,1
Gesamt	26.516	100,0

* Die Zuordnung von Tätigkeitsbereichen zu dieser Branche ist Tabelle 1 zu entnehmen.

** Darunter Tiermedizin, therapeutische Praxen, Pharmazie, Beauty & Wellness, Friseurhandwerk, Schädlingsbekämpfung.

Tabelle 8 zeigt, wie sich der Anteil an Schreck- und Gewaltvorfällen am gesamten Arbeitsunfallgeschehen der jeweiligen Branche darstellt. Der Anteil variiert dabei zwischen 1,3 und 15,1 Prozent und liegt im Durchschnitt bei 7,5 Prozent. In der Branche Beratung und Betreuung haben Schreck- und Gewaltvorfälle einen Anteil von 15,1 Prozent am Unfallgeschehen. Damit nimmt diese Branche den Spitzenplatz ein, gefolgt von der Bildungs-

branche mit 10,3 Prozent. In den Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenpflege und den Kliniken machen Schreck- und Gewaltvorfälle zwischen sieben und acht Prozent des Unfallgeschehens aus und in der Kinderbetreuung und Verwaltung rund sechs Prozent. In der Branche Human- und Zahnmedizin, also Arztpraxen, machen Schreck- und Gewaltvorfälle rund 1,3 Prozent des Unfallgeschehens aus.

Tabelle 8: Meldepflichtige Arbeitsunfälle nach Branche und Art der Abweichung (dichotomisiert: Schreck- und Gewaltvorfälle versus übrige Abweichungen); Berichtsjahre 2018 bis 2022; sortiert nach Prozentwert

Branche	Art der Abweichung					
	Schreck-/ Gewaltvorfälle		Übrige Abweichungen		Gesamt	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Beratung und Betreuung*	9.241	15,1	51.771	84,9	61.013	100,0
Bildung*	561	10,3	4.898	89,7	5.459	100,0
Pflege*	7.487	7,8	88.378	92,2	95.865	100,0
Kliniken	3.703	7,0	49.049	93,0	52.752	100,0
Verwaltung	591	6,0	9.235	94,0	9.827	100,0
Kinderbetreuung	2.141	4,7	43.595	95,3	45.736	100,0
Berufliche Rehabilitation und Werkstätten	2.034	5,6	34.269	94,4	36.303	100,0
Human- und Zahnmedizin	198	1,3	14.538	98,7	14.736	100,0
Sonstige**	560	1,7	31.608	98,3	32.168	100,0
Gesamt	26.516	7,5	327.341	92,5	353.857	100,0

* Die Zuordnung von Tätigkeitsbereichen zu dieser Branche ist Tabelle 1 zu entnehmen.

** Darunter Tiermedizin, therapeutische Praxen, Pharmazie, Beauty & Wellness, Friseurhandwerk, Schädlingsbekämpfung.

Branchen mit besonders betroffenen Tätigkeitsbereichen und Berufsgruppen

Beratung und Betreuung

Die Branche Beratung und Betreuung deckt eine Vielzahl von Tätigkeitsbereichen ab (Tabelle 1): Beratungs- und Betreuungsstellen, stationäre Wohnformen für kranke Menschen und Menschen mit Behinderung sowie stationäre Wohnformen der Kinder- und Jugendhilfe. Die meisten Schreck- und Gewaltvorfälle ereignen sich dabei in stationären Wohnformen für kranke Menschen und Menschen mit Behinderung (41 Prozent), gefolgt von stationären Wohnformen der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe mit 25 Prozent sowie Beratungs- und Betreuungsstellen mit 9,5 Prozent. In der Beratung und Betreuung sind besonders drei Berufsgruppen betroffen: betreuendes Personal in der Heimerziehungspflege und Kinderbetreuung (46,6 Prozent der gemeldeten Schreck- und Gewaltvorfälle dieser Branche), Pflegefach- und Pflegehilfskräfte (27 Prozent) und sozialpflegerische Berufe (12,4 Prozent).

Bildung

Die Branche Bildung setzt sich überwiegend aus Schulen jeglicher Art, Weiterbildungsstätten und Freizeitstätten zusammen (Tabelle 1). Die meisten Schreck- und Gewaltvorfälle kommen dabei in allgemeinbildenden Schulen vor (75,7 Prozent). Jeder fünfte Schreck- und Gewaltvorfall (20,5 Prozent) traf in der Kinderbetreuung tätiges Personal.

Vergleich der Unfallquoten in ausgewählten Tätigkeitsbereichen

Unfallquoten setzen die Zahl der Arbeitsunfälle in Bezug zur Gesamtzahl der **Vollbeschäftigten**. Sie drücken das Unfallrisiko in einzelnen Branchen und Tätigkeitsbereichen aus und machen sie vergleichbar. Unfallquoten werden als „1.000-Mensch-Quote“ ausgegeben.

Tabelle 9 listet die Unfallquoten ausgewählte Tätigkeitsbereiche im Berichtsjahr 2022 auf. In der hier betrachteten Stichprobe aus abhängig Beschäftigten, Unternehmern und Unternehmerinnen waren im Berichtsjahr 2022 insgesamt 5.236 meldepflichtige Arbeitsunfälle mit Schreck- und Gewaltvorfällen zu verzeichnen. Bezogen auf rund 5,4 Millionen Vollbeschäftigte lag das Risiko, einen Arbeitsunfall im Zusammenhang mit einem Schreck- und Gewaltvorfall zu erleiden, im Durchschnitt bei rund einem Vorfall je 1.000 Vollbeschäftigte (Unfallquote 0,97).

Wie hoch das Risiko ist, einen durch Schreck und Gewalt verursachten Arbeitsunfall zu erleiden, hängt vom Tätigkeitsbereich ab: Beschäftigte im Bereich „Stationäre Hilfen für Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Menschen“ waren im Berichtsjahr 2022 einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt (Unfallquote von 4,08 je 1.000 Vollbeschäftigte). Auch für Beschäftigte im Tätigkeitsbereich „Wohneinrichtungen für ältere und pflegebedürftige Menschen“ – hierunter fallen Alten- und Krankenpflegeheime – zeigte sich ein erhöhtes Risiko. In diesem Bereich lag die Unfallquote bei 2,96 je 1.000 Vollbeschäftigte.

Tabelle 9: Unfallquoten ausgewählter Tätigkeitsbereiche und BGW-Gesamt im Jahr 2022

Tätigkeitsbereich	Vollbeschäftigte	Anzahl Fälle	1.000-Mensch-Quote
Einrichtungen zur stationären Hilfe für Menschen mit Behinderungen und psychisch kranke Menschen	186.492	761	4,08
Wohneinrichtungen für ältere und pflegebedürftige Menschen, stationäre Hospize	164.627	487	2,96
Stationäre Wohnformen der Familien-, Kinder-, Jugendhilfe	662.242	1.111	1,68
Ambulante sozialpflegerische Dienste	411.063	457	1,11
Krankenhäuser, Kliniken	642.117	685	1,07
Werkstätten für Menschen mit Behinderungen	354.533	336	0,95
BGW-gesamte Stichprobe	5.417.979	5.236	0,97

Wesentliche Erkenntnisse aus der Analyse der Arbeitsunfälle

- 35 Prozent aller der BGW gemeldeten Arbeitsunfälle mit Schreck- und Gewaltvorfällen ereignen sich in der Beratung und Betreuung, 28 Prozent in der stationären Alten- und Krankenpflege.
- Bezogen auf die Gesamtzahl der Arbeitsunfälle in einer Branche, verzeichnet die Branche Beratung und Betreuung mit 15,1 Prozent den höchsten Anteil an Schreck- und Gewaltvorfällen und die Branche

Bildung mit 10,1 Prozent den zweithöchsten Anteil. In Pflegeeinrichtungen und Kliniken lag dieser Anteil zwischen sieben und acht Prozent.

- Das Risiko, einen Schreck- und Gewaltvorfall zu erleben, war im Berichtsjahr 2022 in Einrichtungen zur stationären Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Menschen vier Mal höher und in stationären Pflegeeinrichtungen für ältere und/oder pflegebedürftige Menschen drei Mal höher als in den anderen Branchen der BGW.

5 Forschungsstudien

In den vergangenen Jahren führte die BGW zwei Studien zu Gewalterlebnissen durch. Für die Untersuchungen wurden Beschäftigte mündlich oder schriftlich zu einem bestimmten Forschungsaspekt befragt und eröffneten damit eine weitere Perspektive auf das Gewaltgeschehen in den Branchen, für die die BGW als Unfallversicherung zuständig ist. Um einen möglichst umfassenden Überblick über das Unfallgeschehen „Schreck und Gewalt“ zu gewinnen, wurden zusätzlich zu den Routinedaten die Ergebnisse dieser Studien in den Bericht einbezogen.

5.1 Studie zum Burnout-Risiko

Wie sehr erhöhen Gewalt- und Aggressionsereignisse bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern das Risiko ein Burnout zu erleiden? Die BGW untersuchte in der Zielgruppe „Beschäftigte in Notaufnahmen“ wie sich gewalttätiges oder aggressives Verhalten von Patientinnen, Patienten und Angehörigen auf die Betroffenen auswirkt.

Hintergrund

Gewalt gegen Beschäftigte in Pflege- und Betreuungsberufen ist ein häufiges Phänomen [21, 35, 43]. Die International Labour Organization [16, S. 3] definiert Gewalt am Arbeitsplatz als „jede Handlung, Begebenheit oder von angemessenem Benehmen abweichendes Verhalten, durch das eine Person im Verlauf oder in direkter Folge ihrer Arbeit schwer beleidigt, bedroht, verletzt oder verwundet wird“. Innerhalb des Pflege- und Gesundheitssektors sind Beschäftigte in Notaufnahmen besonders von Gewaltvor-

fällen betroffen [9, 22, 29]. Sie wiesen in Studien höhere **Prävalenzen** körperlicher (31 Prozent) und nicht körperlicher (62,3 Prozent) Gewalteinwirkung in den vergangenen zwölf Monaten auf als Beschäftigte in den meisten anderen Praxisfeldern (zum Beispiel Grundversorgung mit 7,1 Prozent oder Allgemeinkrankenhaus mit 54,6 Prozent) [22]. Eine **Metaanalyse** berechnete die **Inzidenz** von Gewalt am Arbeitsplatz in der Notaufnahme anhand von Studiendaten, die sich vor allem auf Sicherheitsaufzeichnungen und Meldungen von Vorfällen stützen. Auf 10.000 Fälle in der Notaufnahme kamen durchschnittlich 36 gewalttätige Patientinnen und Patienten (Inzidenz = 0,36 Prozent) [28]. In einer Studie am Universitätsklinikum Frankfurt von März 2017 bis Februar 2018 lag die Inzidenz unter den behandelten Patientinnen und Patienten bei drei Prozent [37]. Die tatsächlichen Zahlen liegen möglicherweise weitaus höher, da Gewaltvorfälle am Arbeitsplatz bei Einsatzkräften in der Notfallmedizin systematisch untererfasst werden. Das belegen mehrere Studien [27, 30].

Beschäftigte selbst beschrieben Gewalt am Arbeitsplatz in **qualitativen Studien** als „normal“ und als Teil des Jobs [31, 40]. Als Risikofaktoren für Gewaltvorfälle in Notaufnahmen gelten zum Beispiel Alkohol und Drogenkonsum, psychiatrische/neurologische Erkrankungen und schmerzhafte Erkrankungen der Patientinnen und Patienten. Auch ein hohes Aufkommen zu behandelnder Personen mit einhergehenden längeren Wartezeiten ist ein Risikofaktor [8, 14, 18]. Neben körperlichen Verletzungen kann sich das Erleben von Gewalt (auch verbaler Gewalt) schwerwiegend negativ auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Betroffenen auswirken [5, 21, 22, 23, 32, 33, 39].

Als Folge von Gewalterlebnissen nannten die Befragten Gefühle von Angst, Irritation, Wut, Depression, Schuld, Demütigung, Hilflosigkeit und Enttäuschung [8, 35]. Beschäftigte in Notaufnahmen, die an einer Studie in den USA teilnahmen, assoziierten die **Exposition** gegenüber verbaler Gewalt (wie Drohungen durch Patientinnen und Patienten) **signifikant** mit Burnout, sekundärem traumatischem Stress und einer geringeren Zufriedenheit mit ihrer helfenden Tätigkeit [5, 7, 10]. In einer Untersuchung bei Beschäftigten in Chile waren 71 Prozent der Befragten von Gewalt betroffen, 10,5 Prozent zeigten Burnout-Symptome. Das Erleben von Gewalt als Opfer war hoch mit emotionaler Erschöpfung und Depersonalisierung assoziiert [17].

