



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit und Pflege
Studiengang Gesundheitswissenschaften

*AGGRESSIONSVERHALTEN GEGENÜBER MITARBEITERN DER
NOTFALLRETTUNG*

B a c h e l o r - T h e s i s

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of science in public health and administration

Vorgelegt von: Marian Lenk
Matr.-Nr.: 171002
Tollenseheim 08
17094 Groß Nemerow

Betreuer: Erstbetreuer: Professor Dr. Hans- Joachim Goetze
Zweitbetreuer: Professor Dr. Gabriele Claßen

Tag der Einreichung: 14. März 2008

Inhaltsverzeichnis

Anhangsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	II
Tabellenverzeichnis.....	III
Vorbemerkungen.....	1
1 Der bundesdeutsche Rettungsdienst.....	3
1.1 Historie.....	3
1.2 Gesetzliche Grundlagen.....	3
1.3 Organisation des Rettungsdienstes.....	4
1.4 Finanzierung.....	5
1.5 Ausbildung des Rettungsdienstpersonals.....	6
2 Facetten des Phänomens ‚Gewalt‘.....	8
2.1 Deutungen des Begriffs ‚Gewalt‘.....	8
2.1.1 Definition.....	8
2.1.2 Sinnesverwandtschaften mit anderen Termini.....	9
2.1.3 Verwendung.....	10
2.2 Formen und Unterscheidungsebenen von Gewalt.....	12
2.3 Ursachen für Gewalt.....	14
2.4 Phasen der Gewalt.....	15
2.5 Folgen von Gewalt.....	16
2.6 Bewältigungsstrategien gegenüber Gewalt.....	16
3 Gewalt im Rettungsdienst.....	18
3.1 Gewaltausübung d u r c h Rettungsdienstpersonal.....	18
3.1.1 Formen der Gewalt gegen Schutzbefohlene im Rettungsdienst.....	18
3.1.2 Ursachen der Gewalt von Rettungsdienstmitarbeitern.....	19
3.2 Gewalt g e g e n Rettungsdienstmitarbeiter.....	20
3.2.1 Mögliche Konfliktlagen im Rettungsdienst.....	20
3.2.2 Begünstigende Faktoren der Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter.....	21
3.2.3 Rettungsdienstspezifische Auslöser von Gewalt.....	22
3.2.4 Präventionsansätze im Rettungsdienst.....	23

4	Theorie und Praxis statistischer Untersuchungen.....	27
4.1	Haupt- und Nebengütekriterien.....	27
4.2	Arten von Erhebungen.....	29
4.3	Methoden der Datenanalyse.....	30
4.4	Statistische Einheiten.....	31
4.4.1	Eigenschaften statistischer Einheiten.....	31
4.4.2	Merkmalstypen von statistischen Einheiten.....	32
5	Ziel der Untersuchung.....	34
6.	Erstellung des Fragebogens.....	35
6.1	Beschreibung der Stichproben.....	35
6.2	Konstruktion des Fragebogens.....	37
6.2.1	Aufbau des Fragebogens.....	38
6.2.1.1	Teil A- Demographische Daten.....	38
6.2.1.2	Teil B- Gewalt gegen die Rettungsdienstmitarbeiter.....	39
6.2.1.3	Teil C- Begleitumstände der Gewaltsituation.....	40
6.3	Pre- Test.....	40
7	Datenanalyse.....	42
7.1	Parameter der Datenanalyse.....	42
7.1.1	Auswertungsverfahren.....	42
7.1.2	Aussagen über Qualität und Anzahl der gewonnenen Daten.....	43
7.2	Teil A- Demographische Daten.....	44
7.3	Teil B- Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter.....	46
7.4	Teil C- Begleitumstände der Gewaltsituation.....	55
7.5	Zusammenfassung der Studienergebnisse.....	57
8	Fazit.....	59
	Literaturverzeichnis.....	60
	Anhang.....	62
	Eidesstattliche Versicherung	

Anhangsverzeichnis

- S. 62 Anhang 1: Hinweise zu Fallstudien und weiterführender Fachliteratur
- S. 63 Anhang 2: Kodierungslisten
- S. 66 Anhang 3: Fragebogen
- CD-R: Anhang 4: SPSS- Grundtabelle; SPSS- Häufigkeitstabellen

Abbildungsverzeichnis

- S. 44 Abbildung 1: Demographie der Befragten
- S. 48 Abbildung 2: Tageszeitpunkte der Gewalt
- S. 49 Abbildung 3: Orte der Gewalt
- S. 51 Abbildung 4: Situationen der Gewalt
- S. 52 Abbildung 5: Täterschaft
- S. 54 Abbildung 6: Formen der Gewalt

Tabellenverzeichnis

- S. 46 Tabelle 1: Anzahl von Gewalt im prozentualen Vergleich
- S. 46 Tabelle 2: Gesamthäufigkeit im Jahr 2007
- S. 47 Tabelle 3: Tageszeiten der Gewalt
- S. 48 Tabelle 4: Einsatzorte
- S. 50 Tabelle 5: Situationen der Gewalt
- S. 52 Tabelle 6: Täterschaft
- S. 55 Tabelle 7: Einfluß von Alkohol, Drogen und Medikamenten

Vorbemerkungen

Gewalt und Aggression sind seit der Evolution Teil des Lebens, doch der Begriff ‚Gewalt‘ und alle artverwandten Wörter sind im Lauf der menschlichen Evolution mit vielen Bedeutungen hinterlegt worden.

Das Problem ‚Gewalt im Gesundheitswesen‘ war noch vor einigen Jahren ein wenig beachtetes Thema, entsprechende Meldungen erschienen oft nur in Fachpublikationen.

Erst in letzter Zeit ist ein verstärktes Interesse der Medien und der Gesellschaft an diesem Thema zu konsternieren.

Der Rettungsdienst nimmt bei dem „Genuß“ der öffentlichen Aufmerksamkeit für die Belange des Gesundheitswesens eine Sonderstellung ein. Aufgrund seines sehr geringen Finanzvolumens an den Gesamtgesundheitskosten und seiner relativen „Unsichtbarkeit“ außerhalb von Einsätzen - viele Rettungswachen liegen abseits und sehen oft still und „unbewohnt“ aus - befindet er sich noch weniger im Fokus der Öffentlichkeit als große Einrichtungen der Alten- und Krankenpflege mit hohem Besucher- und Patientenaufkommen und zweistelligen Prozentzahlen am bundesdeutschen Gesundheitsbudget.

In Deutschland existiert bis dato ein Fachbuch zur „Eigensicherung im Rettungsdienst“; einzelne Publikationen in Fachzeitschriften und Lehrbüchern befassen sich seit einigen Jahren mit dem Thema, auch Referate auf Kongressen usw. beleuchten wichtige Einzelaspekte, wie beispielsweise Straftatbestände, Aggressionsaufbau durch Drogen oder die Folgen einer Traumatisierung.

Dem aufmerksamen Betrachter der Szenerie wird bei Gelegenheit des persönlichen Erlebens (der Autor ist langjähriger Rettungsassistent), aus vereinzelt Pressmeldungen und der Kommunikation der Beschäftigten untereinander, klar, daß Gewalt gegen die Mitwirkenden der Notfallrettung häufiger vorkommt, als in der Öffentlichkeit bekannt.

Während das Thema z.B. in Schweden unter anderem schon von Suserud et al. bearbeitet wurde, existiert im deutschsprachigen Raum bis dato keine dem Autor bekannte Studie über Fallzahlen und Situationsbedingungen von gewalttätigen Übergriffen auf Mitarbeiter der deutschen Rettungsdienstorganisationen.

Im Rahmen dieser Bachelor- Thesis wird untersucht, ob und unter welchen Bedingungen es zu Übergriffen auf Mitarbeiter der Notfallrettung kommt.

Ausgewählt wurden dazu verschiedene Landkreise und kreisfreie Städte in Norddeutschland, unabhängig vom jeweiligen Träger des Rettungsdienstes.

Einem Überblick der theoretischen Begriffe und Grundlagen folgt die Darstellung grundlegender statistischer Begriffe, im Anschluß daran die Auswertung des Fragebogens und die Bilanzierung der gewonnenen Ergebnisse.

1 Der bundesdeutsche Rettungsdienst

1.1 Historie

Ausgehend von den ersten Versuchen des 18. und 19. Jahrhunderts, Verwundete auf den Schlachtfeldern möglichst schnell zu versorgen, begannen ab Anfang des 20. Jahrhunderts in deutschen Großstädten erste Versuche der Etablierung eines Krankentransportes. Lange unkoordiniert und unstrukturiert und unterbrochen durch die zwei Weltkriege, gelang es erst in der Nachkriegszeit sowohl in der DDR, als auch der damaligen BRD, nach und nach ein einheitliches System von Rettungsmitteln zu etablieren, so z.B. 1957 in Köln mit der Einführung eines ‚Notfallarztwagens‘. Erfahrungen aus verschiedenen Ansätzen zur Anbehandlung von Schwerkranken und Verletzten die heutzutage skurril anmuten, so z.B. das Entsenden eines Clino- Mobil als rollendem Operationssaal, um vor Ort den Patienten endgültig chirurgisch zu versorgen, schufen durch Versuch und Erfahrung eine Wissensbasis, ohne die das erfolgreiche System heutiger Prägung undenkbar wäre.

Die ab den 60er Jahren sprunghaft gestiegene Individualmotorisierung breiter Bevölkerungskreise und damit einhergehend die drastische Erhöhung der Unfallzahlen und die sich parallel dazu ausweitenden Möglichkeiten der Notfallmedizin trugen maßgeblich dazu bei, daß sich sowohl in der breiten Bevölkerung als auch bei den politisch Verantwortlichen die Einsicht zur Schaffung eines hochwertigen, präklinischen notfallmedizinischen Versorgungssystems durchsetzte. Es gab jetzt eine große Klientel an Notfallpatienten und gleichzeitig auch bis dahin nicht vorhersehbare präklinische Interventionsmöglichkeiten. Erst in den 70er Jahren gelang aber eine flächendeckende Versorgung in der damaligen BRD (vgl. Hellweg, 1993, zitiert nach Lucas, 1997, S. 17).

Der Rettungsdienst ist heute ein Teil der Rettungskette aus Laienhilfe/ der Notrufabsetzung, der unmittelbar folgenden Akutversorgung im Krankenhaus und der späteren Langzeitversorgung und Rehabilitation.

1.2 Gesetzliche Grundlagen

Die administrativen Zuständigkeiten sind in den jeweiligen Landes-Rettungsdienstgesetzen verankert und liegen bei den einzelnen Bundesländern, diese legen die Aufgaben wiederum per Gesetz auf die Landkreise oder kreisfreien Städte um.

In Deutschland gibt es traditionell eine medizinisch-organisatorische Einheit von Notfallrettung und Krankentransport, die aber in den letzten Jahren durch immer mehr private Krankentransportanbieter aufgebrochen wird.

Unter Notfallrettung wird dabei das Wiederherstellen und/oder Aufrechterhalten von Vitalfunktionen (Atmung; Herz-Kreislauf; Bewußtsein) und der zügige Transport in ein Krankenhaus zur endgültigen Versorgung verstanden. Dabei werden in der überwiegenden Zahl der Einsätze zuerst die Vitalfunktionen stabilisiert und erst dann der Patient transportiert. Nur in seltenen Ausnahmefällen liegt der Fokus auf einem schnellstmöglichen Transport in ein Krankenhaus mit nur geringen bzw. keinen Maßnahmen vor Ort.

Immer gilt als anzuwendende Richtschnur: Zügige und gleichzeitig qualitativ hochwertige Versorgung und ein sicherer Transport. Dabei werden nach § 35 und 38 der Straßenverkehrsordnung (STVO) Sonder- und Wegrechte in Anspruch genommen. Die Zeit bis zum Eintreffen des ersten Rettungsmittels am Notfallort liegt dabei je nach Bundesland zwischen 10 und 15 Minuten.

Krankentransport ist die zeitlich disponible Beförderung und Betreuung von Nicht-Notfallpatienten (vgl. Behrendt/ Runggaldier, 2005, S. 12 ff) in einem Zeitrahmen von 30 Minuten.

1.3 Organisation des Rettungsdienstes

Wahrgenommen wird der **bodengebundene Rettungsdienst** im Auftrag der Kommunen in den kreisfreien Städten durch die Berufsfeuerwehr; in den Landkreisen durch kommunale Rettungsdienstunternehmen (der Landkreis führt den Rettungsdienst eigenständig durch); Hilfsorganisationen wie z.B. der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) und zunehmend auch durch private Rettungsdienstunternehmen. Oft gibt es auch eine Kombination mehrerer Anbieter unter einem Träger.

Das fliegerische und technische Personal der **Luftrettung** stellen die verschiedenen Betreiber der Helikopterstationen, das medizinische Personal wird durch Kliniken und Hilfsorganisationen bereitgestellt.

Die **Bergrettung** wird durch die Bergwacht wahrgenommen, für die **Wasserrettung** ist die Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) und die Wasserwacht im Deutschen Roten Kreuz zuständig, regional gibt es noch weitere Mitstreiter, z.B. den Freiwilligen Seenot-Dienst (FSD) in Bayern.

Die **Seenotrettung** auf Nord- und Ostsee stellt die Deutsche Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger (DGzRS) in Zusammenarbeit mit der Bundeswehr und allen anderen Schiffen im Einsatzgebiet sicher.

Die Einsatzkräfte werden durch die, jeweils für einen Rettungsdienstbereich zuständige, Leitstelle alarmiert und koordiniert. Ein Rettungsdienstbereich entspricht dabei in der Regel einem Landkreis bzw. einer kreisfreien Stadt. Einsätze über den Rettungsdienstbereich gehören dabei zum Alltag, ebenso die Zusammenarbeit mit Polizei und Feuerwehr.

1.4 Finanzierung

Die Rettungsdienstgesetze unterscheiden zwischen den Kosten der Einrichtung bzw. den Investitionskosten, z.B. für Fahrzeuge und Gebäude, und den laufenden Kosten, den Betriebskosten für z.B. Medikamente, Löhne usw.

Erstere werden durch den Träger, also staatlich-kommunal abgedeckt. Zweite werden zwischen den Krankenkassen und Berufsgenossenschaften als den Kostenträgern und den durchführenden Institutionen des Rettungsdienstes als den Leistungsträgern in Form von Beförderungsentgelten – gestaffelt nach der Art des Rettungsmittels und der Entfernung – ausgeglichen.

Das im Laufe der Zeit entstandene Dilemma zwischen staatlicher Verantwortung und praktischer Umsetzung der Kostenübernahme beschreibt Stadtmüller (1992, S.142 *zitiert nach* Lucas, 1997, S. 23): „Der Staat deklariert in seinen Aussagen den Rettungsdienst als eine öffentliche Aufgabe, die der Gesundheitsvorsorge, der Daseinsfürsorge und der Gefahrenabwehr zuzurechnen ist. Durch die Uneinheitlichkeit der Finanzierungsströme können sich die öffentlichen Haushalte immer mehr aus Ihrer Pflicht zurückziehen, ohne daß dies im besonderen nachgewiesen werden könnte. Dies bedeutet eine extreme Verlagerung der Kosten auf die Benutzungsentgelt-Verhandlungen, um eine Finanzierung des Rettungsdienstes [...] zu gewährleisten.“

1.5 Ausbildung des Rettungsdienstpersonals

Versuche zur Schaffung einer einheitlichen Berufsausbildung gab es in Westdeutschland seit den 60er Jahren, 1977 wurde die 520 Stunden umfassende Ausbildung zum Rettungssanitäter installiert, die jedoch kein formaler Ausbildungsberuf war, das hauptamtliche Personal verharnte weiterhin in einem Hilfsarbeiterstatus (vgl. Blum, 1992, *zitiert* nach Lucas, 1997, S. 17).

Die fortschreitenden Qualifikationsanforderungen und die Entwicklung von ehrenamtlich zu hauptberuflich tätigen Rettungsdienstmitarbeitern führten zum 1989 in Kraft getretenen Rettungsassistentengesetz – der Rettungsdienst entwickelte sich von einer Beförderungseinrichtung hin zu einer präklinischen intensiv-medizinischen Versorgung (vgl. Barthold/ Wittgens, 1992, *zitiert* nach Lucas, 1997, S.18).

Es gibt heute drei **nichtärztliche** Qualifikationsstufen:

Rettungshelfer (RH) mit einem 40- stündigen Aufbaulehrgang auf den mindestens 60 Stunden umfassenden Sanitäterlehrgang; Rettungssanitäter (RS) mit einem Bildungsweg von 520 Stunden und den Rettungsassistenten (RA) mit einem Ausbildungsumfang von mindestens 1200 h theoretischem Unterricht und 1600 h praktischem Lernen. Die Regeldauer dieser Qualifizierung beträgt 2 Jahre, Personen mit medizinischer Vorbildung können verkürzte Rettungsassistentenlehrgänge wählen.

Nach bestimmter Dauer an Berufserfahrung gibt es weitere Qualifizierungslehrgänge, unter anderem zum Lehrrettungsassistenten (LRA) oder dem organisatorischen Leiter Rettungsdienst (Orgl).

Zugangsvoraussetzung ist die Vollendung des 18. Lebensjahres, die medizinische Eignung und der Hauptschul- bzw. ein Berufsabschluß.

Das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal soll befähigt werden, neben Einsatzvor- und Nachbereitung, Transport und Assistenz Tätigkeiten in Zusammenarbeit mit dem Notarzt unter besonderen Bedingungen auch selbstständig invasive medizinische Eingriffe zu unternehmen, wenn es die Situation erfordert und die Sachkenntnis der nichtärztlichen Retter es erlaubt (sogenannte ‚Notkompetenz‘).

Die gesamte notfallmedizinische Ausbildung in Deutschland, zuletzt 1989 im Rettungsassistentengesetz (RettAssG) novelliert, gilt heute zu Recht als veraltet. Ein Hauptkritikpunkt ist, daß fast alle Auszubildenden ihre Schulung selbst finanzieren müssen. Auch während der Praktika in Krankenhäusern und Rettungswachen erhalten die angehenden Lebensretter in vielen Fällen keine Vergütung.

Des Weiteren gibt es eine Vielzahl an Rettungsdienstschulen unterschiedlicher Träger, die externe Lehrkräfte, oft ohne jede medizinpädagogische Hochschulbildung zur Lehre verpflichtet, einen einheitlichen Rahmenlehrplan gibt es nicht.

Abhilfe würde eine gesetzliche Neuregelung der Ausbildung schaffen, die z.B. auf dem bewährten System der Vermittlung von Wissen an Auszubildende der Alten-/ Krankenpflege beruht (3-jährige Ausbildung; Lehrlingsentgelt usw.).

Wer als **Notarzt** tätig sein möchte, muß zusätzlich zu seiner medizinischen Approbation über einen Fachkundenachweis Rettungsdienst oder die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin (je nach Bundesland) verfügen. Die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin dauert in Deutschland 2 Jahre, davon sechs Monate Weiterbildung in Intensivmedizin, Anästhesiologie oder in der Notfallaufnahme, zusätzlich die Teilnahme an 80 Stunden Kurs in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung sowie unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes 50 Einsätze im Notarztwagen oder Rettungshubschrauber. Die Inhalte dieser Ausbildung sind jedoch in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sehr unterschiedlich umgesetzt. Die Einführung eines ‚Facharztes für Notfallmedizin‘ wird seit längerem diskutiert – bisher ohne Ergebnis.

2 Facetten des Phänomens ‚Gewalt‘

2.1 Deutungen des Begriffs ‚Gewalt‘

Gewalt ist einer der schwierigsten Begriffe der Sozialwissenschaften, Imbusch (2002, S. 26 ff) spricht in diesem Zusammenhang von kontroversen Deutungen und uneinheitlichen Begriffsgehalten. Auch alltags- und umgangssprachlich gibt es keine Präzision, jeder glaubt zu wissen, was Gewalt ist- aber eben immer individuell gedeutet.

Lexika präsentieren eine Vielzahl an Definitionen, die deutlich machen, daß der Gewalt als einem überaus komplexen Phänomen sowohl die Fähigkeit zur Ordnungszerstörung als auch dem Ordnungsaufbau zukommt. So wurde die gewählte Regierung Salvador Allendes in Chile 1973 gewaltsam gestürzt, die Eindeichung Frieslands war ein gewaltiges Schaffen von Sicherheit und Ordnung, zum Wohl der dort lebenden Menschen.

Imbusch schrieb 2002 (S. 27): „Schließlich wird der präzise Gebrauch des Begriffes Gewalt durch teilweise überlappende Konnotationen [Nebenbedeutungen] mit einer Reihe weiterer Begriffe, die sich in einem, ähnlichen semantischen Begriffsfeld bewegen (etwa Zwang, Aggression, Konflikt, Macht etc.), aber eben nicht mit Gewalt identisch sind, erschwert [...].“

2.1.1 Definition

Die Ursprünge des Wortes Gewalt leiten sich aus der indogermanischen Wurzel ‚val‘ ab, die Verben ‚giwaltan‘ und ‚waldan‘ standen ursprünglich für Verfügungsfähigkeit besitzen und Gewalt haben, in einem breiteren Sinne auch für Kraft haben; Macht haben; über etwas verfügen können.