Präventionsmaßnahmen können dazu beitragen, dass sich Beschäftigte auf mögliche Gewaltübergriffe gut vorbereitet und somit am Arbeitsplatz sicherer fühlen. Eingeteilt werden die Maßnahmen in Präventions-, Schutz- und Behandlungsansätze. Während Behandlungsansätze darauf abzielen, die negativen Auswirkungen von Gewaltvorfällen zu verringern, sollen Präventions- und Schutzansätze das Risiko von Gewaltübergriffen verringern und den Umgang mit Gewaltvorfällen verbessern [42]. Studien belegen, dass Präventions- und Nachsorgemaßnahmen das Belastungsempfinden und Burnout-Risiko durch Gewaltvorfälle verringern können [35, 39, 41]. In einer Studie zu Gewalt- und Aggressionsübergriffen auf Beschäftigte in Pflege- und Betreuungsberufen in Deutschland wurde deutlich, dass eine gute Vorbereitung der Beschäftigten auf mögliche Gewaltvorfälle durch die Einrichtungsleitung in einem negativen Zusammenhang mit einem hohen Belastungsempfinden stand. Sie kann das Belastungsempfinden also verringern [35]. Besitzen Menschen eine hohe Resilienz kann dies ebenfalls das Wohlbefinden fördern und das Risiko eines Burnout-

Syndroms verringern. Studien wiesen bei Personen mit geringer oder moderater Resilienz höhere Burnout-Werte nach [11, 33].

Die Studie wurde durchgeführt um:

- Zahlen zur Häufigkeit von Gewalt durch Patientinnen, Patienten und Angehörige gegen Beschäftigte in Notaufnahmen in Deutschland zu erheben
- zu untersuchen, wie sich verbale und körperliche Gewalt durch Patientinnen, Patienten oder (deren) Angehörige auf ein job- oder patientenbezogenes Burnout-Risiko und das subjektive Belastungsempfinden auswirkt
- die Rolle der **Resilienz** als persönliche Ressource zu betrachten und zu untersuchen wie eine gute Vorbereitung der Beschäftigten durch die Einrichtungsleitung im Zusammenhang mit einem Burnout-Risiko steht.

Methoden

Die **Querschnittsstudie** wurde als Onlinebefragung durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden über die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) angeworben. Zu den mehr als 1.000 Mitgliedern der DGINA gehören Ärztinnen und Ärzte mit und ohne Leitungsfunktion, Mitarbeitende in der Pflege und im Rettungsdienst sowie Beschäftigte aus nicht medizinischen Berufsgruppen, die aber im Bereich der Notfallmedizin tätig sind. Alle Mitglieder erhielten über den Verteiler der DGINA per E-Mail eine Einladung zur Teilnahme. Der Link zur Onlinebefragung war in der E-Mail enthalten. Die Mitglieder wurden gebeten, an der Befragung teilzunehmen sowie die Einladung mittels Schneeballprinzip an Kolleginnen und Kollegen aus der Notfallmedizin weiterzuleiten.

Die Datenerhebung fand von September bis Dezember 2020 deutschlandweit statt. Die

Studienteilnehmenden mussten mindestens 18 Jahre alt sein, in zentralen Notaufnahmen von Krankenhäusern oder in Rettungs- und Notarzdiensten tätig sein und bei ihrer Arbeit direkten Kontakt zu Patientinnen, Patienten oder deren Angehörigen haben. Teilnehmen konnten Ärztinnen, Ärzte, das Pflege- und Rettungsdienstpersonal sowie nichtmedizinisches Personal (zum Beispiel am Empfang).

Outcomes

Teil A des Onlinefragebogens umfasste soziodemografische Angaben, Teil B Angaben zu Gewaltereignissen, zur Häufigkeit und Art der Vorfälle, zum Ziel der Aggression und zu ergriffenen Maßnahmen, zu Belastungen und körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen sowie zur Unterstützung durch Vorgesetzte oder aus dem Kollegium.

Teil C umfasste Angaben zu Bewältigungsstrategien, Arbeitsfähigkeit und psychischer Gesundheit. Im letzten Teil des Fragebogens wurde erhoben, welche Möglichkeiten Einrichtungen bieten, um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Gewaltereignisse vorzubereiten beziehungsweise sie nach einem Vorfall zu begleiten (zum Beispiel Präventions- und Nachsorgeangebote, Deeskalationstraining, Meldewesen). Leitungskräfte erhielten zusätzlich Fragen zur Krankenhausstruktur, zur Erfassung von Gewaltereignissen sowie zu Schutz- und präventiven Maßnahmen. Der verwendete Gewaltbegriff der Studie entspricht der Definition der International Labour Organization (ILO). Erfragt wurden verbale und körperliche Gewaltvorfälle während der vorangegangenen zwölf Monate verursacht durch Patientinnen oder Patienten sowie durch deren begleitende Angehörige nach Häufigkeiten (nie, einmal im Jahr, einmal im Vierteljahr, einmal im Monat, einmal wöchentlich und täglich). Zusätzlich wurde gefragt, welchen Einfluss die veränderten Zugangsbeschränkungen für Begleit-

personen in Notaufnahmen während der Covid-19-Pandemie auf Gewaltvorfälle hatten.

Burnout

In dieser Studie wurde das Burnout-Risiko mit dem Copenhagen Burnout Inventory (CBI) ermittelt. Es wird laut Kristensen et al. [19] definiert als „das Ausmaß an physischer und psychischer Müdigkeit und Erschöpfung, das von der Person als mit ihrer Arbeit zusammenhängend wahrgenommen wird“. Mit der Skala für arbeitsbezogenes Burnout werden Personen identifiziert, die müde sind und diese Müdigkeit explizit auf arbeitsbezogene Faktoren zurückführen – nicht auf andere Einflüsse wie gesundheitliche Probleme oder familiäre Anforderungen.

Die teilnehmenden Beschäftigten wurden gebeten, auf einer fünfstufigen **Likert-Skala** über das Ausmaß ihrer Erschöpfung Auskunft zu geben. Die Skala reichte dabei von „immer oder in hohem Maße“ bis zu „nie/fast nie“. Die Auskünfte auf der Likert-Skala wurden für jedes Item in zugehörige Punktwerte umgerechnet: von starker Erschöpfung/Belastung („immer“, 100 Punkte) über die drei graduierenden Zwischenstufen 75 Punkte, 50 Punkte, 25 Punkte bis zu keine Erschöpfung/Belastung („nie/fast nie“, 0 Punkte). Anschließend wurden die Items der beiden CBI-Subskalen jeweils gemittelt und ergaben so individuelle Gesamtwerte. Ab einem Gesamtwert von 50 Punkten (maximal erreichbar: 100 Punkte) wird die befragte Person als moderat burnoutgefährdet eingeordnet, ab 75 Punkten als hochgefährdet [6].

Die **Resilienz** wurde mittels des Resilienzfragebogens RS-13 [20] erhoben. Resilienz lässt sich als psychische Widerstandsfähigkeit erklären. Sie bezieht sich auf das Phänomen, dass manche Personen trotz enormer Belastungen und Gesundheitsrisiken gesund bleiben und sich vergleichsweise

besser von Störungen und Krankheiten erholen als andere Personen. Somit kann sie als positives Gegenstück zur Vulnerabilität verstanden werden [20]. Der RS-13 besteht aus 13 Items, die als Aussagen formuliert sind, zum Beispiel „Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch“. Die Items werden auf

einer siebenstufigen Likert-Skala abgefragt. Die Skala ist dabei mit den Punktwerten eins bis sieben versehen, die für die Auswertung addiert werden. Für die Interpretation der Merkmalsausprägung des RS-13 wurden die Punktwerte in die Klassen „niedrig“, „moderat“ und „hoch“ eingeteilt (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Einteilung der Erschöpfung/Belastung (CBI-Skalen) in qualitative Bereiche

Copenhagen Burn-out Inventory (CBI)	Niedrig	Moderat	Hoch
Jobbezogen	0 bis <50	50 bis <75	≥75 bis 100
Patientenbezogen	0 bis <50	50 bis <75	≥75 bis 100
RS-13	13 bis 66	67 bis 72	73 bis 91

Die Einschätzung des Belastungsempfindens und die gefühlte Vorbereitung auf Gewaltvorfälle durch die Einrichtung wurden mittels visueller zehnstufiger Analogskalen erhoben. Für die **ordinalen** Regressionsmodelle wurden diese als dreistufige Variablen mit den Kriterien unzureichend oder niedrig (1 bis 3), mittel (4 bis 7) und gut oder hoch (8 bis 10) zusammengefasst [35].

Statistische Methoden

Die Untersuchung von Risikofaktoren, insbesondere von erlebter verbaler und körperlicher Gewalt, und deren Auswirkung auf Erschöpfung und Belastung erfolgte mittels ordinaler Regressionsmodelle. Potenzielle weitere einflussnehmende Variable (inklusive potenziell protektive

Effekte) sind in den Modellen ebenfalls mit einbezogen. **Odds Ratios** mit zugehörigen 95-Prozent-Konfidenzintervallen (95 %-KI) wurden berechnet, um die Effektschätzer zu quantifizieren. **P-Werte** unterhalb von 0,05 wurden als statistisch signifikant erachtet.

Ergebnisse

Insgesamt haben 349 Beschäftigte (Ärztinnen, Ärzte, Pflegekräfte und Beschäftigte im Rettungsdienst) aus deutschen Notaufnahmen an der Befragung teilgenommen. Darunter waren 115 Führungskräfte (33 Prozent). Die Beschreibung der Studienpopulation ist in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Beschreibung der Studienpopulation (N=349)

Variablen	n	in %
Alter		
20 bis 29 Jahre	100	28,7
30 bis 39 Jahre	98	28,1
40 bis 49 Jahre	80	22,9
50 bis 59 Jahre	59	16,9
Mind. 60 Jahre	11	3,2
Keine Angaben	1	
Geschlecht		
Weiblich	202	57,9
Männlich	146	41,8
Keine Angaben	1	
Beruf		
Ärztin/ Arzt	85	24,4
Gesundheits- und Krankenpflegekraft	208	59,6
Rettungsassistentin/-assistent	25	7,2
Andere	31	8,9
Körperliche Gewalterfahrungen durch Patientinnen/Patienten		
Ja	305	87,4
Nein	42	12,0
Keine Angaben	2	
Körperliche Gewalterfahrungen durch Angehörige		
Ja	225	64,4
Nein	121	34,7
Keine Angaben	3	
Verbale Gewalterfahrungen durch Patientinnen/Patienten		
Ja	339	97,1
Nein	8	2,3

Variablen	n	in %
Keine Angaben	2	
Verbale Gewalterfahrungen durch Angehörige		
Ja	329	94,3
Nein	18	5,2
Keine Angaben.	2	
Belastungsempfinden durch erlebte Gewalt		
Niedrig	68	19,5
Mittel	195	55,9
Hoch	79	22,6
Keine Angaben.	7	
Wie gut Sie sich durch die Einrichtung auf Gewalterfahrungen vorbereitet fühlen		
Unzureichend	159	45,6
Mittel	154	44,1
Gut	34	9,7
Keine Angaben	2	
Unterstützung nach Vorfällen erhalten		
Von Vorgesetzten	86	24,6
Von Kollegen	258	73,9
Von Personen außerhalb der Arbeit	96	27,5
Keine Unterstützung erhalten	71	20,3
Keine Angaben	4	
Resilienz		
Niedrig	101	28,9
Moderat	80	22,9
Hoch	155	44,4

87,4 Prozent der Beschäftigten gaben an, in den vergangenen zwölf Monaten körperliche Gewalt durch Patientinnen, Patienten und 64,4 Prozent körperliche Gewalt durch Angehörige erlebt zu haben. In 97,1 Prozent der Fälle waren die Befragten mit verbaler Gewalt durch Patientinnen oder Patienten und in 94,3 Prozent mit verbaler Gewalt durch Angehörige konfrontiert. Über die Hälfte der Befragten gab an, dass die erlebten Gewaltübergriffe und Aggressionen ihre Arbeit beeinflusst hätten. Als emotionale Folge empfanden 73 Prozent Ärger und 53 Prozent Wut. 40 Prozent fühlten sich hilflos und 26 Prozent berichten von Angstgefühlen. Angebote zum Umgang mit Gewalt in den Einrichtungen sind zum Teil vorhanden: Genannt wurden unter anderem Handlungsanleitungen für den Umgang mit schwierigen Patientinnen und Patienten (27 Prozent), Fallbesprechungen und Supervision (24 Prozent) oder technische Notfallsysteme (31 Prozent). 24 Prozent der Befragten kannten keine Angebote (keine Tabelle). Insgesamt fühlten sich

nur 9,7 Prozent der Beschäftigten durch ihre Einrichtung auf solche Übergriffe gut vorbereitet. Unterstützung nach Gewaltübergriffen erfolgte überwiegend aus dem Kreis des Arbeitsteams (73,9 Prozent). Von den 115 befragten Führungskräften bestätigten 45 (39 Prozent), dass sich ihr Management eindeutig gegen Gewalt positioniere.