Die WHO-Definition der Gewalt bietet eine allgemeinverständliche Deutung:

- **Physische Gewalt:** Die Verwendung von physischen Zwängen/ Kräften gegen andere Personen oder Gruppen, welche zu körperlichen, sexuellen oder psychologischen Schäden führen. Beinhaltet das Schlagen, Treten, (Er)Stechen, Schießen, (Er)Drücken, Beißen und (Ein)Klemmen.
- **Psychische Gewalt:** Das absichtliche Verwenden von Macht, inklusive des Androhens von körperlicher Gewalt, gegen Personen oder Gruppen, welches die physische/ körperliche, geistige, moralische oder soziale Entwicklung der Betroffenen schädigt.

Kienzle(2001, S. 16) beschreibt als Hauptmerkmal von Gewalt, „[...] daß eine Person vorübergehend oder dauernd daran gehindert wird, ihrem Wunsch oder ihren Bedürfnissen entsprechend zu leben. Gewalt heißt also, dass ein ausgesprochenes oder unausgesprochenes Bedürfnis des Opfers missachtet wird.“

Nach Eberhardt (2005, S. 566) ist Gewalt physische oder psychische Einwirkung von physisch oder psychisch überlegenen Personen, die dem Opfer mittel- oder unmittelbar Schmerzen und Einschränkungen bis hin zum Tod bringen kann.

2.1.2 Sinnesverwandtschaften mit anderen Termini

Die im täglichen Sprachgebrauch anzutreffende Verwendung von **Synonymen** in gleicher Bedeutung ist nicht korrekt und macht definitorische Abgrenzungen und inhaltliche Differenzierungen des Gewaltbegriffes notwendig (nach Imbusch/ Zoll, 1999, S. 73 ff).

Macht, als „Möglichkeit, Vermögen und Können“ wird von Weber (1976, S.28 f) wie folgt definiert: „Macht bedeutet jede Chance, innerhalb einer sozialen Beziehung den eigenen Willen auch gegen Widerstreben durchzusetzen, gleichviel worauf diese Chance beruhe.[...] Alle denkbaren Qualitäten eines Menschen und alle denkbaren Konstellationen können jemand in die Lage versetzen, seinen Willen in einer gegebenen Situation durchzusetzen“.

Es muß also keineswegs Gewalt sein, mir der der eigene Wille durchgesetzt wird, es ist aber damit (auch) möglich. Gewalt als kalkuliertes Erzwingen ist eine Form der Machtausübung und als solche ein sehr effektives Mittel, weil sie unmittelbaren Gehorsam erzwingt und Widerstände überwindet.

Die enge Verbindung zwischen **Konflikt** und Gewalt hat ihre Ursache in medial vermittelten Fehlverwendungen, aber beide Begriffe liegen nicht auf einer Ebene.

Konflikte gelten als soziale Tatbestände, an denen mindestens zwei Parteien beteiligt sind, die auf Unterschieden in der sozialen Lage und/oder in der Interessenkonstellation der Konfliktparteien beruhen. Gewalt an sich ist kein Konflikt, sondern könnte einen solchen indizieren. Die Gewalt ist also entweder als Merkmal eines Konflikts oder eine Konfliktaustragungsform.

„**Aggression**“ wiederum ist ein aus der Psychologie stammender Begriff, der im engeren Sinne als aggressives Verhalten eine auf die physische oder psychische Verletzung oder die Schädigung eines anderen zielende manifeste Handlung oder aber im weiteren Sinne als

Aggressivität ein latentes Potential bzw. eine Disposition für eine solche Handlung bzw. ein solches Verhalten umschreiben kann“ (Imbusch, 2002, S. 33).

„Aggressivität umfaßt das Spektrum von leichter Gereiztheit, Verbalaggressivität, Gewalt gegen Gegenstände, Autoaggression, Tätlichkeiten und körperlicher Gewaltanwendung bis hin zum unkontrollierten Toben („Erregungssturm“), das mit Freisetzung körperlicher Kräfte einhergeht, die das übliche Maß des Individuums um ein Vielfaches übersteigen“ (Pajonk, 2001, S. 206). Kurz und anschaulich schreibt Breakwell: „Aggression ist jedes Verhalten, das einer Person gegen ihren Willen Schaden zufügt.“ (1998, S. 35).

Die Begriffe **Belästigung**, jedes Verhalten, das darauf abzielt, aufgrund von Alter, Behinderung, Sexualität, Geschlecht, Rasse, Sprache, Religion oder politischer Überzeugung Menschen in ihrer freien Entfaltung zu behindern, und (**An**)**Drohung** von körperlichem Zwang auf Einzelpersonen oder Gruppen, welche zu Furcht vor körperlichem, sexuellem, psychologischem Schaden oder anderen negativen Konsequenzen führt- vervollständigen die Liste der oft undifferenziert verwendeten Begrifflichkeiten.

Als Fazit läßt sich feststellen, daß Gewalt ein äußerst vielschichtiger Begriff ist. Durch verschiedenartige, die Einschätzung beeinflussende intermittierende Variablen und unklare Quantifizierungs- und Qualifizierungskriterien, gibt es viele widersprüchliche und wechselnde Bewertungen dessen, was Gewalt sein soll. Der Begriff Gewalt muß immer in seinem Zusammenhang verstanden und interpretiert werden!

2.1.3 Verwendung

Die Vielfältigkeit der Facetten der Gewalt ist Hauptursache für die sehr unterschiedliche Verwendung dieses Begriffes. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die folgende Aussage Imbuschs: „[...] dass Gewalt nicht nur soziale Praxis, sondern immer auch diskurs hergestellt, somit Teil einer sozialen Wirklichkeitskonstruktion ist.“ (2002, S. 51).

Das, was zu einem bestimmten Zeitpunkt als Gewalt gilt, war und ist nicht eindeutig oder unveränderlich festgeschrieben. Bestimmte Formen der Gewalt sind im Zuge von Zivilisierungs- und Sozialisierungsprozessen komplex verschwunden, sie gelten dann als nicht mehr zeitgemäß. Umgekehrt gibt es aber auch eine Ausweitung des Gewaltverständnisses, bedingt durch die zivilisatorische Entwicklung, es bildeten sich nach der Durchsetzung bestimmter Tabuisierungen neue Sensibilitäten gegenüber bestimmten Formen menschlichen

gewalttätigen Verhaltens, die im Gegensatz zu früher nun auch als Gewalt klassifiziert werden. Prägnantes Beispiel ist die Entwicklung der Prügelstrafe mit dem Rohrstock in der Schule. Allerdings sind Begriffserweiterungen und -verengungen immer auch Bestandteil sozialer Konfliktführung. So wurde und wird einerseits im Umfeld sozialer Protestbewegungen versucht, den Gewaltbegriff in Richtung auf strukturelle Gewalt hin zu politisieren, so daß eine Vielzahl von gesellschaftlichen Mißständen und Problemlagen mit ihm belegt werden konnten. Zugleich aber versuchen unter Umständen die selben Protagonisten etwa bei militanten Demonstrationen, den Gewaltbegriff möglichst eng zu fassen, um Formen des zivilen Ungehorsams, Sachbeschädigung usw. nicht als Gewalt gelten zu lassen, und wenn doch, dann ist es positive, der „guten Sache“ dienende Gewalt.

Der Staat wiederum ist bemüht, nur der Gegenseite Gewalt anzulasten. Daß eigene (Fehl)Verhalten war höchstens eine (Über)Reaktion auf die Aggression der „Anderen“. Interessanterweise kann man bei dieser Argumentation auf beiden Seiten den ‚Staat‘ und dessen wie auch immer gearteten ‚Opponenten‘ auf beiden Seiten der „Rechnung“ einsetzen, mit dem immer gleichen Ergebnis: Die ‚Anderen‘ sind die wirklich Gewalttätigen! Eine dritte Verwendungsweise des Gewaltbegriffs ist die generelle Eignung des Wortes zur Skandalisierung und Dramatisierung von bestimmten Tatbeständen, um damit öffentlichkeitswirksame Aufmerksamkeit zu erzielen und politische Problemlösungen anzumahnen. Der Gewaltbegriff ist hier mit einer eindeutigen Indizierungs- und Denunzierungsfunktion, mit dem Zweck der Anprangerung und Anklage von bestimmten „bösen“ Dingen und deren Moralisierung (vgl. Imbusch, 2002, S. 51 ff) verbunden.

Während in der römischen Antike Gewalt klar von Herrschaft, Regierung und Macht differenziert wurde, kam es im deutschen Sprachraum erst im Ausgang des Mittelalters zu einer stärkeren Differenzierung, die sich in 4 Begriffsvariationen unterschied: Gewalt als Bezeichnung der öffentlichen Herrschaft, gebunden an eine Rechtsordnung, zweitens beschrieb Gewalt die territorialen Obrigkeiten bzw. die Staatsgewalt und deren Träger, drittens wurde mit Gewalt ein Verfügungs- oder Besitzverhältnis ausgedrückt und zuletzt dienten das Substantiv Gewalt und das Adjektiv gewaltig zur Kennzeichnung physischer Gewaltanwendung und Zwang.

2.2 Formen und Unterscheidungsebenen von Gewalt

Die **Bedeutungselemente** des Begriffes Gewalt lassen sich unterscheiden in:

Wer übt die Gewalt aus? Einzelne oder Gruppen, Institutionen und Organisationen. **Was** geschieht? Wie ist der Ablauf einer Gewalttätigkeit? **Wie** wird Gewalt ausgeübt? Art und Weise, die eingesetzten Mittel sind die Determinanten für Ablauf, Ausmaß und Wirkungen der Gewalttat. **Wem** gilt die Gewalt? **Warum** wird Gewalt ausgeübt? Die Frage nach der allgemeinen Ursache und gleichzeitig nach ganz speziellen Entstehungsmustern und fördernden Bedingungen. **Wozu** dient die **Gewalt**, deren Ziele und Motive? **Weshalb** kommt es zur Gewalt? Die Frage beinhaltet die Suche nach Rechtfertigungsmustern und Legitimationsstrategien.

Anwendungsebenen von Gewalt lassen sich nach Imbusch (2002, S. 37 ff) wie folgt unterscheiden.

Physische Gewalt zielt auf körperlichen Zwang, Verletzungen oder Tötung. Ursache und Schäden sind deutlich sichtbar, die Folgen lassen sich relativ sicher prognostizieren.

Psychische Gewalt will den Menschen gefügig machen. Einschüchterungen, das Wecken von realen oder irrealen Ängsten bzw. das Versprechen von Belohnungen dienen dabei als Hilfsmittel. Sie läuft oft subtil ab und ist für das Opfer schwer durchschaubar und nicht selten auch für Außenstehende nur schwer objektiv faßbar. Häufig zeigt sich das Ausmaß der Schädigungen erst nach langer Zeit, wenn die Ursache gar nicht mehr existent ist.

Institutionelle Gewalt zielt auf dauerhafte Abhängigkeits- und Unterwerfungsverhältnisse ab. Die Institution, z. B. ein Staat stützt sich dabei auf Verfügungsmächte wie den Beamtenstand und Sicherheitsbehörden.

Ist sie legal, also gesetzeskonform, wird sie von der Öffentlichkeit akzeptiert, setzt sie sich über die von den Machhabern selbst gesetzten Gesetze hinweg, wird sie illegal.

Der Begriff der **strukturellen** Gewalt stammt von Johan Galtung (1975). Er prägte ihn, um jene Arten der Gewalt zu fassen, die aus systemischen Strukturen resultieren und sich niederschlagen in vielfältigen Formen anonymen Massenelends. Ungleiche Lebenschancen, von Menschen verantwortet, aber individuell nicht mehr zurechenbar ist dabei die Quintessenz seiner Aussage.

Mit dem Begriff der **kulturellen** Gewalt werden all jene Aspekte von Kulturen gekennzeichnet, die zur Rechtfertigung und Legitimierung anderer Gewaltformen verwendet werden.

Die individuelle Gewalt als eine Erscheinungsform von Gewalt kann gegen Personen und auch Gegenstände ausgeübt werden, erstere können, müssen aber nicht zwangsläufig soziale Beziehungen miteinander pflegen. Täter ist der Einzelne alleine oder in Gruppen.

Wichtigstes Unterscheidungsmerkmal der **privaten** Gewalt von vorhergehenden Art ist, sie findet ausschließlich im sozialen Nahbereich, in kleinen Gemeinschaften mit nur begrenzter Mitgliederzahl (Familie, Verwandtschaft, Arbeitskollegen) unter Ausschluß der Öffentlichkeit statt. Hierzu zählen auch Kindesmißhandlungen und sexuelle Nötigungen zwischen Familienangehörigen. Die Dunkelziffer der Fallzahlen ist hoch, trotz in den letzten Jahren vermehrter Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit. Verursacht wird dies durch das emotionale und/oder materiell-familiäre Abhängigkeitsverhältnis zwischen Täter und Opfer und der lange Zeit geltenden Tabuisierung bzw. Legitimierung von bestimmten Formen privater Gewalt (z.B. Prügelstrafe; Recht auf Züchtigung der Ehefrauen usw.).

Kollektive Gewalt bildet den Gegensatz zu individueller und privater Gewalt. Sie wird in einem bestimmten Maß von einer legitimierten Führung gelenkt, sie besitzt immer einen bestimmten Grad an Organisiertheit und sie geht in ihrer Gruppengröße über die von Straßengangs oder Hooligans hinaus. Pogrome gegen Minderheiten oder Aufstände von Teilen des Volkes sind typische Beispiele.

Politische Gewalt kann, muß aber nicht aus einer Gruppe entstammen, ihr Hauptziel ist das Erringen und Behaupten von politischer Macht. Dabei kann sie gegen den Staat oder von diesem zum Herrschaftserhalt ausgeübt werden. „Solche Gewalt mit ideologischem Hintergrund zielt darauf, das Verhalten anderer Personen oder Institutionen oder gegebenenfalls ein politisches, soziales oder ökonomisches System mit dem Ziel der Etablierung einer neuen Ordnung zu verändern“. (Imbusch, 2002, S.47).

Der heterogene Begriff **staatliche** Gewalt läßt sich in vier Variationen unterscheiden:

Erstens: Das staatliche *Gewaltmonopol* einer sogenannten rechtsstaatlich-demokratischen Ordnung. Zweitens: Gewalt als *Ursache und Begleiter der Staatenwerdung* in der Historie und Moderne, z.B. der nordamerikanische Unabhängigkeitskrieg.

Bei der dritten Variation verschwimmen die Grenzen von Legalität und Legitimität bei der durch das Selbstbild des Staates begründeten Ausübung von Macht und Repression, dazu zählen

beispielsweise die bundesdeutschen Notstandsregeln, aber auch das Kriminalisieren von Gegnern einzelner oder komplexer Politikbereiche.

Letzte Variante sind Diktaturen, die in ihrer „weichen“ Form mit juristischen und anderen repressiven Mitteln arbeiten oder aber als Form mit Folter, Mord u.ä.

2.3 Ursachen für Gewalt

Gewalt und Aggressivität sind unspezifische Symptome und können Folge einer Vielzahl unterschiedlicher Störungen sein. Neurobiologisch werden unterschiedliche Mediatoren, Neurotransmitter und Rezeptoren diskutiert, über die aggressives oder gewalttätiges Verhalten vermittelt werden soll. Die Forschung fokussiert dabei besonders das serotonerge und das dopaminerge System.

Psychologische, soziale und bio- physiologische **Ursachen** bilden gemeinsam das Gefüge, aus dem sich aggressives Verhalten bildet.

- Psychiatrisch: Psychische Erkrankungen,
Drogenintoxikation und –entzug,
Demenz,
Persönlichkeits- und Angststörungen.
- Neurologisch: Schädel-Hirn-Trauma,
Hirntumore und Hirnentzündungen,
Hirnatrophie und Zerebrale Gefäßprozeße
- Internistisch: Stoffwechsel- und Schilddrüsenerkrankungen.
- Pharmakologisch: Medikamentenmißbrauch und –nebenwirkungen.

Eine Reihe anamnestischer Faktoren (z. B. frühere Gewalttaten, früheres Opfer von Gewalt, Neigung zu Gewalt seit früher Kindheit, frühere Diagnosen, Krankheitsdauer) und soziodemographischer Variablen (z. B. männliches Geschlecht, junges Lebensalter, ethnische Zugehörigkeit, niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit) sind als Risikofaktoren für Aggressivität bekannt (vgl. Pajonk, 2001, S. 207).

2.4 Phasen der Gewalt

Der Ablauf einer Gewalttat lässt sich in 5 Phasen einteilen.

1. **Auslösung:** Es beginnt mit einer Änderung des verbalen und nonverbalen Verhaltens einer Person als Anzeichen einer beginnenden Abweichung vom Normalverhalten, mit unberechenbaren Eigengesetzlichkeiten von Auslösungsmomenten.
2. **Eskalation:** Die Handlungen der Personen weichen mehr und mehr von normalen Mustern ab, die Dynamik erhöht sich dabei schlagartig, der potentielle Aggressor verschließt sich mehr und mehr einer rationalen Annäherung an sein Problem.
3. **Krise:** Es kommt zu einem sich stetig verstärkender Kontrollverlust über Körper, Gefühle und Psyche, der Aggressor kann nicht mehr rational agieren, für ihn ist der Angriff unvermeidlich und aus seiner Sicht gerechtfertigt. Verbale Intervention sind jetzt nutzlos und schädlich, denn der Täter kann nicht mehr adäquat darauf reagieren.
4. **Erholung:** Eine Periode scheinbarer Normalität, aber die psychologische und körperliche Erregung des Täters kann bis zu anderthalb Stunden nach dem eigentlichen Zwischenfall auf einem konstant hohen Niveau stagnieren. Der Täter reagiert weiterhin hochoerregt auf die vorherigen Auslösefaktoren, es besteht eine sehr große Gefahr für die Anwesenden, da sie in einer scheinbar beruhigten Situation völlig unvorbereitet einem neuerlichen Gewaltausbruch gegenüber stehen!
5. **Depression:** Nach der Krise folgend, verbunden mit geistiger und körperlicher Erschöpfung. (vgl. Breakwell, 1998, S. 55 ff)

2.5 Folgen von Gewalt

Gewalt hinterläßt vielseitige Konsequenzen für das Opfer, dabei lassen sich 4 Hauptgruppen von Folgeschäden ausmachen:

1. Körperlich: Verletzungen wie Kratzer, Hämatome, Knochenbrüche und chronische Schmerzen und dauerhafte Störungen von Körperfunktionen.
2. Emotional-psychisch: Angst, Wut, Streß, Hilflosigkeit, verbunden mit dem Verlust des Selbstbewußtseins und Depressionen.
Nachfolgend kann es zu posttraumatische Belastungsstörung mit psycho-vegetativen Symptomen wie Schlafstörungen oder Appetitlosigkeit kommen.
3. Sozial: Die Belastungsmomente liegen im Familien- und Freundeskreis und sind durch Unverständnis und Bagatellisierung von bzw. durch andere gekennzeichnet. Dies kann in Selbstzweifeln und emotionalem Rückzug münden.
4. Ökonomisch-finanziell: Es kommt zu Einbußen für Betroffene infolge längerer Krankheitsdauer, Arbeitsunfähigkeit usw., die Qualität der Arbeit von Opfern von Gewalt verschlechtert sich.

2.6 Bewältigungsstrategien gegenüber Gewalt

Es existieren eine Vielzahl von psychotherapeutischen Bewältigungsstrategien, diese können kurz- und längerfristig angelegt sein.

Kurzfristig wird den Betroffenen die Möglichkeit gegeben, Gespräche mit Vertrauenspersonen zu führen und mit beteiligten und unbeteiligten Kollegen und Vorgesetzten die Situation zu analysieren, um so ein möglichst objektives Gesamtbild zu erhalten. So findet der Betroffene eine erste Erleichterung, Anspannungen werden abgebaut.

Langfristig helfen bei der Bewältigung spezielle Techniken wie z.B. die Supervision und Hypnose.

Unter Supervision versteht man „[...] allgemein die professionelle Begleitung bei der Reflexion beruflichen Handelns sowie von Arbeitsbeziehungen [...]“ (Stumm/ Pritz, 2000, S. 680), sie kann als Einzelpersonensetting (Coaching) bzw. in Gruppen durchgeführt werden.

Als Balintarbeit wird dabei die Analyse eines konkreten Falles benannt.

Ziel der Supervision in Gruppen als auch bei Einzelpersonen ist es, sich mit Beziehungsmustern, Kommunikation, Rollendynamik, Funktionen und Aufgaben innerhalb der Gruppe und in deren Außenbeziehung auseinander zu setzen, sie ist somit auch eine Form der Qualitätssicherung (vgl. Stumm/ Pritz, 2000, S. 680 f).

Ziel der Hypnose ist es, durch imaginative Techniken den kognitiv-emotionalen Zustand eines Menschen so zu beeinflussen, seine Vorstellungen und Empfindungen so zu bahnen, um einen veränderten Bewußtseinszustand, die Trance, zu erreichen, in dem die hierarchisch angeordneten Bewußtseinsebenen aufgelöst worden sind (vgl. Stumm/ Pritz, 2000, S. 282 f).

Schon seit der Antike angewandt, kommt sie heute als eigenständige Hypnosetherapie bzw. in Zusammenwirken mit anderen Psychotherapiemethoden vor.

3 Gewalt im Rettungsdienst

3.1 Gewaltausübung durch Rettungsdienstpersonal

3.1.1 Formen der Gewalt gegen Schutzbefohlene im Rettungsdienst

Es gibt aus nachvollziehbaren Gründen keine Untersuchung der Anzahl von böswilligen, offensichtlich aus niederen Beweggründen ausgeübten Aggressionen und Tätlichkeiten durch Rettungsdienstler im Rahmen des Strafrechtsbegriffes ‚Körperverletzung‘ gegenüber Patienten und deren Angehörigen. Ursache dafür liegen im Untersuchungsgegenstand selber.