Resilienz

Die Frage nach der Resilienz als möglichem pufferndem Effekt für ein Burnout-Risiko ergab: 44,4 Prozent der Befragten verfügen über eine hohe Resilienz, 22,9 Prozent wiesen eine moderate Resilienz auf und bei 28,9 Prozent waren die Resilienzwerte niedrig (Tabelle 11).

Burnout und Belastungsempfinden

Für 42 Prozent der Beschäftigten ergab sich ein moderates bis hohes jobbezogenes Burnout-Risiko. Das patientenbezogene Burnout-Risiko war für 17 Prozent der Befragten moderat bis hoch (Abbildung 3).

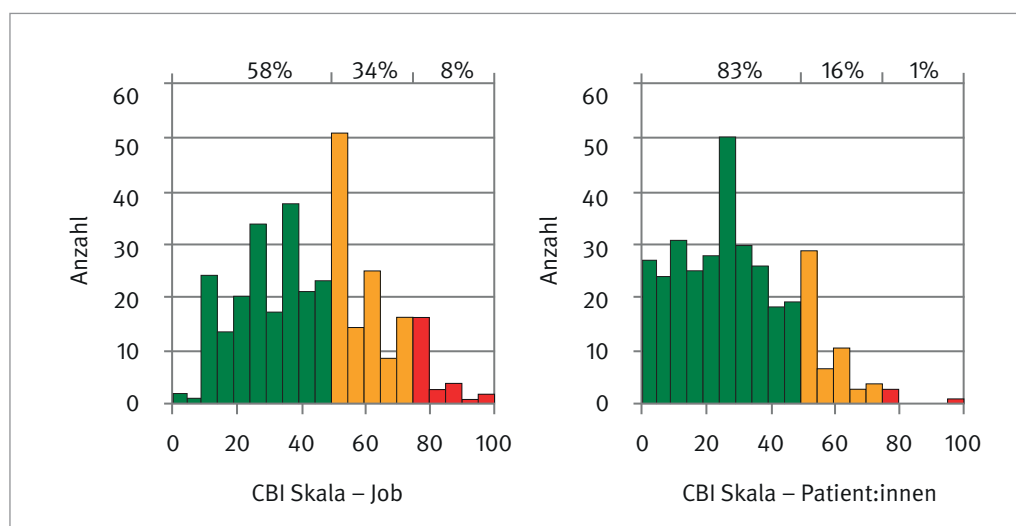


Abbildung 3: Burnout-Risiko – CBI-Skalen zu job- und patientenbezogenem Burnout-Risiko (grün = niedrig; orange = mittel; rot = hoch)

Insgesamt 22,6 Prozent der Beschäftigten fühlten sich durch die erlebte Gewalt hoch belastet (Tabelle 11).

Die Ergebnisse der ordinalen Regressionen zu beiden Burnout-Skalen zeigen, dass sowohl körperliche als auch verbale

Gewalterfahrungen erhöhte Odds Ratios aufweisen. Statistisch waren diese aber nicht signifikant (Abbildungen 4 und 5). Somit wurde die Annahme, ein hohes

Gewalterleben durch Patientinnen, Patienten oder Angehörige sei positiv assoziiert mit dem Burnout-Risiko, nicht eindeutig bestätigt.

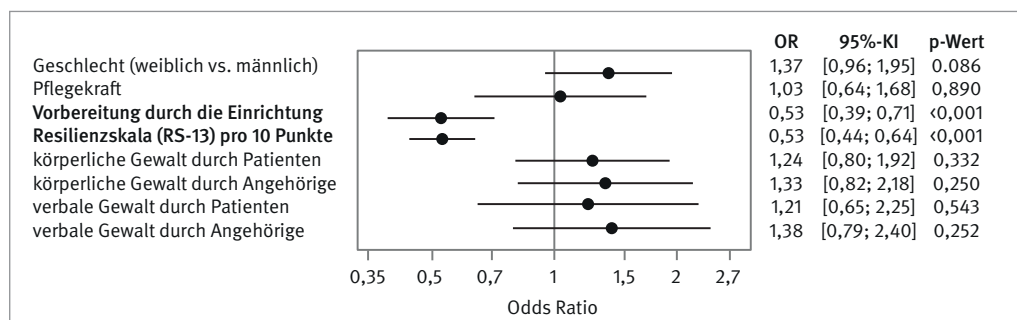


Abbildung 4: Forest-Plot der Ergebnisse der ordinalen Regression für jobbezogenen Burnout

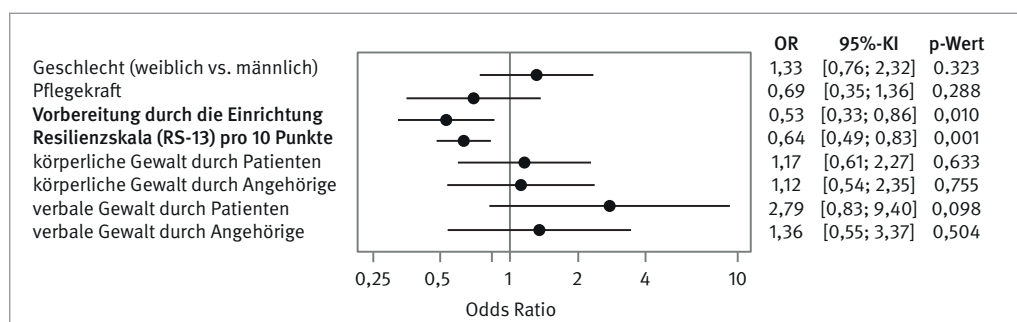


Abbildung 5: Forest-Plot der Ergebnisse der ordinalen Regression für patientenbezogenen Burnout

Der Indikator „Vorbereitung durch die Einrichtung auf Gewaltvorfälle“ lag unter 1 und war damit negativ assoziiert mit dem jobbezogenen Burnout (OR 0,53, 95%-KI 0,39 bis 0,71) und dem patientenbezogenen Burnout (OR 0,53 95 % KI 0,33-0,86). Damit kann er als signifikanter Schutzfaktor für die Beschäftigten gewertet werden. Auch hohe Resilienzwerte zeigten sich als signifikanter Schutzfaktor für beide Burnout-Skalen.

Anhand der Ergebnisse der ordinalen Regression zeigte sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen patientenseitiger Gewalt und einem hohen Belastungsempfinden. Allerdings bestätigten die Ergebnisse die Annahme, dass verbale und körperliche Gewalt durch Angehörige Risikofaktoren für ein hohes Belastungsempfinden sind (OR 1,70 beziehungsweise 1,63). Ebenso bestätigte sich die Annahme, eine gute Vorbereitung durch die Einrichtungen sei ein Schutzfaktor gegen ein hohes Belastungsempfinden (OR 0,77) (Abbildung 6).

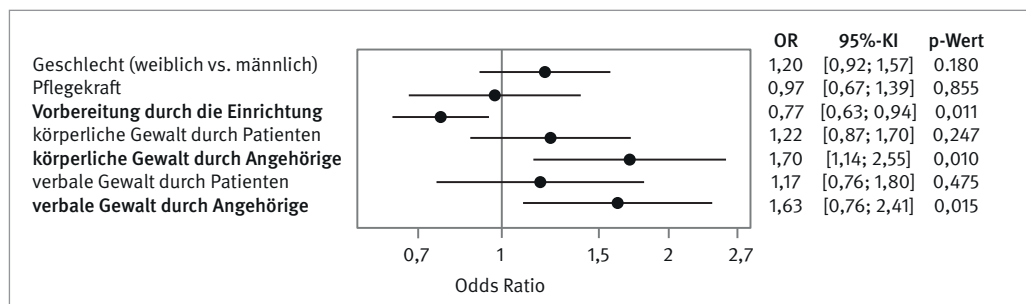


Abbildung 6: Forest-Plot der Ergebnisse der ordinalen Regression für hohes Belastungsempfinden durch erlebte Gewalt

Diskussion

Beschäftigte in Notaufnahmen sind häufig verbaler und körperlicher Gewalt durch Patientinnen, Patienten und Angehörige ausgesetzt. Dies ist in zahlreichen Studien bereits gut dokumentiert [14, 18, 21, 27]. Auch in der von der BGW durchgeführten Studie waren die Prävalenzraten hoch – sowohl von körperlicher Gewalt als auch von verbaler Gewalt. Unterschieden wurde zudem, ob die Gewalt von Patientinnen und Patienten oder von deren Angehörigen ausging. Dies machte sichtbar, dass ein hoher Prozentsatz der körperlichen Gewalt von Angehörigen ausgeht (64,4 Prozent). Der Anteil der verbalen Gewalt lag bei 94 Prozent und war damit nur unwesentlich niedriger als die Angaben zur verbalen Gewalt durch Patientinnen oder Patienten. Diese Datenlage wird in anderen Untersuchungen bestätigt: Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine Studie zur Häufigkeit von Gewaltübergriffen in Notaufnahmen im Oman. Insgesamt 87,4 Prozent der Befragten gaben an, in den letzten zwölf Monaten Opfer von Gewaltübergriffen geworden zu sein. In 84 Prozent der Fälle handelte es sich um verbale Gewalt und in 18,4 Prozent um körperliche Übergriffe. Die Mehrzahl der Übergriffe ging dabei von Angehörigen und Begleitpersonen aus (62,6 Prozent körperliche und 66,7 Prozent verbale Übergriffe) [2]. In einem systematischen Review, basierend auf 104 Studien, wurde die Prävalenz im gesamten Berufsleben gemessen. Dort gaben zwischen 57 und

93 Prozent der im Rettungsdienst und Krankentransport beschäftigten Personen an, im Laufe ihrer beruflichen Karriere mindestens einmal verbale und/oder körperliche Gewalt erlebt zu haben [27]. In einem weiteren Review zur Prävalenz körperlicher Gewalt gegen Beschäftigte im Gesundheitswesen fand sich eine gepoolte Jahresprävalenz körperlicher Übergriffe durch Patientinnen oder Patienten von 19,3 Prozent (95%-KI 16,5 bis 22,5 %) [22].

In der vorliegenden Studie zum Burnout-Risiko untersuchte die BGW inwieweit Gewalterleben (verbal als auch körperlich) – ausgehend von den zu versorgenden Personen oder deren Angehörigen – mit einem Burnout-Risiko sowie einem hohen Belastungsempfinden assoziiert wird.

Insbesondere zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Angehörigenaggression und hohem Belastungsempfinden. Dies deutet auf eine Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit hin. Bezogen auf einen Zusammenhang von Gewalterleben und einem Burnout-Risiko zeigten sich erhöhte Odds Ratios sowohl für die körperliche als auch für verbale Gewalt durch Patientinnen, Patienten und Angehörige. Diese waren jedoch nicht statistisch signifikant.

Inwieweit sich das Gewalterleben am Arbeitsplatz auf ein mögliches Burnout-Risiko auswirkt, wurde ebenfalls bereits in

mehreren Studien untersucht. In der Studie zu Gewaltübergriffen und Burnout in Notaufnahmen in Chile waren die Beschäftigten von Gewaltübergriffen stark betroffen. 71 Prozent der 565 Befragten waren in den vorangegangenen zwölf Monaten Opfer von Gewalt geworden. Ein manifestes Burnout fand sich bei 10,5 Prozent. Opfer eines Gewaltübergriffs geworden zu sein war mit emotionaler Erschöpfung (OR 1,7 95 %-KI 1,1 bis 2,8) und Depersonalisierung (OR 2,0, 95 %-KI 1,3 bis 3,3) assoziiert [17]. In einer Studie aus Palästina war das Erleben körperlicher Gewalt signifikant assoziiert mit einem hohen Burnout-Grad (OR 2,0, 95 %-KI 1,12 bis 3,6, $p = 0,002$). Allerdings war keine Assoziation zwischen verbaler Gewalt und Burnout zu beobachten [12]. In einer Studie aus den USA zeigte sich hingegen, dass gerade die Exposition von verbaler Gewalt signifikanten Einfluss auf Burnout, Arbeitszufriedenheit und sekundären Stress bei Beschäftigten in Notaufnahmen haben kann [5]. Auch in deutschen Rettungsdiensten wurde der Zusammenhang von erlebter Gewalt und der Entwicklung eines Burnouts untersucht. Die Befragten ($N = 358$) wiesen keine erhöhten Burnout-Raten auf, allerdings berichteten 97,5 Prozent, dass sie während ihres Dienstes bereits beleidigt oder bespuckt worden waren. Die Erfahrung, sich bedroht zu fühlen, erwies sich als ein **signifikanter Prädiktor** für emotionale Erschöpfung. Daraus lässt sich folgern, dass spezifische Gewalterfahrungen von Personen, die im Rettungsdienst tätig sind, besonders mit Burnout-Symptomen assoziiert sein können [4]. Diese Ergebnisse zeigen: Gewalt erleben hat Einfluss auf die Beschäftigtengesundheit und kann ein Burnout-Risiko darstellen.