Die Meinung, daß dies wahrscheinlich nicht sehr häufig vorkommt, gründet sich dabei im Wesentlichen auf der Ansicht, weil immer mindestens 2 professionelle Helfer, oftmals noch mehr (andere Rettungsmittel; Polizei; Feuerwehr), vor Ort sind, wird es potentiellen Tätern somit weitgehend unmöglich gemacht, Gewalt unbemerkt und somit eventuell ungestraft auszuüben. Dies gelänge nur, in Ausnahmefällen.

Daneben gibt es aber eine nicht zu unterschätzende Dunkelziffer verschiedenster **Formen** von Gewalt gegenüber Patienten, die sich nur bei einer genaueren Betrachtung und entsprechendem juristischen Hintergrundwissen offenbaren. Dazu zählen z.B. alle Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit des Patienten, wie z.B. das Legen von Venenverweilkanülen ohne Aufklärung und Einwilligung bzw. ohne jede medizinische Indikation (Tatbestand der gefährlichen! Körperverletzung) oder das Fixieren von unruhigen Patienten ohne richterlichen Beschluß. Auch die medikamentöse Sedierung ohne medizinische Indikation zählt dazu. Statt dem Versuch der Beruhigung über Gesprächsführung wird sie angewendet, um einer länger andauernden, verbalen Auseinandersetzung mit dem Patienten und dessen Krankheitsbild aus dem Wege zu gehen, denn zu so einer anstrengenden Gesprächsführung sind viele „Retter“ nicht bereit und oft auch nicht genug sensibilisiert und ausgebildet.

Auch die bloße Vernachlässigung/ Nichtbeachtung eines Patienten ist Gewalt. Einfachste pflegerische Handlungen wie z.B. das Anreichen, Entleeren und Desinfizieren eines Urinals werden von vielen Rettungsdienstmitarbeitern oft als unangenehm und nicht ihrem Berufsbild als „Lebensretter“ entsprechend angesehen. Ein prägnantes und in der Praxis nicht selten vorkommendes Beispiel für das absichtliche Zwingen eines Menschen in eine psychische und körperliche Notlage ist z.B. die Einstellung: „Na nun haben Sie sich mal nicht so, pullern Sie doch einfach in die Windel“ - obwohl ein Urinal an Bord des Rettungswagens ist.

Gleiches gilt für das Reden über den Kopf des (schwerkranken) Patienten hinweg, getreu dem Motto: „Der kriegt doch sowieso nichts mehr mit!“

Juristisch schwer faß- und sanktionierbar und auch leider auch bei Ärzten ausgeprägt, ist dieses Verhalten nicht nur menschlich unanständig, sondern zeugt von einer unprofessionellen Berufsauffassung.

Folgen solch eines Verhaltens können arbeitsrechtliche (Kündigung), strafrechtliche (Haft- bzw. Bewährungsstrafen) und zivilrechtliche (Schadenersatzforderung) Schritte gegen den oder die Täter sein.

3.1.2 Ursachen der Gewalt von Rettungsdienstmitarbeitern

Hier sind immer verschiedene Kombinationen von Einflußfaktoren aufzuzählen: Mangelhafte Aus- und Weiterbildung; kein offenes Betriebsklima; Unsicherheiten über Entlohnung und Arbeitszeiten und frühere negative Erfahrungen mit dem gleichen Klientel.

Besonders stark tritt all dies dann zu Tage, wenn der Mitarbeiter charakterschwach ist und er seine persönlichen Probleme und Sorgen auf unbeteiligte und daran unschuldige Patienten umlegt, er die unterdrückten Aggressionen seines Unterbewußtseins nicht gegen den Auslöser seiner Probleme, sondern gegen Unbeteiligte richtet.

Wer sich selbst beim eigenen Versagen ertappt, dies Schwäche aber nicht vor sich selbst und anderen zugeben oder gar zeigen möchte, „kompensiert“ sein Unvermögen mit dem Abwälzen von ‚Schuld‘ auf den Patienten, dieser empfindet es zu Recht als Demütigung, wehrt sich oder zieht sich zurück und wird unkooperativ.

So entsteht folgender „Teufelskreis“:

Scheinbar nonkonformes, renitentes Verhalten des Patienten führt durch → Fehleinschätzung und/ oder Unvermögen des Rettungskräfte zu gewalttätigem Handeln der Notfallretter.

Der → Patient versucht sich gegen die Aggression zu behaupten und erzeugt dabei wieder neues, „falsches“ Verhalten. Die → Rettungskräfte deuten dieses erneute oder weiterbestehende „unkooperative“ Verhalten des Patienten fehl usw.

Vorbeugen kann man diesem Problem mit der Schaffung eines offenen Gesprächsklimas und dem Angebot von professioneller Supervision. Das Tabuisieren nützt niemandem und schadet nur, jeder der im Rettungswesen arbeitet, kennt Aggressionen und „böse“ Gefühle gegenüber „unbeliebten“ Patienten, das Reden und der Gedankenaustausch mit anderen Betroffenen hilft hierbei, seine eigenen Gefühle zu verstehen und sie zu kontrollieren. So werden die Ursachen

und Auslöser von Aggressionen nicht auf den Patienten projiziert, sondern analysiert und sachlich betrachtet.

Im Akutfall vor Ort hilft es, sich bei der Behandlung des Patienten abzuwechseln, um durch räumliche Distanz vom „Gegner“ die Situation zu beruhigen.

3.2 Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter

3.2.1 Mögliche Konfliktlagen im Rettungsdienst

Nach Friedrich (2006, S. 14) sind die Rettungskräfte selbst bei gleichzeitiger Alarmierung von Polizeikräften durch die meist geringeren Anfahrtswege oft zuerst vor Ort und daher in der Anfangsphase auf sich allein gestellt. Typisch sind dabei fast immer eine unklare Lage über beteiligte Personen, Abläufe, Verantwortlichkeiten u.ä.

Es kristallisieren sich dabei drei **Hauptkonfliktkategorien** heraus:

1. Kriminelle Handlungen: z.B. Raubüberfälle
2. Psychiatrische Notfälle: z.B. Akute Psychosen; Panikstörungen; Demenz mit aggressiver Verhaltensstörung
3. Psychosoziale Notfälle: Familiäre Konflikte
(vgl. Schmitt et al., 2002, S.105)

Der Rettungsdienst ist hauptsächlich auf der Ebene der individuell-privaten, seltener der kollektiven Gewalt (z.B. Fußballhooligans) betroffen.

Dabei kann es im Rettungsdienst zu folgenden konkreten **Gefahrenlagen** kommen:

- Beschimpfungen
- Verbale Androhung von körperlicher Gewalt und/ oder Waffengewalt
- Bewußte und gewollte Behinderung/ Störung von medizinischen Maßnahmen
- Gewalt gegen Ausrüstungsgegenstände
- Ausübung von körperlicher Gewalt
- Ausübung von Gewalt mit Hieb-, Stich- und Schußwaffen.

Es gibt weder im deutschen Sprachraum noch in anderen Ländern weltweit ein allgemeingültiges, international vergleichbares Meßinstrument zur Messung von Häufigkeit und Schwere von Risikofaktoren für Gewalt. Deswegen ist es überlegenswert, ähnlich den notfallmedizinischen Scores zur Einschätzung von z.B. Neurologie/ Bewußtsein ein Bewertungssystem zu entwickeln, welches sich zur Abschätzung eines Risikos von Übergriffen auf die Einsatzkräfte eignet. Einen interessanten Ansatz bildet dabei die Gefährlichkeitscheckliste von Breakwell (1998, S.43).

3.2.2 Begünstigende Faktoren der Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter

Gesellschaftliche Ursachen und Förderbedingungen von Gewalt spielen hier eine große Rolle. Stichworte sind Sozialabbau und Globalisierung. Schmitt et al. (2002, S. 102) wiesen nach, „[...] dass mit absteigenden soziökonomischen Ressourcen die psychiatrisch und psychosozial bedingten Notfalleinsätze zunahmen.“

Psychiatrische und psychosoziale Notfälle implizieren nicht automatisch Gewalttätigkeiten gegen Rettungsdienstmitarbeiter, aber dennoch ist bei dieser Einsatzkategorie immer mit einem erhöhten Risiko an Gewalt zu rechnen.

Ergänzend schreiben Luiz et al. (2002, S. 507), daß der Verlust der traditionellen Beziehung zwischen Hausarzt und Patient, vor allem aber verminderte soziale Ressourcen (z.B. Ein-Personenhaushalte; isolierte Ältere in anonymen Wohnanlagen) und der enorme Zuwachs an sozialen Notlagen mit allen damit verbunden bzw. von diesen beeinflussten Folgen wie Drogenmißbrauch, Gewalt in der Familie usw. Gewalttätigkeiten fördern, die auch den Rettungsdienst betreffen können.

Schmitt et al. (2002, S. 103) stellen fest: “Es entspricht der täglichen Erfahrung, dass der Notarztdienst [...] als unmittelbar und überall verfügbare ärztliche Institution zunehmend mit den psychischen und somatischen Konsequenzen von Notfällen konfrontiert wird, die durch das Versagen sozialer Ressourcen [...] entstanden sind.“

Die Gründe für die sozialen Probleme in der BRD sind zu vielschichtig, als daß sie in dieser Abhandlung geklärt werden können, sie unterliegen auch immer der Sichtweise des Betrachters. Das Hauptaugenmerk sollte auf die Ablösung traditioneller Gesellschafts-, Familien- und Berufsstrukturen durch die Globalisierung; die Bevölkerungsentwicklung und die auf hohem Niveau stagnierende Zahl an Langzeitarbeitslosen gerichtet sein.

Sowohl die Ursachen als auch die Gesamtbreite ihrer Folgen für Betroffene und deren Angehörige liegen in der Wesensart des entwickelten kapitalistischen Systems, in dem wir leben, begründet.

3.2.3 Rettungsdienstspezifische Auslöser von Gewalt

Als ein wesentlicher und sehr direkter Auslösefaktor von gegen Rettungskräfte gerichteter Gewalt zählt das Verhalten der Rettungsdienstmitarbeiter. Schmitt et al. (2002, S. 106) setzen bei dem Verhalten und der Einschätzung des Notfalles durch die Rettungsfachleute an und stellen fest: „Notfallmedizinische Einsätze bei psychosozialen Krisensituationen und psychiatrischen Erkrankungen werden von den Helfern nicht selten als Fehleinsätze gewertet. [Un] Professionelles und soziokulturelles Selbstverständnis der Rettungsdienstmitarbeiter in Verbindung mit unzureichender Ausbildung sind wesentliche Ursachen dieser Einschätzung.“ Kommt zu dieser Einstellung noch das entsprechende (Fehl)Verhalten der Mitarbeiter am Einsatzort hinzu, so ist es leicht nachvollziehbar, wie schnell der verzweifelte, frustrierte Patient bzw. seine Angehörigen von den „Rettern“ enttäuscht sind, sich von diesen mißverstanden, unakzeptiert und angegriffen fühlen - es kommt zur Eskalation.