Ressourcen

Darüber hinaus war das Gefühl von Beschäftigten, von ihrer Einrichtung gut auf mögliche Übergriffe vorbereitet worden zu sein, negativ mit dem Burnout-Risiko und einem

hohen Belastungsempfinden assoziiert. In einer Studie zu Gewaltübergriffen auf Beschäftigte in Gesundheitsberufen aus dem Jahr 2019 zeigte sich ebenfalls, dass eine Vorbereitung der Einrichtung auf mögliche Gewaltübergriffe signifikant vor hohem Belastungsempfinden schützen kann [35]. In dieser Studie steht zudem eine hohe Resilienz in einem negativen Zusammenhang mit Burnout. Damit werden Ergebnisse vorhergehenden Studien gestützt [11, 33]. Sie zeigten, dass bei geringer oder moderater Resilienz die Burnout-Werte höher lagen.

Folglich rücken Präventionsmaßnahmen in den Fokus. Die Ergebnisse der aktuellen Studie der BGW tragen zum Wissensstand über den Umgang mit Aggressionen bei. Aus ihnen lässt sich schließen, dass eine gute Vorbereitung durch die Einrichtung dazu beitragen kann, die potenziellen negativen Auswirkungen von Gewalt und Aggressionen auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten zu reduzieren.

Limitationen

Bei der Studie handelt es sich um eine anonyme Onlinebefragung. Aufgrund des Querschnittsdesigns können keine kausalen Beziehungen hergestellt werden. Rekrutiert wurden die Teilnehmenden über einen Befragungslink, der in einem Schneeballsystem über die DGINA verteilt wurde. Daher konnte keine Response-Rate berechnet werden. Dies kann zu einem **Selektionsbias** geführt haben. Allerdings konnte die Befragung so deutschlandweit durchgeführt werden (Definition „Limitationen“ siehe Glossar im Anhang).

In der **Querschnittsstudie** erfolgte die Erfassung der Übergriffe **retrospektiv** über den Zeitraum von zwölf Monaten. Damit kann ein **Recall Bias** nicht ausgeschlossen werden. Auch könnte die Covid-19-Pandemie und die damit einhergegangenen Rahmenbedingungen zu einer Verzerrung geführt haben. Zum

Zeitpunkt der Befragung durften keine Begleitpersonen die Notaufnahmen betreten. Dies hat die Befragung versucht zu berücksichtigen. Gefragt wurde daher explizit nach Gewaltübergriffen vor der Pandemie. Um das Risiko einer Verzerrung weiter zu reduzieren, wurde zusätzlich abgefragt, ob sich die Gewaltvorfälle in der Zeit der Pandemie verändert haben.

Praktische Implikationen

Ein zentraler Gedanke dieser Studie ist die Förderung von Ressourcen, da diese den Mitarbeitenden helfen können, trotz Gewaltübergriffen gesund zu bleiben. In dieser Studie erwiesen sich die Vorbereitung durch die Einrichtung und eine hohe Resilienz als signifikante Schutzfaktoren in Bezug auf das Burnout-Risiko und Belastungsempfinden. Allerdings fühlten sich nur zehn Prozent der Befragten durch ihre Einrichtung gut auf derartige Situationen vorbereitet. Vor diesem Hintergrund wird die Vermittlung von Wissen und Strategien zur Gewaltprävention durch die Einrichtungsleitungen sehr wichtig, wenn es darum geht das Burnout-Risiko und das Belastungsempfinden der Beschäftigten zu mindern. Dass sich laut dieser Studie nur wenige Beschäftigte gut vorbereitet fühlten, lässt vermuten, dass viele Einrichtungsleitungen diese Aufgabe in ihrer Funktion nicht als solche wahrnehmen oder mit ihr überfordert sind. Ein Grund könnte sein, dass klare Positionen gegen Gewalt am Arbeitsplatz auf der Managementebene fehlen. Nur 21 Prozent der Leitungskräfte gaben an, das Management positioniere sich klar gegen Gewalt.

Wird aber das Thema in der obersten Führungsebene nicht ernst genommen und dort keine klare Haltung gegen Gewalt und Aggressionen bezogen, haben es untere Führungsebenen und Beschäftigte schwer, Präventionsangebote oder eine offene Gesprächskultur zu schaffen. Vorgesetzte und Management sollten daher darin geschult werden, die arbeitsbezogenen Res-

ourcen ihrer Beschäftigten zu fördern. Sie können sie zum Beispiel aktiv unterstützen, konkrete Unterstützungsangebote und gezielte Präventionsmaßnahmen wie Resilienzschulungen anbieten und ein offenes Ohr für die Probleme der Beschäftigten haben (emotionale Unterstützung).

Gewaltprävention wird also zu einer wichtigen Führungsaufgabe und trägt wesentlich dazu bei, den Arbeitsplatz sicher zu machen. Dies unterstreicht eine Schweizer Studie. Hier wurde untersucht, welche Sicht Stations- und Pflegedienstleitungen auf die Fähigkeit von Pflgeteams haben, mit Aggressionen von Patientinnen und Patienten sowie Besuchern und Besucherinnen in der klinischen Praxis umzugehen. Auch ihre Sicht auf die damit verbundenen Herausforderungen war Thema der Studie. Pflegedienstleiter und -leiterinnen werden hier als Schlüsselpersonen für die Entwicklung der Effizienz ihrer Teams im Umgang mit Aggressionen von Patientinnen, Patienten und Angehörigen gesehen. Ihre Wahrnehmung von Aggression in der klinischen Praxis, ausgehend von Patientinnen und Patienten oder deren Angehörigen, wurde jedoch nur selten untersucht. Auch Fragen im Zusammenhang mit dem Teammanagement in diesem Kontext sind unzureichend erforscht. Bei der Analyse der Fokusgruppen zeigten sich relevante Themengebiete: organisatorische Sicherheitskultur und Zusammenarbeit, Einflüsse innerhalb des Teams wie Teamkultur, pflegerische Aggression und allgemeine Managementprinzipien und Implikationen für die Führung von Pflegekräften. Folgendes Fazit lässt sich daraus ziehen: Der Umgang mit Aggressionen von Patientinnen, Patienten und Angehörigen ist eine Herausforderung und wichtige Führungsaufgabe und die Fähigkeit eines Teams zur Prävention, Deeskalation und Nachbesprechung nach persönlichen Gewaltvorfällen hängt von ihren Führungskräften ab. Diese werden dahingehend kaum geschult. Sie benötigen mehr Unterstützung, um ihre

Teams in die Lage zu versetzen, effektiv mit patienten- und angehörigenseitigen Aggressionen umzugehen [13]. Der Umsetzung von Richtlinien und Leitlinien innerhalb der Einrichtungen sollte daher eine größere Bedeutung zukommen [13].

Auch wenn die BGW-Studie vermuten lässt, dass die Unterstützung durch Vorgesetzte eine wirksame Ressource sein kann, ist es wichtig, auf eines hinzuweisen: Es sollte eine Hauptaufgabe für Einrichtungsleitungen sein, Aggression und Gewalt, ausgehend von zu betreuenden Personen und deren Angehörigen zu verhindern. Dies sollte auf mehreren Präventionsebenen erfolgen und Maßnahmen sowohl auf der technischen, der organisatorischen als auch der persönlichen Ebene beinhalten. Nach den Leitlinien zur Gewaltprävention am Arbeitsplatz im Gesundheitswesen könnte eine Maßnahme auf der technischen Ebene zum Beispiel ein kontrollierter Zugang zur Zentralen Notaufnahme sein. Während der Covid-19-Pandemie durften Angehörige Patientinnen und Patienten nicht begleiten. Dies verringerte die Besuchszahlen in den Notaufnahmen, was die Beschäftigten dort als positiv erlebten. Eine gute Beleuchtung, komfortable großzügige Wartebereiche, Alarmsysteme sowie Überwachungskameras und Sicherheitspersonal könnten zusätzlich für mehr Sicherheit sorgen. Auf organisatorischer Ebene sind eine ausreichende Personalausstattung, eine offene Kommunikation über Gewalt und Aggressionen, optimierte Arbeitsabläufe und eine gute Dokumentation als wichtige Bausteine zu nennen. Auf der Verhaltensebene gehören Schulungen und Verhaltenstrainings von Mitarbeitenden und Vorgesetzten dazu, die Strategien und Verfahren wie Deeskalationstraining und Selbstverteidigungstechniken umfassen. Diese Maßnahmen können Beschäftigten das Gefühl geben, sicher und kompetent mit kritischen Situationen umgehen zu können. Die Ergebnisse eines systematischen

Reviews aus dem Jahr 2021 stützen dies. Das Review zeigt, dass verhaltensorientierte und multidimensionale Interventionen eine positive Wirkung auf die Reduzierung gewalttätigen Verhaltens von Patientinnen oder Patienten gegenüber dem Personal der Notaufnahme haben und sich die Fähigkeit des Personals, mit Gewaltsituationen umzugehen, verbessert [41].

Fazit

Verbale und körperliche Gewalt- sowie Aggressionsübergriffe auf Beschäftigte in deutschen Notaufnahmen sind sehr häufig. Sie können ein Gesundheitsproblem für die Betroffenen darstellen. Die Aggressionen gehen dabei sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von deren Angehörigen aus. Gewalterleben am Arbeitsplatz kann das Burnout-Risiko und das Belastungsempfinden der Betroffenen erhöhen. Insbesondere die Gewalt durch Angehörige wirkt sich negativ auf das Belastungsempfinden aus. Eine hohe Resilienz oder eine gute Vorbereitung der Beschäftigten auf mögliche Übergriffe erwiesen sich als Schutzfaktoren für das Burnout-Risiko und das Belastungsempfinden. Das Verhalten von Führungskräften spielt eine große Rolle in der Gewaltprävention. Das Management sollte sich eindeutig gegen Gewalt am Arbeitsplatz positionieren und die Ressourcen seiner Beschäftigten und Führungskräfte stärken.

5.2 Studie zu sexualisierter Gewalt und Belästigung

Für das Gesundheits- und Sozialwesen liegen mittlerweile gesicherte Prävalenzzahlen (Betroffenenrate) körperlicher und verbaler Gewaltereignisse vor. [34, 35] Was die Betroffenenrate und das Vorkommen beziehungsweise die Folgen von sexualisierter Gewalt und Belästigung, ausgehend von zu Pflegenden und zu Betreuenden und gerich-

tet gegen das Betreuungs- und Pflegepersonal, betrifft, ist der Kenntnisstand jedoch bisher gering.

Die BGW [1] analysierte die Betroffenenraten und Formen des Auftretens von **nonverbaler**, verbaler und körperlicher sexualisierter Gewalt und Belästigung durch zu Pflegenden und zu Betreuende.

Darüber hinaus wurden Zusammenhänge von sexualisierter Gewalt und Belästigung mit dem Wohlbefinden der Beschäftigten untersucht sowie der Bekanntheitsgrad von Unterstützungsangeboten zur Prävention geprüft.

Beschreibung der Studienpopulation und des Studiendesigns

Die nachfolgend dargestellte **Querschnittstudie** wurde im Jahr 2020 mit Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Sozialwesen

durchgeführt. Es nahmen 60 bei der BGW versicherte Betriebe (Allgemeinkrankenhäuser und Reha-Krankenhäuser, psychiatrische Stationen in den Krankenhäusern, stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen) teil. Die Betriebe befanden sich in den Bundesländern Schleswig-Holstein, Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz.

Von 5.970 verschickten Fragebögen wurden 929 von Beschäftigten ausgefüllt und zurückgeschickt. 901 Fragebögen waren auswertbar, die Rücklaufquote betrug 16 Prozent. Die Befragung richtete sich an Beschäftigte, die im direkten Kontakt zu Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf stehen. Der Frauenanteil lag bei 79,6 Prozent (Tabelle 12). Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmenden betrug 42,62 Jahre (**Standardabweichung** (SD) = 12,84, Spanne: 17 bis 75), und die durchschnittliche Anzahl der Arbeitsstunden pro Woche betrug 32,62 (SD = 8,26, Spanne: 6 bis 60).