Mangelhafte Ausbildung wirkt dabei als Verstärker. Pajonk (2002, S. 206 f) führt an, daß die psychiatrisch-psychologische Ausbildung des Rettungsdienstpersonals nicht ausreichend und die psychiatrische Vorerfahrung gering ist.

Es fehlt das Wissen und das Bewußtsein im Umgang mit Patientengruppen, die es den Helfern gewollt oder ungewollt schwer machen, denn sie sind im Notfalleinsatz Hilfeempfänger und Gewalttäter zugleich.

Patientenspezifische Beweggründe für Aggressionen gegen Personen, die man um Hilfe anrief, können Frustration und Angst durch den bisherigen Krankheitsverlauf sein, die Retter müssen „schon wieder“ dieselbe oder eine für den Patienten objektiv oder subjektiv noch viel schlimmere Diagnose stellen.

Persönliche Notsituationen durch familiäre Verhältnisse; Wirkung von Suchtmitteln; ein Mangel an Privatsphäre bei der Behandlung und daraus folgend ein vermindertes Selbstwertgefühl, weil der Patient sich übergangen fühlt, verstärken die aggressive Stimmung ebenso, wie die Erfahrung des Täters, in früheren Konfliktsituationen mit Gewalt ein Erfolg erzielt zu haben, der Täter versucht nun dasselbe Handlungsmuster anzuwenden.

Verstärkt werden diese Befindlichkeiten durch Kommunikationsdefizite auf beiden Seiten, der Patient kann sich meist aus diversen Gründen nicht (mehr) ausdrücken, die Rettungskräfte wollen es nicht, z.B. aufgrund von Antipathie gegenüber alkoholisierten Personen, die ihren Rettungswagen beschmutzen oder weil sie es nie in ihrer Sozialisation und Ausbildung gelernt haben.

Friedrich (2006, S. 143) führt an, daß es neben echten Katastrophen viele Unterstufen des Mißlingens, des Scheiterns und des Fehlverhaltens gibt, dabei werden Desaster nicht selten durch glückliche Umstände umgangen, und alle Beteiligten oft dazu verleitet, daß Fehler im Einsatz nicht bewußt gemacht und auch nicht aufgearbeitet werden. Diese Blauäugigkeit und Oberflächlichkeit im Umgang mit (eigenen) Fehlern ist leider auch zu oft bei großangelegten Übungen zu finden, die Zufriedenheit der Teilnehmer scheint wichtiger als eine schonungslose Evaluation über Fehler und deren Ursachen. Doch nur letztere hilft; Fehler zu vermeiden und zu verringern- für den Ernstfall!

Nicht zuletzt schädigen Unsicherheiten im Umgang mit Patienten, fehlende bzw. geringere Arbeitszufriedenheit, reduzierte Arbeitsmoral und evtl. Fernbleiben von der Arbeit nachhaltig, wenn auch erst mittel- und langfristig, dem Ansehen des Rettungsdienstträgers.

3.2.4 Präventionsansätze im Rettungsdienst

Laut deutschem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG, §3) haben Arbeitgeber die Pflicht, den Arbeitsplatz sicher zu gestalten und dadurch die Gesundheit der Arbeitnehmer zu beeinflussen. Bisher findet das Thema ‚Gewalt gegen Mitarbeiter des Rettungsdienstes‘ in aktuellen Lehrplänen für Aus- und Weiterbildung allerdings nur einen untergeordneten Platz unter dem Stichwort Eigensicherung, auf einer Ebene mit dem Schutz vor Infektionskrankheiten und anderen Gefahrenlagen. Wie schon erwähnt, gibt es nur wenig Literatur und Institutionen, die sich mit dem Thema intensiv beschäftigen.

Nötig und sinnvoll wäre ein Partizipieren an Spezialwissen bestimmter Berufsgruppen, wie z.B. an dem der Polizei oder von Psychologen, also eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Friedrich (2006, S. 143) bringt zum Ausdruck: „Viele Einsatzlagen [und auch „erfolgreiche „ Übungen] scheinen gelungen, weil es keine offensichtlichen Fehler, keine Katastrophen oder Unfälle gegeben hat. Fragen der Verbesserung und Optimierung des Verhaltens der professionellen Einsatzkräfte bleiben unbeachtet.“

Breakwell (1998, S. 101 ff) verwendet dafür den Begriff ‚**Sicherheitskultur**‘ und meint damit Merkmale wie vertrauensvolle Kommunikation aller Organisationsangehörigen und deren Mitarbeit an Richtlinien gebenden Präventions- und Bewältigungsmaßnahmen. Eine Reihe von Faktoren muß bei der Einschätzung der Sicherheitskultur einer Rettungsdienstorganisation berücksichtigt werden. Sie fallen unter die Rubriken allgemeine und sicherheitsbezogene Organisationsfaktoren.

Allgemeine Organisationsfaktoren für das Zustandekommen einer Sicherheitskultur sind:

- **Wirksame Kommunikation:** Ist jedes Mitglied des Personals über die Organisationsziele und die Ziele seiner Untergruppe informiert? Verstehen und akzeptieren alle diese Ziele? Setzt die Organisation durch, daß ihr Management sich über die Risikowahrnehmung des einzelnen und über Präventionsmaßnahmen Gedanken macht?
- **Lernfähigkeit:** Werden die Arbeitspraktiken regelmäßig überprüft? Ist die Organisation somit in der Lage, rechtzeitig auf Veränderungen in der inneren und äußeren Umgebung einzugehen?
- **Selbsteinschätzung:** Ermuntert die Organisation systematisch das Nachdenken über Organisationskontrolle und Entscheidungsfindungsprozesse?
- **Führung:** Sorgt die Organisation dafür, daß die Vorgesetzten auf demokratische und nicht auf autoritäre Führungsstile setzen?

Sicherheitsbezogene Organisationsfaktoren schließen ein:

- **Sichtweise der Organisation:** Wird der Umgang mit Sicherheitsproblemen ganz klar als Verantwortung des Managements angesehen? Ist er integraler Bestandteil der Arbeit der Abteilungsleiter und ein Problem und die Verantwortung eines jedes einzelnen?
- **Sicherheitsverantwortung des oberen Managements:** Bestimmt das obere Management Sicherheitspolitik und -richtlinien? Informieren sich die Mitglieder des oberen Managements im Detail über Sicherheitsthemen und- probleme?
- **Führungsstil:** Interessieren sich die Vorgesetzten für die persönlichen und beruflichen Probleme ihrer Untergebenen?

- Sichtbarkeit des Managements: Kann die Organisation garantieren, daß sich Vorgesetzten an den Orten aufhalten, wo ihre Untergebenen den Hauptteil ihrer Arbeitszeit verbringen? Verstehen die Vorgesetzten die Arbeit an der Basis? Legen sie Wert darauf, mit dem Personal Sicherheitsthemen zu besprechen?
- Kommunikation: Hören Vorgesetzte auf Informationen, die ihr Personal über Sicherheitsthemen verbreitet? Vermitteln sie die Sicherheitspolitik des Managements auf eine für alle verständliche Weise?
- Ausbildung: Gibt es in der Organisation eine Sicherheitsausbildungspolitik? Wird sie regelmäßig beurteilt und auf den neuesten Stand gebracht?
- Risikoeinschätzung: Überprüft die Organisation, ob ihre Angehörigen Risiken immer noch korrekt einschätzen können und wollen? Interveniert sie bei Erhöhung von Risikofreudigkeit durch gruppensdynamische Prozesse? (vgl. Breakwell, 1998, S. 104 f)

Beide Klassifizierungen von Organisationsfaktoren sind das Resultat der wichtigsten Voraussetzung einer Prävention: Dem Problembewußtsein!

Verinnerlicht eine Organisation die oben genannten Kriterien einer Sicherheitskultur, bieten sich nachfolgende Präventionsmöglichkeiten auf der Makroebene in der gesamten Struktur des Rettungsdienstbereiches an:

Obligatorische Schulungen über alle Facetten des Spektrums ‚Gewalt‘, inklusive der Sichtweise auf begünstigende Faktoren durch eventuelles (Fehl)Verhalten der Rettungsdienstler und deren eigenes Aggressionspotential. Durch den adäquaten Einsatz von Sprache und Körpersprache kann das Konfliktmanagement verbessert und Verhaltensweisen erlernt werden, die dazu beitragen, das Gewaltpotential zu mindern und durch situative Kommunikation die aggressive Situation zu entschärfen. Kenntnisse über Früherkennung von Aggression und Gewalt sind dabei Grundvoraussetzung.

Spezifische Weiterbildung im Umgang mit Patientengruppen, die besonders zu Aggression neigen, verbunden mit angepaßten Handlungsalgorithmen können für Bedrohungslagen erlernt werden. So wie bei den standardisierten Handlungsabläufen der medizinischen Diagnose und Therapie bedarf es auch hier einer ständigen Wiederholung unter möglichst realistischen Bedingungen. Perfektion läßt sich schwerlich erreichen, aber auf dem Weg dorthin kann vieles für den alltäglichen Umgang mit solchen Gefährdungen getan werden.

Das Erlernen einfachster Abwehrtechniken und Absprachen mit der Polizei, z.B. über kurze und direkte Kommunikationswege, können die vorgenannten Möglichkeiten ergänzen!
Nachsorge für betroffene Mitarbeiter und deren Unterstützung durch Vorgesetzte sind weitere Möglichkeiten der Interventionen auf der Makroebene.

Auf der persönlichen oder Mikroebene muß jeder Mitarbeiter sich immer wieder im Rahmen einer Eigenevaluation überprüfen- auch nach 20 Dienstjahren ist man immer noch nicht fehlerlos- oder gerade deswegen?!

Fehlverhalten darf nicht „totgeschwiegen“ werden, die häufig geübte Praxis des „Nicht- Sehen- Wollens“ und der Haltung „Alles halb so schlimm“ entspricht in Wirklichkeit weder einer guten, kameradschaftlichen Stimmung und selbstverständlich auch keiner professionellen Auffassung der Berufsausübung. Der Betrieb/ die Vorgesetzten haben dabei ein Klima zu schaffen, in dem Kritik, auch untereinander, nicht als „Nestbeschmutzen“ gilt, sondern der beste Weg ist, um Patienten und Mitarbeiter vor Schäden zu schützen. Offenheit und Toleranz sichern langfristig den Geschäftserfolg, weil nur so wirklich die Qualität einer Arbeit unter Beweis gestellt wird.