Tabelle 12: Stichprobenbeschreibung (N = 901)

	n	in %
Geschlecht (N = 900)		
Weiblich	183	20,3
Männlich	717	79,6
Alter (in Jahren) (N = 889)		
< 29	194	21,8
30 bis 39	181	20,4
40 bis 49	178	20,0
50 bis 59	265	29,8
> 60	71	8,0
Kontakt mit zu Pflegenden und zu Betreuenden (in Jahren) (N = 899)		
> 1 Jahr	869	96,4

	n	in %
< 1 Jahr	30	3,3
Arbeitsbereich/Branche (N = 901)		
Stationäre Pflegeeinrichtungen	292	32,4
Ambulante Pflegeeinrichtungen	107	11,9
Psychiatrische Einrichtungen	81	9,0
Krankenhäuser	115	12,7
Reha-Krankenhäuser	8	0,9
Werkstätten für Menschen mit Behinderungen	168	18,6
Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen	130	14,4
Wochenarbeitszeit (N = 878)		
< 19	52	5,9
20 bis 29	184	21,0
30 bis 39	494	56,2
> 40	148	16,9
Qualifikation (N = 889)		
Examinierte Pflegekräfte	385	42,7
Pflegeassistenzen	98	10,9
Beschäftigte ohne pflegerische Ausbildung	39	4,3
Fachkräfte der Sozialpädagogik	53	5,9
Fachkräfte der Heilerziehung	57	6,3
Ärzte/Ärztinnen	12	1,3
Assistenzärzte/-ärztinnen	32	3,6
Praktikanten/Bundesfreiwilligendienst	7	0,8
Werkstattleitungen	70	7,8
Sonstige Berufe/Aktivitäten	136	15,1
Führungsfunktion (N = 879)		
Ja	189	21,0
Nein	690	76,6

Beschreibung der Messinstrumente

Im Vorfeld der Studie entwickelte das wissenschaftliche Team einen branchenspezifischen Fragebogen (SHBQ-X) zur Messung verschiedener Arten von sexualisierter Gewalt und Belästigung, die gegen Pflege- und Betreuungspersonal gerichtet sind.

Abgefragt wurde der Zeitraum der vorangegangenen zwölf Monate [38]. Der differenzierte Kurzfragebogen mit konkret beobachtbaren Verhaltensweisen enthielt zwölf Aussagen. Es wurden drei Arten von sexualisierter Gewalt und Belästigung durch zu Pflegenden und zu Betreuenden, gerichtet gegen Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen, unterschieden:

1) Nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung

1. Ich war Zeuge sexueller Handlungen (zum Beispiel von Selbstbefriedigung).
2. Ich habe sexuelle Gesten beobachtet.
3. Jemand hat sich in meiner Gegenwart mit einer sexualisierten Absicht entblößt.
4. Ich war Zeuge sexueller Belästigung/Gewalt von Patienten, Klienten, Bewohnern untereinander.

2) Verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung

1. Ich erhielt anzügliche Komplimente.
2. Mir wurden sexuell anzügliche Witze oder Geschichten erzählt.
3. Ich war verbalen sexuellen Anspielungen ausgesetzt.
4. Mir wurden aufdringliche und intime Fragen gestellt (zum Beispiel zu Körpermaßen, Beziehungsstatus, sexuellen Vorlieben).

3) Körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung

1. Ich wurde auf unangenehme, sexualisierte Art und Weise umarmt.
2. Ich wurde auf unangenehme, sexualisierte Art und Weise gestreichelt oder getätschelt.
3. Ich wurde an Stellen berührt, an denen es mir unangenehm war.
4. Ich wurde geküsst (oder es wurde der Versuch unternommen), ohne dass ich es wollte.

Die Aussagen wurden auf einer sechsstufigen Skala bewertet: (1 = „nie“, 2 = „einmal in 12 Monaten“, 3 = „alle paar Monate“, 4 = „alle paar Wochen“, 5 = „alle paar Tage“, oder 6 = „(fast) jeden Tag“).

Erfassung der Beeinträchtigung des Wohlbefindens

Ferner wurden **Indikatoren** für beeinträchtigt-

tes Wohlbefinden durch sexualisierte Übergriffe mit unterschiedlichen Instrumenten erhoben:

- Die emotionale Erschöpfung als ein Aspekt von Burnout wurde mit sieben Aussagen des Maslach Burnout Inventory erfasst [24]. Ein Beispiel-Item ist: „Ich fühle mich von meiner Arbeit ausge- laugt.“ Die Antworten wurden auf einer sechsstufigen Skala bewertet (1 = „nie“ bis 6 = „mehrmals pro Woche“).
- Als zweiter Indikator für beeinträchtigt- es Wohlbefinden wurde die Depressivität im nichtklinischen Kontext mit acht Aussa- gen [25] erhoben. Ein Beispiel-Item ist: „Ich habe traurige Stimmungen.“ Auf einer siebenstufigen Skala (1 = „nie“ bis 7 = „fast immer“) erfolgte die Bewertung.
- Der dritte Indikator erfasste psychoso- matische Beschwerden im nicht klini- schen Kontext. Eine Beispielfrage ist: „Haben Sie Kopfschmerzen?“. Die Skala von Mohr und Müller [26] erfasste die Antworten in fünf Stufen (1 = „nie“ bis 5 = „fast täglich“).

Erfassung der Angebote zur Prävention und Nachsorge in den Betrieben

Ermittelt wurde, welche Unterstützungsan- gebote zur Prävention und Nachsorge von

sexualisierter Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz in den Einrichtungen bekannt sind. Mehrfachnennungen waren möglich:

- „Welche der folgenden Präventions- oder Nachsorgeangebote zur Prävention oder Nachsorge von sexualisierter Belästi- gung sind Ihnen in Ihrer Organisation bekannt?“ (Beispiele: Unterstützungsan- gebote, betriebliche Schutzkonzepte, Beschwerdestelle nach dem AGG)

Informationen zu den statistischen Auswer- tungsmethoden befinden sich in der Publi- kation Adler et al. [1].

Ergebnisse

Rate der von sexualisierter Belästigung Betroffenen im Gesundheits- und Sozi- alwesen

Die branchenspezifischen Betroffenenraten, das heißt die Raten derjenigen, die in den vor- angegangenen zwölf Monaten nonverbale, verbale und körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz erlebt haben, sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Häufigkeiten von sexualisierter Gewalt und Belästigung im Gesundheits- und Sozialwesen

Bereiche	Nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung		Verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung		Körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Stationäre Pflegeeinrichtungen (n=292)	181	62,5	198	69,0	153	53,0
Ambulante Pflegeeinrichtungen (n=107)	50	48,1	74	70,5	53	50,5

Bereiche	Nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung		Verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung		Körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Psychiatrische Einrichtungen (n=81)	53	66,2	54	68,3	30	38,0
Krankenhäuser (n=123)	61	50,3	92	75,9	57	47,0
Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (n=168)	123	73,6	103	62,0	77	46,9
Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (n=130)	89	69,0	74	57,7	63	49,5
Gesamt	557	62,5	595	67,1	433	48,9

Die Ergebnisse¹ (siehe Tabelle 13) zeigen, dass 62,5 Prozent aller Befragten nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung erlebt haben. 67,1 Prozent erlebten verbale Gewalt und Belästigung und 48,9 Prozent körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung durch zu Pflegende und zu Betreuende am Arbeitsplatz. 69,7 Prozent der männlichen Befragten und 60,7 Prozent der weiblichen Befragten erlebten nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung. Verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung erlebten 59,1 Prozent der Teilnehmer und 69,2 Prozent der Teilnehmerinnen. Die Rate der von körperlicher sexualisierter Gewalt und Belästigung Betroffenen betrug bei den Männern 41,7 Prozent und bei den Frauen 50,7 Prozent. Somit waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Betroffenenraten signifikant ($p = 0,01/p = 0,03$).

Die Rate der von nonverbaler, verbaler und körperlicher sexualisierter Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz Betroffenen war in den verschiedenen Sektoren des Gesundheits- und Sozialwesens unterschiedlich hoch. Die Rate der von der nonverbaler sexualisierter Gewalt und Belästigung Betroffenen reichte von 48,1 Prozent in ambulanten Pflegediensten bis zu 73,6 Prozent in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Was die verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung anbelangt, so wiesen Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen die niedrigste Betroffenenrate (57,7 Prozent) auf. In Krankenhäusern hatten 75,9 Prozent der Beschäftigten in den vorangegangenen zwölf Monaten verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung erlebt. Die Rate der von der körperlicher sexualisierter Gewalt und Belästigung Betroffenen war in psychiatrischen Einrichtungen am niedrigsten (38,0 Prozent) und die höchste Rate wurde von Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen berichtet (53,0 Prozent).

.....
¹ Angaben beziehen sich auf die letzten 12 Monate.

Vergleich der Häufigkeit von sexualisierter Gewalt und Belästigung in unterschiedlichen Branchen des Gesundheits- und Sozialwesens

Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen erlebten nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung (Mittelwert = 2,15) signifikant häufiger als der Durchschnitt der Beschäftigten in anderen Bereichen. In ambulanten Pflegediensten (Mittelwert = 1,46) und Krankenhäusern (Mittelwert = 1,44) waren die durchschnittlichen Werte für nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung deutlich niedriger als in den anderen Branchen. In stationären Pflegeeinrichtungen (Mittelwert = 2,09) und ambulanten Pflegediensten (Mittelwert = 2,22) kam verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung signifikant häufiger vor als in den anderen Bereichen. Es gab keinen signifikanten Unterschied im Mittelwert der verbalen sexualisierten Gewalt und Belästigung zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (Mittelwert = 1,69) wurden signifikant seltener verbal sexualisiert belästigt als Beschäftigte in den anderen Bereichen. Körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung war in psychiatrischen Einrichtungen (Mittelwert = 1,31) und Krankenhäusern (Mittelwert = 1,38) signifikant seltener als in den anderen Branchen.

Branchenspezifische Muster – Häufigkeit nonverbaler, verbaler und körperlicher sexualisierter Belästigung

Die vorherrschende Form der sexualisierten Gewalt und Belästigung (nonverbal, verbal oder körperlich) variierte je nach Branche. In Werkstätten für Menschen mit Behinderungen fand nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung deutlich häufiger statt als die anderen Formen der sexualisierten Gewalt und Belästigung. Dieses Muster war nur in Werkstätten zu beobachten, nicht in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen. In der Pflege (stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste) und in Krankenhäusern fand verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung signifikant häufiger statt als die anderen Formen der sexualisierten Gewalt und Belästigung. In stationären Pflegeeinrichtungen wurde verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung häufiger erlebt als nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung und nonverbale sexualisierte Belästigung häufiger als körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung. Daraus ließ sich eine Rangfolge ableiten. In der Psychiatrie und in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen traten verbale und nonverbale sexualisierte Belästigungen signifikant häufiger auf als körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung.

Zusammenhänge zwischen sexualisierter Belästigung und Beeinträchtigung des Wohlbefindens

Tabelle 14 zeigt die Zusammenhänge zwischen drei Formen der sexualisierten Gewalt und Belästigung (nonverbal, verbal und körperlich) ausgehend von zu Pflegenden und zu Betreuenden und gerichtet gegen Beschäftigte im Sozial- und Gesundheitswesen und der Beeinträchtigung des Wohlbefindens:

Alle drei Formen (Tabelle 14) der sexualisierten Gewalt und Belästigung wiesen in relativ

ähnlichem Ausmaß signifikante Zusammenhänge mit der Beeinträchtigung des Wohlbefindens der betroffenen Personen auf. Die Korrelationen (r) mit Indikatoren für beeinträchtigtes Wohlbefinden reichten von $r = 0,13$ bis $r = 0,22$ für nonverbale, $r = 0,21$ bis $r = 0,28$ für verbale und $r = 0,17$ bis $r = 0,25$ für körperliche sexualisierte Gewalt und Belästigung. Die Korrelationen aller Formen der sexualisierten Gewalt und Belästigung waren geringfügig stärker mit emotionaler Erschöpfung ($r = 0,22$ bis $r = 0,28$) als mit Depressivität und psychosomatischen Beschwerden ($r = 0,13$ bis $r = 0,21$ / $r = 0,13$ bis $r = 0,25$).

Tabelle 14: Zusammenhänge zwischen sexualisierte Gewalt und Belästigung und Beeinträchtigung des Wohlbefindens

	Emotionale Erschöpfung	Depressivität	Psychosomatische Beschwerden
Nonverbale sexualisierte Gewalt und Belästigung	0,22*	0,13*	0,13*
Verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung	0,28*	0,21*	0,25*
Körperlich sexualisierte Gewalt und Belästigung	0,25*	0,17*	0,18*

N=901, sexualisierte Gewalt und Belästigung, ausgehend von zu Pflegenden und zu Betreuenden, gerichtet gegen Beschäftigte im Sozial- und Gesundheitswesen

* $p < 0,001$

Bekanntheit von Unterstützungsangeboten zur Prävention von sexualisierter Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz und zur Rehabilitation nach solchen Vorfällen

Der Bekanntheitsgrad der Unterstützungsangebote ist unterschiedlich hoch (Tabelle 15). 6,8 Prozent der Studienteilnehmenden

gaben an, dass Informationsgespräche angeboten werden, 30,6 Prozent nannten Fallbesprechungen und Supervision als Maßnahmen in ihrer Einrichtung und 3,8 Prozent gaben an, dass in ihrer Einrichtung andere Maßnahmen angeboten werden. 32,5 Prozent der Teilnehmenden waren keine Maßnahmen bekannt.

Tabelle 15: Ergebnisse zur Bekanntheit von Unterstützungsangeboten zur Prävention von sexualisierter Gewalt und Belästigung in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen und zur Nachsorge nach solchen Vorfällen

Wahrgenommene Angebote	n	in %
Leitlinien/Guidelines/Schutzkonzepte	221	24,5
Schulungen und Trainings im Umgang mit sexualisierter Belästigung am Arbeitsplatz	264	29,3
Beschwerdestelle nach AGG*	111	12,3
Informationsmaterial	153	17,0
Umgang mit sexualisierter Belästigung als Ausbildungsinhalt in den Ausbildungsberufen/Studium	160	17,8
Fallbesprechung/Supervision	276	30,6
Deeskalationstrainings für den Umgang mit sexualisierter Belästigung	161	17,9
Innerbetriebliche Betreuung nach einem Ereignis durch Sozialdienst/ Seelsorge etc.	149	16,5
Behandlung des Themas in der Unterweisung	61	6,8
Andere Maßnahmen	34	3,8
Keine Maßnahmen bekannt	293	32,5

N=901, Mehrfachantworten möglich

* Allgemeines Gleichbehandlungsgesetzes (AGG)

Zusammenfassung

Sexualisierte Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz werden häufig unterschätzt. Die Studie zeigt, dass das Risiko, sexualisierte Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz zu erleben, im Gesundheits- und Sozialwesen besonders hoch ist. Dies deckt sich mit früheren Ergebnissen [36]. Betroffen sind Frauen wie Männer, doch gibt es branchenspezifisch deutliche Unterschiede. Neben körperlicher sexualisierter Gewalt und Belästigung müssen auch nonverbale und verbale sexualisierte Gewalt und Belästigung durch zu Pflegende und zu Betreuende in den Einrichtungen differenziert betrachtet werden.

In Pflegeberufen besteht aufgrund der intimen Nähe beim Verrichten der notwendigen Pflegeleistungen die Gefahr von Grenzüberschreitungen durch zu Pflegende und zu Betreuende. Wiederum kann das berufliche Rollenverständnis von Beschäftigten im Sozial- und Gesundheitswesen beziehungsweise ihr Anspruch an berufliche Professionalität – auch im Umgang mit schwierigen Situationen – zur Folge haben, dass sie sexualisiertes Verhalten erdulden und als unvermeidbaren Teil ihrer Tätigkeit empfinden. Dieser Aspekt der Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen macht es in Einrichtungen umso wichtiger, eine klare Linie zwischen Grenzverletzungen und sexualisierter Gewalt und Belästigung zu ziehen. Viele Formen der sexualisierten Gewalt und Belästigung werden nur von etwa zwei Dritteln der Betroffenen als solche interpretiert [3]. Deshalb ist es besonders wichtig, nach konkret beobachtbaren Verhaltensweisen, die Ausdruck von sexualisierter Gewalt und Belästigung sind, zu fragen und nicht nur nach individuellen Interpretationen. Die Unterscheidung zwischen nonverbalen, verbalen und körperlichen Formen der sexualisierten Gewalt und Belästigung ist eine gute Orientierung, um

in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen Maßnahmen zu entwickeln.

Die Entwicklung von Maßnahmen sollte drei Absichten verfolgen:

1. Bewusstsein für das Thema schaffen und dafür sensibilisieren (Beobachten/Watch)
2. Nachsorgemaßnahmen einführen (Schützen/Protect)
3. Präventionsmaßnahmen vorschlagen (Vorbeugen/Prevent)

Präventionsmaßnahmen sowie Schutz- und Betreuungsangebote sollten sich gleichermaßen an Frauen und Männer richten und nach der Art der sexualisierten Gewalt und Belästigung sowie Branche differenzieren. Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass die Beschäftigten oft nicht wissen, welche Angebote zur Prävention von sexualisierter Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz und zur Nachsorge es gibt.

Empfehlung

Die BGW empfiehlt, in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der sozialen Betreuung ein umfassendes Managementkonzept für die Prävention von sexualisierter Gewalt und Belästigung am Arbeitsplatz und die Nachsorge zu etablieren. Dabei sind diese drei Ebenen zu berücksichtigen: Beobachten, Schützen und Vorbeugen. Das Konzept sollte auf einer klaren Position des Unternehmens gegen sexualisierte Gewalt und Belästigung beruhen, einschließlich Leitbildern und Unternehmens- oder Dienstvereinbarungen zum Umgang mit sexualisierter Gewalt und Belästigung. Dabei sollte der Begriff „sexualisierte Gewalt und Belästigung“ klar definiert sein und die verschiedenen Formen sexualisierter Belästigung deutlich benannt werden (1. Bewusstsein für das Thema schaffen und dafür sensibilisieren – Beobachten/Watch). Die Durchsetzung und Überprüfung der Einhaltung von Vereinbarungen und Verfahrensregeln müssen

ebenfalls geklärt werden (zum Beispiel ein Notfallplan oder die Nachsorge). Es sollte ein Beschwerdeverfahren eingerichtet und konkret geregelt werden. Ein solches Verfahren sollte Aspekte wie Schweigepflicht und Anonymität, Neutralität und Weisungsunabhängigkeit der Beschwerdestelle sowie die Dokumentation von Beschwerden beinhalten (2. Nachsorgemaßnahmen einführen – Schützen/Protect). Für die Prävention sexualisierter Belästigung am Arbeitsplatz eignen sich regelmäßige und verpflichtende Schulungen, um Beschäftigte für diese Thematik zu sensibilisieren sowie die Anpassung von Arbeitsabläufen (3. Präventions-

maßnahmen vorschlagen – Vorbeugen/Prevent). Rechte, Pflichten und Handlungsstrategien sollten in den Einrichtungen aktiv kommuniziert und von allen Beteiligten (Beschäftigte, Führungskräfte, Einrichtungsleitung/Geschäftsführung, betriebliche Interessenvertretung) akzeptiert werden.

Diskussion

Eine methodisch-wissenschaftliche Diskussion der Studienergebnisse wurde bei Adler et al. [1] veröffentlicht.

Glossar

- 7%-Stichprobe:** Für die Auswertung des Unfallgeschehens werden aus dem Gesamt der meldepflichtigen Unfälle eines Meldejahres sieben Prozent der Fälle ausgewählt. Diese sogenannte 7%-Stichprobe rekrutiert sich aus Versicherten, deren Geburtstag auf einen zehnten oder elften Tag eines Monats fällt.
- Arbeitsunfall:** Ein Arbeitsunfall ist ein Unfall, den eine Beschäftigte oder ein Beschäftigter bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit innerhalb und außerhalb der Arbeitsstätte erleidet. Zu den Arbeitsunfällen zählen auch Unfälle, die sich auf dem Weg zwischen Wohnung und dem Ort der versicherten Tätigkeit ereignen (Wegeunfälle).
- Dienstwegeunfall:** Als ein Dienstwege- oder Betriebswegeunfall wird ein Unfall bezeichnet, der sich auf all jenen Wegen ereignet, die eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer im direkten Auftrag des Unternehmers oder der Unternehmerin erledigt, zum Beispiel zwischen Betrieb und Außenarbeitsplatz oder auf einer mit der Arbeit verbundenen Dienstreise.
- Durchgangsärzte/-ärztinnen:** Durchgangsärzte/-ärztinnen sind besonders qualifizierte und medizinisch-technisch ausgestattete Chirurginnen und Chirurgen oder Orthopädinnen und Orthopäden mit umfassender unfallmedizinischer Erfahrung. Sie entscheiden, ob eine allgemeine Heilbehandlung bei Hausärztin beziehungsweise Hausarzt durchgeführt wird oder wegen Art oder Schwere der Verletzung eine besondere Heilbehandlung einzuleiten ist, die diese dann regelmäßig selbst durchführen.
- Forest-Plot:** Bezeichnet einen speziellen, meist äußeren Einfluss, dem Personen unterliegen/ausgesetzt sind und von dem eine Wirkung auf beziehungsweise ein Zusammenhang zu einem untersuchten/betrachteten Gesundheitsproblem angenommen wird. Zur Bewertung eines Risikofaktors werden die Exponierten (die, bei denen dieser Risikofaktor vorliegt) mit den Nichtexponierten bezüglich des Eintretens der untersuchten Erkrankung/Betroffenheit verglichen.
- Indikator:** Ein Indikator zeigt das Vorhandensein eines Sachverhalts an, der nicht direkt beobachtbar ist. Im Rahmen der Evaluation wird die Bestimmung von Indikatoren nötig, wenn ein Kriterium so komplex ist, dass sein Vorliegen nicht unmittelbar beobachtet werden kann (wie zum Beispiel bei „Gesundheitsbewusstsein“).

Konfidenzintervall:	Das Konfidenzintervall (KI) ist ein mithilfe statistischer Methoden berechneter Wertebereich, der den gesuchten wahren Wert (zum Beispiel Mittelwert oder Odds Ratio) mit einer vorab definierten Wahrscheinlichkeit überdecken wird. Wie hoch diese Wahrscheinlichkeit sein soll, legt man mit dem Konfidenzniveau fest. Meist wird ein Konfidenzniveau von 95 Prozent gewählt (95%-KI). Das besagt, dass in 95 von 100 durchgeführten Studien das KI den wahren Wert überdecken wird. Angegeben werden jeweils die untere und die obere Konfidenzgrenze. Enthält ein Vertrauensbereich den Wert des „Nulleffekts“ (zum Beispiel Odds Ratio = 1), so kann man von einem „statistisch nicht signifikanten“ Ergebnis ausgehen. Liegt das Konfidenzintervall für das Odds Ratio vollständig unterhalb der 1, wird dies als protektiver Effekt interpretiert, liegt das KI vollständig oberhalb der 1 wird dies als Risikoerhöhung interpretiert.
Likert-Skala:	Verfahren, mit dem persönliche Einstellungen gemessen werden. Die Likert-Skala besteht aus mehreren sogenannten Items. Diese erfassen den Grad der Zustimmung oder Ablehnung der Befragten erfassen. Die Befragten können also auf einer mehrstufigen Antwortskala angeben, wie sehr sie eine Aussage ablehnen oder ihr zustimmen.
Limitationen:	Einschränkungen und Grenzen, auf die die untersuchende Person während des Verfassens der wissenschaftlichen Arbeit gestoßen ist. Sie sind ein wichtiger Bestandteil der Diskussion einer wissenschaftlichen Arbeit. Denn durch sie wird eventuell das Testergebnis und die Arbeit wesentlich beeinflusst.
Meldepflichtiger Unfall:	Ein Arbeits- oder Wegeunfall, der eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen nach sich zieht oder sogar zum Tod führt.
Nonverbal:	Kommunikation durch Gestik, Mimik oder optische Zeichen
Odds:	Risikomaße
Odds Ratio:	Das Odds Ratio (OR, Chancenverhältnis) wird als Maß für den Zusammenhang von zwei oder mehreren Merkmalen angegeben. Es handelt sich um ein Assoziationsmaß, bei dem zwei Chancen miteinander verglichen werden. Ein Chancenverhältnis von genau 1 bedeutet, dass es keinen Unterschied in den Chancen (zum Beispiel zu erkranken oder geheilt zu werden) gibt; ein OR von über 1 besagt, dass die Chancen der exponierten Gruppe größer sind und ein OR von unter 1 besagt, dass die Chancen der exponierten Gruppe kleiner sind.