4 Theorie und Praxis statistischer Untersuchungen

4.1 Haupt- und Nebengütekriterien als grundlegende Anforderungen

Ziel der empirisch-quantitativen Datenaufbereitung ist es nach Bortz/ Döring (2006, S. 369), durch besondere Aufbereitung und Darstellung von quantitativen Daten bislang unentdeckte bzw. unberücksichtigte Muster und Regelmäßigkeiten in den Meßwerten sichtbar zu machen. Wissenschaftliche Untersuchungen wie Tests, Befragungen usw. müssen bestimmten Gütekriterien Stand halten, um deren Ergebnisse als korrekt ermittelt und verwendbar zu bezeichnen (vgl. Bühner, 2006, S. 34 ff).

Zu den **Hauptgütekriterien** zählen:

1. **Objektivität**, als der Grad, in dem die Ergebnisse eines Tests unabhängig vom Untersucher sind, verschiedene Personen müssen bei dem gleichen Meßverfahren zu denselben Ergebnissen gelangen. Sie unterteilt sich in die:
 - **Durchführungsobjektivität**: Es darf zu keiner Variation von Fall zu Fall kommen, die Bedingungen der Messung müssen genau festgelegt sein. Voraussetzung dafür ist eine möglichst genaue Instruktion der zu Testenden/ zu Befragenden.
Auswertungsobjektivität: Jeder Analyst der Untersuchung muß die gleichen Punkte bzw. Ergebnisse usw. erhalten. Dazu zählen auch eventuelle Auswertungsvorschriften und erlaubte Hilfsmittel.
 - **Interpretationsobjektivität**: Jeder Auswerter sollte zur gleichen Beurteilung der Ergebnisse gelangen.
2. **Reliabilität** als der Grad der Genauigkeit, mit dem ein Test ein bestimmtes Merkmal mißt, unabhängig davon, ob er dieses Merkmal auch zu messen beansprucht, er ist ein Maß für die Reproduzierbarkeit von Meßergebnissen. Dabei wird zusätzlich unterschieden in die:
 - **Retest- Reliabilität**: Ein Maß für die Stabilität eines Testes, zu zwei verschiedenen Zeitpunkten gewonnene Ergebnisse werden miteinander korreliert und auf eventuell in der Zwischenzeit eingewirkte Einflüsse untersucht.
 - **Paralleltest- Reliabilität**: Eine Korrelation zweier Tests, die dasselbe Merkmal messen.

3. **Validität** als dem Ausmaß, in dem der Test das mißt, was er zu messen vorgibt.

Sie unterscheidet sich in:

- Inhaltsvalidität: Der Test ist logisch und fachlich begründet, er erfaßt hinreichend das zu messende Merkmal.
- Kriteriumsvalidität: Es gibt es einen Zusammenhang der Testleistung mit einem oder mehreren Kriterien, mit denen der Test aufgrund seines Meßanspruches korrelieren sollte.
- Konstruktvalidität: Der Test mißt die Eigenschaften, die er messen soll.

Die **Nebengütekriterien** sind:

1. **Normierung** als das Vorliegen von Normen über einen Test, die als Bezugssystem für die Einordnung des individuellen Testergebnisses gelten können. Dazu zählen z.B. die Repräsentativität der Stichprobe - wen bzw. was soll sie repräsentieren; die Anwerbung der Stichprobe - wie habe ich die Stichprobe ermittelt und die Stichprobentestbedingungen - gab es eine allgemeine oder eine spezielle Testsituation, verlief die Untersuchung in Gruppen oder einzeln, unter Aufsicht u.ä.
2. **Vergleichbarkeit** ist dann gegeben, wenn ein oder mehrere Parallelförmigkeiten oder ein Test mit gleichen Gültigkeitskriterien vorliegen. Dies ist dann vonnöten, wenn ein gleiche Person mehrmals getestet werden soll oder mehrere Personen in einer Gruppe.
3. Seine **Transparenz** ist dann gegeben, wenn seine Instruktionen für die zu testende/ zu befragende Zielgruppe verständlich ist.
4. **Ökonomie** und Nützlichkeit sind dann gegeben, wenn der Test/ die Untersuchung unter relativ kurzer Durchführungszeit und geringem Materialverbrauch durchgeführt werden kann, er einfach zu handhaben und deshalb auch als Gruppentest durchführbar ist und einen praktischen Bezug hat!

4.2 Arten von Erhebungen

Nach Fahrmeir et al. (2004, S. 25 ff) werden bei Experimenten Daten erzeugt und bei einer Erhebung bereits vorhandene Daten durch Befragung, Interview oder Beobachtung aufgenommen.

Wurde die Erhebung speziell mit Blick auf die (aktuelle) Forschungsfrage vorgenommen, so handelt es sich um aktuelle Daten, um eine primärstatistische Erhebung. Werden bereits vorhandene Daten ausgewertet, so ist es eine sekundärstatistische Erhebung. Die Verwendung bereits transformierter oder komprimierter Daten, z.B. Mittelwerte, bezeichnet man als tertiärstatistische Erhebung, hier ist die Fehlerquote am größten.

Die Datenbeschaffung kann durch Nutzung vorhandener Datensätze, Datenerstellung durch Dritte und durch Beibringung der Daten durch den Forscher selbst geschehen. Ersteres ist sehr ökonomisch, aber nur sinnvoll, wenn auch wirklich die gewünschten Daten schon vorliegen. Die zweite Variante ist auch ökonomisch, aber mit der Gefahr von Qualitätsmängeln beispielsweise durch unzureichende Schulung der Interviewer oder deren bloßes ökonomisches, nicht aber inhaltliches Interesse an der Datenerzielung verbunden. Die Eigenbeschaffung ist sehr zeitaufwendig aber unumgänglich, wenn die gewünschten Daten nicht vorliegen (vgl. Bortz/ Döring, 2006, S. 370 f).

Während bei einer **Vollerhebung** die komplette Grundgesamtheit untersucht wird, werden bei **Stichproben** nur Teile derselben betrachtet und zwar so, daß die untersuchungsrelevanten Eigenschaften der Grundgesamtheit möglichst genau abgebildet werden. Dies gelingt nach Behrendt/ Runggaldier (2005, S. 82) durch größtmögliche Vorinformation über die Grundgesamtheit und deren exakte Definition.

Bei einer **einfachen Zufallsstichprobe** werden Teilmengen der Grundgesamtheit so erhoben, daß jede dieser Teilmengen mit derselben Wahrscheinlichkeit gezogen wird. Praktisch ist dies schwer umzusetzen, da die (Einzelmengen der) Grundgesamtheit „durchnumeriert“ sein müßten, um ähnlich wie beim Lotto nach und nach bzw. alle zugleich die entsprechende Anzahl an Stichproben zu ziehen. Eine Möglichkeit wäre die systematische Ziehung von Stichproben in bestimmten Abständen, z.B. jeder siebente Rettungsdienstmitarbeiter wird zur Befragung ausgewählt.

Besser zur praktischen Umsetzung geeignet ist die **geschichtete Zufallsstichprobe**, die Grundgesamtheit wird in sich nicht überlappende Schichten zerlegt und dann aus jeder Schicht

eine Zufallsvariable gezogen. Optimal sind als Resultat der Schichtung in sich sehr homogene und untereinander sehr heterogene Schichtungen. Ein sehr gutes Beispiel wäre die Untersuchung des Durchschnittseinkommens der Bundesbürger und die dementsprechende Schichtung nach Berufen ohne Schulabschluß, mit Hauptschule, Gymnasium, Studium usw.

Bei der **Klumpenstichprobe** wird die Schichtbildung künstlich durchgeführt, die Grundgesamtheit „zerfällt“ nicht natürlicherweise. Oft existieren aber vorhandene Anhäufungen von Untersuchungseinheiten, z.B. Gemeinden. Aus der Gesamtheit der Klumpen werden einige ausgewählt und diese wiederum in einer Vollerhebung erfaßt. Für einen optimalen Informationsgewinn sollten die Klumpen untereinander sehr homogen, also kleine Abbilder der Grundgesamtheit sein. Unterscheiden sich die ausgewählten Klumpen von den nicht erfaßten Klumpen, z.B. im Rahmen einer späteren bzw. Zweitbefragung, so sind die Ergebnisse verfälscht.

Die **Studiendesigns** unterteilen sich in Querschnittsstudien – Merkmalerfassung zu einem bestimmten Zeitpunkt an mehreren statistischen Einheiten. Bei einer Zeitreihe wird ein Objekt hinsichtlich eines Merkmales zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfaßt, z.B. beim Deutschen Aktienindex DAX.

Ein Panel oder eine Längsschnittstudie ist die Beobachtung einer Gruppe von gleichartigen Objekten zu verschiedenen Zeitpunkten.

4.3 Methoden der Datenanalyse

Speziell bei der Datenanalyse lassen sich drei Grundaufgaben der Statistik angeben:

Beschreiben (Deskription), Suchen (Exploration) und Schließen (Induktion).

Die **deskriptive** Statistik dient der graphischen Aufbereitung und komprimierten Beschreibung von Daten mit Hilfe von Diagrammen, Verlaufskurven usw., Merkmale werden dabei als Variablen dargestellt. Ihre zweite Funktion liegt in der Datenvalidierung, um beispielsweise Fehler bei der Übertragung der Daten vom Befragungsbogen auf den Datenträger zu identifizieren, dies ist nötig, um bei nachfolgenden, weitergehenden Untersuchungen fehlerfrei mit den erhobenen Daten arbeiten zu können.

Die deskriptive Statistik bedient sich nicht der Stochastik mit deren Mitteln der mathematischen Analyse zufallsabhängiger Ereignisse (Wahrscheinlichkeitstheorie).

Bei der **explorativen** Datenanalyse, die auch ohne stochastische Methoden auskommt, gilt das Hauptaugenmerk der Suche nach Strukturen und Besonderheiten in den Daten und generiert so neue Hypothesen und Fragestellungen. Sie kommt häufig dann zur Anwendung, wenn die Fragestellung zur Verwendung der gesammelten Daten unklar ist.

Die **induktive** – auch schließende - Statistik versucht durch stochastische Berechnungen aus den vorhandenen Datensätzen allgemeine Schlußfolgerungen für umfassendere Grundgesamtheiten zu finden(nach Fahrmeir et al. 2004, S. 11 ff).

4.4 Statistische Einheiten

4.4.1 Eigenschaften statistischer Einheiten

Die für die Datengewinnung potentiell interessanten, zu beobachtenden Objekte, Ereignisse usw. werden als statistische Einheiten bezeichnet.

Als Grundgesamtheit wird dabei die Menge aller statistischen Einheiten bezeichnet, über die man Aussagen gewinnen will. Teilmengen der Grundgesamtheit nennt man Teilgesamtheiten. Die Grundgesamtheit ist endlich, z.B. bei der Anzahl der Wähler einer bestimmten Partei in Deutschland, oder aber unendlich bzw. hypothetisch, beispielsweise bei der Untersuchung von möglichen Betriebszeiten eines öffentlichen Nahverkehrs.