Ordinal:	Eine Variable kann als ordinal behandelt werden, wenn ihre Werte für Kategorien stehen, die eine natürliche Reihenfolge aufweisen (zum Beispiel Grad der Zufriedenheit mit Kategorien von sehr unzufrieden bis sehr zufrieden).
p-Wert:	Gibt die Wahrscheinlichkeit an, dass das beobachtete Ergebnis oder ein noch extremeres Ergebnis eintritt, wenn die Nullhypothese wahr ist. Mithilfe des p-Werts wird entschieden, ob die Nullhypothese beibehalten oder abgelehnt wird. Ist der p-Wert kleiner als das festgelegte Signifikanzniveau (oft fünf Prozent), wird die Nullhypothese abgelehnt, sonst nicht.
Prädiktor:	Ist in der Statistik eine Variable beziehungsweise ein Merkmal, das man dazu nutzt, um eine andere Variable (das sogenannte Kriterium) vorherzusagen/zu prognostizieren.
Prävalenz:	Die Prävalenz beziffert, wie viele Menschen einer Gruppe insgesamt an einer bestimmten Erkrankung leiden.
Qualitative Studien:	Das Ziel qualitativer Studien ist, mittels gesammelter Daten auf neue Ideen zu kommen und neue Hypothesen zu entwickeln.
Querschnittstudie:	Sie lässt sich als „Momentaufnahme“ beschreiben. Bei ihr wird eine bestimmte Gruppe ein einziges Mal untersucht. Zum Beispiel könnte man zu einem bestimmten Zeitpunkt bei 1.000 Menschen einer Stadt das Rauchverhalten erfragen. Querschnittstudien dienen in der Regel dazu, einen groben Eindruck von einem Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt zu bekommen. In der epidemiologischen Forschung helfen sie, Theorien aufzustellen, die anschließend durch andere Studientypen bewiesen oder widerlegt werden können.
Recall Bias:	Oder auch Erinnerungsverzerrung, bezeichnet im Sinne einer kognitiven Verzerrung eine Fehlerquelle vor allem in retrospektiven Studien.
Regression:	Ist im epidemiologischen Sinne im Unterschied zum Gleichgewicht oder einer Epidemie eine Verminderung des Bestands an Erkrankten/Betroffenen (siehe auch Prävalenz); ist ein statistisches Verfahren zur Analyse von Zusammenhängen.
Resilienz:	Fähigkeit von Personen oder Gemeinschaften, schwierige Lebenssituationen wie Krisen oder Katastrophen ohne dauerhafte Beeinträchtigung zu überstehen.

Retrospektiv:	Im Gegensatz zu „prospektiv“ wird ein Problem im Nachhinein, also rückwirkend vom Zeitpunkt der Untersuchung aus gesehen, betrachtet. Retrospektive Studien sind eine Form von epidemiologischen Studien.
Risikofaktor:	Risikofaktoren sind bestimmte Gegebenheiten, die die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass eine Erkrankung auftritt. Risikofaktoren können Verhaltensweisen sein wie etwa das Rauchen.
Selektionsbias:	Verzerrung aufgrund ungleicher Zusammensetzung der Vergleichsgruppen, wenn also zum Beispiel eine Gruppe älter oder schwerer erkrankt ist als die andere.
Signifikant:	Bedeutend, wichtig, herausragend. „Signifikant“ kann mit „interpretationswürdig“ übersetzt werden und ist eine Eigenschaft des Ergebnisses statistischer Tests. Diese Tests stellen quasi fest, ob ein Ergebnis/ein Unterschied von statistisch ermittelten Werten von oder zwischen mehreren Teilen der Gesamtheit einer Stichprobe rein zufällig zustande gekommen sein kann. Wenn die Wahrscheinlichkeit dafür sehr gering ist, geht man von wirklichen Unterschieden aus, die dann inhaltlich interpretiert werden (dürfen). Das Signifikanzniveau (gebräuchlich sind fünf beziehungsweise ein Prozent – bei Letzterem spricht man von „hochsignifikant“) bestimmt, mit welcher Sicherheit dieses Ergebnis/dieser Unterschied kein Zufall ist.
Signifikanter Prädiktor:	Wichtiges Merkmal, Variable.
Standardabweichung:	Ist ein anschauliches Maß für die Streuung der Messdaten um den Mittelwert.
Stichprobe:	Eine Auswahl von Personen oder Objekten aus einer Grundgesamtheit, die die Grundgesamtheit repräsentiert. Von den Daten einer Stichprobe kann mithilfe von Statistik auf die Grundgesamtheit rückgeschlossen werden. Diese umfasst alle Personen oder Objekte, über die etwas herausgefunden werden soll.
Tödliche Unfälle:	Als tödliche Unfälle werden diejenigen Fälle gezählt, bei denen sich der Unfall im Berichtsjahr ereignet hat und der Tod innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall eingetreten ist.
Unfallrente (neue):	Die Unfallquote wird als Maßstab für den Vergleich von Arbeitsunfällen verwendet. Zur Berechnung der branchenspezifischen Unfallquote werden die absoluten Arbeitsunfallzahlen in dieser Branche zur Zahl der Vollbeschäftigten ins Verhältnis gesetzt.

Versicherungsverhältnis:

Ein Versicherungsverhältnis ist jedes nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) begründete Versicherungsverhältnis, wobei bei einer Person Mehrfachversicherung vorliegen kann, zum Beispiel als abhängig Beschäftigter oder Beschäftigte, als ehrenamtlich Tätiger oder Tätige oder zeitweilig zusätzlich wenn ein Person Blut spendet. Gewichtet nach den unterschiedlichen Anteilen bei verschiedenen Versicherungsverhältnissen erfolgt die Berechnung einer Bezugsgröße (gewichtetes Versicherungsverhältnis) – dies kommt zum Beispiel häufig infolge von Teilzeitbeschäftigung vor.

Vollbeschäftigte:

Der oder die Vollbeschäftigte ist eine statistische Rechengröße und dient zur Berechnung der Unfallquote. Ein Vollbeschäftigter oder eine Vollbeschäftigte entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person im produzierenden Gewerbe und Dienstleistungsbereich tatsächlich geleisteten Arbeitsstundenzahl pro Jahr. Die Größe spiegelt damit die Expositionszeit gegenüber Arbeitsunfällen wider. Zur Beurteilung des durchschnittlichen Unfallrisikos werden die Arbeitsunfälle auf je 1.000 Vollbeschäftigte bezogen. Das Ergebnis dieser Rechnung wird als Unfallquote bezeichnet.

Literaturverzeichnis

- [1] Adler, M.; Vincent-Höper, S.; Vaupel, C.; Gregersen, S.; Schablon, A.; Nienhaus, A. (2021): Sexual Harassment by Patients, Clients, and Residents: Investigating Its Prevalence, Frequency and Associations with Impaired Well-Being among Social and Healthcare Workers in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18.
- [2] Al-Maskari, S.A.; Al-Busaidi, I.S.; Al-Maskari, M.A. (2020): Workplace violence against emergency department nurses in Oman: a cross-sectional multi-institutional study. *Int Nurs Rev* 2020, 67, 249-257, doi:10.1111/inr.12574.
- [3] Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021): Was tun bei sexueller Belästigung am Arbeitsplatz? Leitfaden für Beschäftigte, Arbeitgeber und Betriebsräte. Berlin.
- [4] Braun, D.; Reifferscheid, F.; Kerner, T.; Dressler, J.L.; Stuhr, M.; Wenderoth, S.; Petrowski, K. Association between the experience of violence and burnout among paramedics. *Int Arch Occup Environ Health* 2021, 94, 1559-1565, doi:10.1007/s00420-021-01693-z.
- [5] Copeland, D.; Henry, M. (2018): The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. *Int Emerg Nurs* 2018, 39, 26-32, doi:10.1016/j.ienj.2018.01.006.
- [6] Creedy, D.K.; Sidebotham, M.; Gamble, J.; Pallant, J.; Fenwick, J. (2017): Prevalence of burnout, depression, anxiety and stress in Australian midwives: a cross-sectional survey. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017, 17, 13, doi:10.1186/s12884-016-1212-5.
- [7] Crowe, R.P.; Bower, J.K.; Cash, R.E.; Panchal, A.R.; Rodriguez, S.A.; Olivo-Marston, S.E. (2018): Association of Burnout with Workforce-Reducing Factors among EMS Professionals. *Prehosp Emerg Care* 2018, 22, 229-236, doi:10.1080/10903127.2017.1356411.
- [8] D'Ettorre, G.; Pellicani, V.; Mazzotta, M.; Vullo, A. (2018): Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Bio-med* 2018, 89, 28-36, doi:10.23750/abm.v89i4-S.7113.
- [9] Estryng-Behar, M.; van der Heijden, B.; Camerino, D.; Fry, C.; Le Nezet, O.; Conway, P. M.; Hasselhorn, H. M. (2008): Violence risks in nursing – results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med (Oxford, England)* 2008, 58, 107-114, doi:10.1093/occmed/kqm142.
- [10] Goyal, P.; Rustagi, N.; Belkic, K. (2021): Physicians' Total Burden of Occupational Stressors: More than Threefold Increased Odds of Burnout. *South Med J* 2021, 114, 409-415, doi:10.14423/SMJ.0000000000001277.

- [11] Guo, Y.F.; Luo, Y.H.; Lam, L.; Cross, W.; Plummer, V.; Zhang, J.P. (2018): Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2018, 27, 441-449, doi:10.1111/jocn.13952.
- [12] Hamdan, M.; Hamra, A.A. (2017): Burnout among workers in emergency Departments in Palestinian hospitals: prevalence and associated factors. *BMC Health Serv Res* 2017, 17, 407, doi:10.1186/s12913-017-2356-3.
- [13] Heckemann, B.; Siegrist-Dreier, S.; Thilo, F.J.S.; Hahn, S. (2020): Team efficacy and leadership in managing aggressive situations in the general hospital setting: A qualitative descriptive analysis of focus groups with ward managers. *J Clin Nurs* 2020, 29, 974-986, doi:10.1111/jocn.15169.
- [14] Hofmann, T.; Hachenberg, T. (2019): [Violence in the Emergency Medicine (Emergency Rescue Service and Emergency Departments) – Current Situation in Germany]. *Anesthesiol Intensivmed, Notfallmed Schmerzther* 2019, 54, 146-154, doi:10.1055/s-0043-112189.
- [15] International Labour Office (ILO); International Council of Nurses (ICN); World Health Organization (WHO); Public Services International (PSI) (2002): Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector; Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Genf
- [16] International Labour Organization (ILO) (2003): Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon. In Proceedings of the Meeting of Experts to develop a Code of Practice on Violence and Stress at Work in Services: A Threat to Productivity and Decent Work. Genf
- [17] Jimenez, R.E.; Bachelet, V.C.; Gomolan, P.; Lefio, L.A.; Goyenechea, M. (2019): Violence and burnout in health care emergency workers in Santiago, Chile: A survey-based cross-sectional study. *Int Emerg Nurs* 2019, 47, 100792, doi:10.1016/j.ienj.2019.100792.
- [18] Kaeser, D.; Guerra, R.; Keidar, O.; Lanz, U.; Moses, M.; Kobel, C.; Exadaktylos, A. .; Ricklin, M .E. . (2018): Verbal and Non-Verbal Aggression in a Swiss University Emergency Room: A Descriptive Study. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15, doi:10.3390/ijerph15071423.
- [19] Kristensen, T. S.; Borritz, M.; Villadsen, E.; Christensen, K. B. (2005): The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 2005, 19, 192-207.
- [20] Leppert, K.; Koch, B.; Brähler, E.; Strauß, B. (2008): Die Resilienz-Skala (RS) - Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation* 2008, 1, 226-243.

- [21] Li, Y.L.; Li, R. Q.; Qiu, D.; Xiao, S.Y. (2020): Prevalence of Workplace Physical Violence against Health Care Professionals by Patients and Visitors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17, doi:10.3390/ijerph17010299.
- [22] Liu, J.; Gan, Y.; Jiang, H.; Li, L.; Dwyer, R.; Lu, K.; Yan, S.; Sampson, O.; Xu, H.; Wang, C. et al. (2019): Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2019, 76, 927-937, doi:10.1136/oemed-2019-105849.
- [23] Liu, W.; Zhao, S.; Shi, L.; Zhang, Z.; Liu, X.; Li, L.; Duan, X.; Li, G.; Lou, F.; Jia, X. et al. (2018): Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2018, 8, e019525, doi:10.1136/bmjopen-2017-019525.
- [24] Maslach C.; Jackson S. E. (1981): The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981. 2. 99-113.
- [25] Mohr, G., Müller, A. (2004): Depressivität im nichtklinischen Kontext. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen (ZIS).
- [26] Mohr, G.; Müller, A. (2014): Psychosomatische Beschwerden im nichtklinischen Kontext. Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen.
- [27] Murray, R. M.; Davis, A. L.; Shepler, L. J.; Moore-Merrell, L.; Troup, W. J.; Allen, J. A.; Taylor, J. A. . (2020): A Systematic Review of Workplace Violence Against Emergency Medical Services Responders. *New solut* 2020, 29, 487-503, doi:10.1177/1048291119893388.
- [28] Nikathil, S.; Olaussen, A.; Gocentas, R. A.; Symons, E.; Mitra, B. (2017): Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emerg Med Australas : EMA* 2017, 29, 265-275, doi:10.1111/1742-6723.12761.
- [29] Ohlbrecht, H.; Bartel, S.; von Kardoff, E.; Streibelt, M. (2009): Gewalt in der Notaufnahme. Ein aktuelles Problem und seine Hintergründe. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2009, 4, 7-14.
- [30] Pourshaikhian, M.; Abolghasem Gorji, H.; Aryankhesal, A.; Khorasani-Zavareh, D.; Barati, A. A (2016): Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res* 2016, 5, e28734, doi:10.5812/at.28734.
- [31] Ramacciati, N.; Ceccagnoli, A.; Addey, B.; Rasero, L. (2018): Violence towards Emergency Nurses. The Italian National Survey 2016: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2018, 81, 21-29, doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.01.017.

- [32] Rasool, S.F.; Wang, M.; Zhang, Y.; Samma, M. (2020): Sustainable Work Performance: The Roles of Workplace Violence and Occupational Stress. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17, doi:10.3390/ijerph17030912.
- [33] Rees, C.; Wirihana, L.; Eley, R.; Ossieran-Moisson, R.; Hegney, D. (2018): The Effects of Occupational Violence on the Well-being and Resilience of Nurses. *J Nurs Adm* 2018, 48, 452-458, doi:10.1097/NNA.0000000000000648.
- [34] Schablon, A.; Zeh, A.; Wendeler, D. et al. (2012): Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2012; 2: e001420.
- [35] Schablon, A.; Wendeler, D.; Kozak, A.; Nienhaus, A.; Steinke, S. (2018): Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany - A Survey. *Int J Environ Res Public Health* 2018, 15, doi:10.3390/ijerph15061274.
- [36] Schröttle, M.; Meshkova, K.; Lehmann, C.; (2019): Umgang mit sexueller Belästigung am Arbeitsplatz - Lösungsstrategien und Maßnahmen zur Intervention. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des BundesAufl. Berlin,2019.
- [37] Verboket, R.; Sohling, N.; Schmitz, L.; Lustenberger, T.; Nau, C.; Marzi, I. (2019): [Violence in the emergency department of a maximum care hospital]. *Der Chirurg* 2019, 90, 570-575, doi:10.1007/s00104-018-0778-z.
- [38] Vincent-Höper, S.; Adler, M.; Stein, M.; Vaupel, C.; Nienhaus, A. (2020): Sexually Harassing Behaviors from Patients or Clients and Care Workers' Mental Health: Development and Validation of a Measure. *Int J Environ Res Public Health* 2020. 17. 2570.
- [39] Vincent-Höper, S.; Stein, M.; Nienhaus, A.; Schablon, A. (2020): Workplace Aggression and Burnout in Nursing - The Moderating Role of Follow-Up Counseling. *Int J Environ Res Public Health* 2020, 17, doi:10.3390/ijerph17093152.
- [40] Vrablik, M.M.; Chipman, A.K.; Rosenman, E.D.; Simcox, N.J.; Huynh, L.; Moore, M.; Fernandez, R. (2019): Identification of processes that mediate the impact of workplace violence on emergency department healthcare workers in the USA: results from a qualitative study. *BMJ Open* 2019, 9, e031781, doi:10.1136/bmjopen-2019-031781.
- [41] Wirth, T.; Peters, C.; Nienhaus, A.; Schablon, A. . (2021): Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18, doi:10.3390/ijerph18168459.

- [42] Wiskow, C. (2003): Guidelines on Workplace Violence in the Health Sector. Comparison of major known national guidelines and strategies: United Kingdom, Australia, Sweden, USA (OSHA and California). International Labour Office ILO, International Council of Nurses ICN, World Health Organisation WHO, Public Services International PSI. Genf
- [43] Zeh, A.; Schablon, A.; Wohler, C.; Richter, D.; Nienhaus, A. (2009): [Violence and aggression in care-related jobs – a literature overview]. Gesundheitswesen 2009, 71, 449-459, doi:10.1055/s-0029-1192027.

Kontakt – Ihre BGW-Standorte und Kundenzentren

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg
Tel.: +49 40 20207-0
Fax: +49 40 20207-2495
www.bgw-online.de

Diese Übersicht wird bei jedem Nachdruck aktualisiert.
Sollte es kurzfristige Änderungen geben, finden Sie
diese hier:



www.bgw-online.de/kontakt

Berlin · Spichernstraße 2–3 · 10777 Berlin

Bezirksstelle	Tel.: +49 30 89685-3701	Fax: -3799
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 30 89685-0	Fax: -3625
schu.ber.z*	Tel.: +49 30 89685-3696	Fax: -3624

Bochum · Universitätsstraße 78 · 44789 Bochum

Bezirksstelle	Tel.: +49 234 3078-6401	Fax: -6419
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6249
schu.ber.z*	Tel.: +49 234 3078-0	Fax: -6379
studio78	Tel.: +49 234 3078-6478	Fax: -6399

Bochum · Gesundheitscampus-Süd 29 · 44789 Bochum

campus29	Tel.: +49 234 3078-6333	Fax: –
----------	-------------------------	--------

Delmenhorst · Fischstraße 31 · 27749 Delmenhorst

Bezirksstelle	Tel.: +49 4221 913-4241	Fax: -4239
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 4221 913-0	Fax: -4225
schu.ber.z*	Tel.: +49 4221 913-4160	Fax: -4233

Dresden · Gret-Palucca-Straße 1 a · 01069 Dresden

Bezirksverwaltung	Tel.: +49 351 8647-0	Fax: -5625
schu.ber.z*	Tel.: +49 351 8647-5701	Fax: -5711
Bezirksstelle	Tel.: +49 351 8647-5771	Fax: -5777

Königsbrücker Landstraße 2 b · Haus 2
01109 Dresden

BGW Akademie	Tel.: +49 351 28889-6110	Fax: -6140
--------------	--------------------------	------------

Königsbrücker Landstraße 4 b · Haus 8
01109 Dresden

Hamburg · Schäferkampsallee 24 · 20357 Hamburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 40 4125-2901	Fax: -2997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 40 4125-0	Fax: -2999
schu.ber.z*	Tel.: +49 40 7306-3461	Fax: -3403

Bergedorfer Straße 10 · 21033 Hamburg

BGW Akademie	Tel.: +49 40 20207-2890	Fax: -2895
--------------	-------------------------	------------

Pappelallee 33/35/37 · 22089 Hamburg

Hannover · Anderter Straße 137 · 30559 Hannover

Außenstelle von Magdeburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7930	Fax: -7939
---------------	-------------------------	------------

Karlsruhe · Philipp-Reis-Straße 3 · 76137 Karlsruhe

Bezirksstelle	Tel.: +49 721 9720-5555	Fax: -5576
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 721 9720-0	Fax: -5573
schu.ber.z*	Tel.: +49 721 9720-5527	Fax: -5577

Köln · Bonner Straße 337 · 50968 Köln

Bezirksstelle	Tel.: +49 221 3772-5356	Fax: -5359
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 221 3772-0	Fax: -5101
schu.ber.z*	Tel.: +49 221 3772-5300	Fax: -5115

Magdeburg · Keplerstraße 12 · 39104 Magdeburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 391 6090-7920	Fax: -7922
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 391 6090-5	Fax: -7825

Mainz · Göttelmannstraße 3 · 55130 Mainz

Bezirksstelle	Tel.: +49 6131 808-3902	Fax: -3997
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 6131 808-0	Fax: -3998
schu.ber.z*	Tel.: +49 6131 808-3977	Fax: -3992

München · Helmholtzstraße 2 · 80636 München

Bezirksstelle	Tel.: +49 89 35096-4600	Fax: -4628
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 89 35096-0	Fax: -4686
schu.ber.z*	Tel.: +49 89 35096-0	

Würzburg · Röntgenring 2 · 97070 Würzburg

Bezirksstelle	Tel.: +49 931 3575-5951	Fax: -5924
Bezirksverwaltung	Tel.: +49 931 3575-0	Fax: -5825
schu.ber.z*	Tel.: +49 931 3575-5855	Fax: -5994

*schu.ber.z = Schulungs- und Beratungszentrum

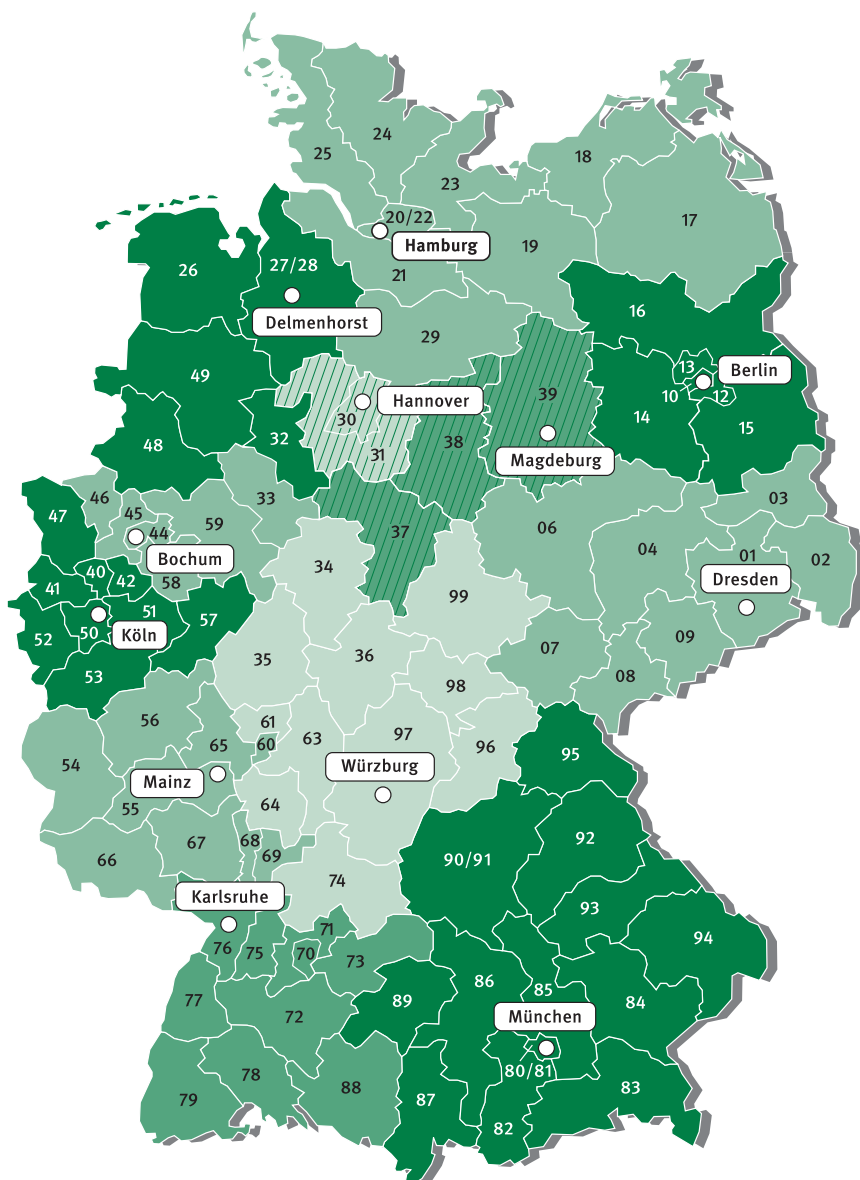
So finden Sie Ihr zuständiges Kundenzentrum

Auf der Karte sind die Städte verzeichnet, in denen die BGW mit einem Standort vertreten ist. Die farbliche Kennung zeigt, für welche Region ein Standort zuständig ist.

Jede Region ist in Bezirke unterteilt, deren Nummer den ersten beiden Ziffern der dazugehörigen Postleitzahl entspricht.

Ein Vergleich mit Ihrer eigenen Postleitzahl zeigt, welches Kundenzentrum der BGW für Sie zuständig ist.

Auskünfte zur Prävention erhalten Sie bei der Bezirksstelle, Fragen zu Rehabilitation und Entschädigung beantwortet die Bezirksverwaltung Ihres Kundenzentrums.



Beratung und Angebote

Versicherungs- und Beitragsfragen

Tel.: +49 40 20207-1190

E-Mail: beitraege-versicherungen@bgw-online.de

Unsere Servicezeiten finden Sie unter:



www.bgw-online.de/beitraege



BGW-Medien

Tel.: +49 40 20207-4846

E-Mail: medienangebote@bgw-online.de

Das umfangreiche Angebot finden Sie online in unserem Medien-Center.



www.bgw-online.de/medien



BGW-Beratungsangebote

Tel.: +49 40 20207-4862

Fax: +49 40 20207-4853

E-Mail: gesundheitsmanagement@bgw-online.de