Die tatsächlich untersuchte Teilmenge/ Teilgesamtheit der Grundgesamtheit nennt man Stichprobe.

Die Stichprobe soll ein möglichst getreues Abbild der Gesamtpopulation wiedergeben, dies wird durch zufällige, aber nicht willkürliche Auswahl der Stichprobe sichergestellt, das heißt jede statistische Einheit hat dieselbe Chance, in die Stichprobe zu kommen.

Die interessierenden Größen werden als Variablen oder Merkmale mit mindestens zwei Ausprägungen bezeichnet, sie sind beobacht- und beschreibbar. Variablen können zum gleichen Zeitpunkt bei verschiedenen Menschen oder Objekten unterschiedlich ausgeprägt sein (Regelfall). Statistische Einheiten sind also die Merkmalsträger. Meist wird an einem Objekt, z.B. einer zu befragenden Person, mehr als nur ein Merkmal beobachtet bzw. erfragt. Jedes konkrete Merkmal hat dabei eine bestimmte Merkmalsausprägung, z.B. die Person ist männlich oder weiblich; das Hausdach mit Stroh oder Schiefer gedeckt usw.

Kurz zusammengefaßt:

- statistische Einheiten: Objekte mit den interessierenden Größen;
 - Grundgesamtheit: Menge aller für die Fragestellung bzw. Untersuchung relevanten statistischen Einheiten;
 - Teilgesamtheit: Teilmenge der Grundgesamtheit;
 - Stichprobe: tatsächlich untersuchte Teilmenge;
 - Merkmal: Variable, die interessierende Größe;
 - Merkmalsausprägung: konkreter Merkmalswert einer statistischen Einheit.
- (vgl. Fahrmeir et al. 2004, S. 14 ff).

4.4.2 Merkmalstypen von statistischen Einheiten

Merkmale lassen sich hinsichtlich bestimmter Charakteristika in Typen einteilen. Dazu zählt die Anzahl der möglichen Ausprägungen.

Diskrete Merkmale haben endlich viele oder abzählbar unendlich viele Ausprägungen, z.B. die Anzahl der Hausbewohner bzw. die Anzahl der Versuche, bis mit einem Würfel eine ‚Sechs‘ erreicht wird.

Stetig heißt eine Merkmalsausprägung, wenn sie alle Werte eines Intervalls annehmen kann, z.B. die Körpergröße von 100 cm bis 200 cm.

Stetige Merkmale können aber gruppiert oder klassifiziert werden und gelten dann als diskrete Merkmale, z.B. wenn alle Körpergrößen von Schülern einer Schule nicht einzeln aufgelistet werden, sondern in Gruppen eingeteilt werden, z.B. Größe von 120 bis 140 cm; von 140 bis 160 cm usw.

Eine weitere Unterscheidung kann nach dem **Skalenniveau** erfolgen. Die Daten weisen dabei je nach Skalenniveau folgende Eigenschaften auf:

- **Nominalskalierung**: Die Kategorien sind ohne bestimmte Reihenfolge, es erfolgt die bloße Messung von Gleichheit/ Verschiedenheit, eine inhaltliche Ausprägung ist zur Kodierung häufig mit Zahlen angegeben. Ein Beispiel wäre die Farbe eines Rettungswagens.

- **Ordinalskalierung:** Geordnete Kategorien zum Messen von Gleichheit/ Verschiedenheit und einer Reihenfolge bzw. Ordnung, die Abstände sind nicht interpretierbar, als Beispiel die Prüfungsnoten der Rettungsassistentenprüfung, der Abstand zwischen der 1 und der 2 kann nicht sinnvoll mit dem Abstand zwischen der Note 4 und 5 verglichen werden.

- **Intervallskalierung:** Mißt wie die Ordinalskalierung, zusätzlich sind die Abstände/ Differenzen zwischen den Ausprägungen interpretierbar, z.B. bei der Temperatur. Es existiert kein sinnvoller Nullpunkt, Quotienten von Ausprägungen können nicht interpretiert werden, die Aussage „Heute ist es doppelt so kalt wie gestern“ als ein Beispiel.

- **Verhältnisskala:** Hier können auch die Quotienten von Ausprägungen bewertet werden, z.B. ein doppelt so schweres Gewicht, denn es existiert ein künstlicher Nullpunkt mit dem die Skala an einem bestimmten Punkt des Eigenschafts- oder Fähigkeitsbereiches auf Null gesetzt werden kann. (nach Fahrmeir et al, 2004, S. 17 ff).

5 Ziel der Untersuchung

Ziel der Untersuchung des Themas „Gewaltausübung gegen Rettungsdienstmitarbeiter“ ist es, anhand einer Querschnittsaufnahme in norddeutschen Landkreisen und kreisfreien Städten einen Überblick zu erhalten, ob und in welchem Ausmaß dieses Problem relevant ist. Folgende Faktoren sollten dabei Beachtung finden:

- Ort, Zeit und Situation des Angriffs?
- Von wem wird sie ausgeübt und in welcher Form?
- Gibt es Besonderheiten, die mit der erlebten Gewalt einhergehen?

Aus der berufspraktischen Erfahrung des Autors, dem Literaturstudium und theoretischen Vorüberlegungen resultieren folgende Annahmen, die es zu beweisen bzw. zu widerlegen gilt:

1. Jeder befragte Mitarbeiter im Rettungsdienst hat im gesamten Jahr 2007 wenigstens 1 x eine gewalttätige Situation im Sinne der Untersuchung erlebt.
2. Übergriffe sind von der Tageszeit abhängig und kommen häufiger in der Nacht, als an den anderen Tageszeitpunkten (Morgens, Tagsüber) vor.
3. Gewalt ist vor allem an Orten mit größeren Menschenansammlungen (z.B. Stadien; Konzerte) ein Problem für die Rettungsdienstmitarbeiter.
4. Bei Gewaltübergriffen sind oft exogene Einflüsse in Form von Alkohol und anderen Drogen als Verstärker nachzuweisen.

6. Erstellung des Fragebogens

6.1 Beschreibung der Stichproben

Durch die Tatsache einer Vielzahl von Landkreisen in 16 Bundesländern der BRD mit Tausenden Rettungsmitarbeitern konnte die Befragung nur stichprobenartig erfolgen. Ausgewählt wurden die 3 norddeutsche Flächenbundesländer Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg- Vorpommern, aus denen insgesamt je zwei Flächenlandkreise und je zwei mittelgroße Städte (bis ca. 250 000 Einwohner) befragt werden sollten.

Ihre Bereitschaft zur Mitwirkung an der Studie erklärten im Land **Niedersachsen** die Landkreise *Uelzen* und *Cloppenburg*, die angesprochenen Städte Hannover und Braunschweig sagten ohne Begründung ab. Ersatzweise wurden Bremerhaven und Bremen kontaktiert, die ebenfalls einer Beteiligung an der Studie widersprachen.

Im Bundesland **Schleswig-Holstein** wurden die Landkreise *Dithmarschen* und *Rendsburg-Eckernförde* angesprochen. Hier und in den angrenzenden Kreisen Pinneberg und Steinburg führt die Rettungsdienstkooperation in Schleswig- Holsten gGmbH (RKisSH) den Rettungsdienst durch, somit war ein Ansprechpartner für potentiell vier Landkreise verfügbar, ausgewählt wurden die zuerst avisierten Kreise Dithmarschen und Rendsburg-Eckernförde. Die Städte Kiel und Lübeck wollten sich nicht beteiligten.

In **Mecklenburg- Vorpommern** wurden *Ludwigslust* und *Parchim* als Flächenlandkreise und der Rettungsdienst der Stadt *Neubrandenburg* zur Mitarbeit gewonnen. Rostock und Schwerin als weitere Oberzentren standen nicht zur Verfügung.

Die statistischen Klumpen im Einzelnen:

- Landkreis Cloppenburg: Rettungsdienstträger ist der DRK Kreisverband Cloppenburg mit 55 Beschäftigten, die Kreisstadt ist Cloppenburg zählt ca. 31 000 Einwohner.
- Landkreis Uelzen: Rettungsdienstträger ist der DRK Kreisverband Uelzen Landkreis Uelzen mit 92 Beschäftigten, Kreisstadt ist Uelzen mit ca. 34 000 Einwohnern.

- Landkreis Dithmarschen: In der Kreisstadt Heide wohnen ungefähr 21 000 Einwohner, die Rettungsdienstkooperation in Schleswig- Holstein (RKiSH) beschäftigt hier 42 Mitarbeiter.
- Landkreis Rendsburg- Eckernförde: Mit 73 Beschäftigten in der RKiSH, in der Kreisstadt Heide leben ca. 29 000 Bewohner.
- Landkreis Parchim: Rettungsdienstträger ist der DRK Kreisverband Parchim und der Arbeiter- Samariterbund (ASB). In der Kreisstadt Parchim leben 20 000 Einwohner.
- Landkreis Ludwigslust: Rettungsdienstträger ist das DRK Ludwigslust, in der gleichnamigen Kreisstadt Ludwigslust siedeln 13 000 Menschen.
Der Rettungsdienst in Ludwigslust und Parchim wird unter der Beteiligung des DRK und des ASB in Form einer gemeinnützigen GmbH durchgeführt. In beiden Landkreisen zusammen werden 92 Mitarbeiter beschäftigt.
- Kreisfreie Stadt Neubrandenburg: 70 Mitarbeiter der Berufsfeuerwehr Neubrandenburg und vom DRK Kreisverband Neubrandenburg tragen Sorge für ca. 68 000 Einwohner.
(nach [www. destatis. de](http://www.destatis.de))

Kontaktiert wurden die jeweiligen Ärztlichen Leiter Rettungsdienst des Landkreises, die Vorsitzenden der jeweiligen Hilfsorganisationen und deren Leiter Rettungsdienst, sowie die Geschäftsführung. Die Anfragen erfolgten in allen 3 Ländern parallel in telephonischer und nachfolgend in schriftlicher Form.

Nach der stattgefundenen Verbindungsaufnahme erfolgten Sondierungsgespräche über die Anzahl der Mitarbeiter, räumliche Verteilung der Rettungswachen und ob verschiedene Träger in einem Landkreis zuständig sind.

Aus jedem Landkreis wurde mir der Leiter des Rettungsdienstes bzw. dessen Stellvertreter als direkter Ansprechpartner zugewiesen, die bei der Logistik der Befragung hilfreich zur Seite standen, ständig erfolgten telephonisch und per E-Brief Rückmeldungen meinerseits über den Fortgang der Fragebogenerstellung usw. Offene Fragen und Probleme konnten so direkt und unkompliziert geklärt werden.

Der Verschickung der Bögen erfolgte per Post, ebenso die Rücksendung.

Eine **Differenzierung** nach der Art der Hilfsorganisation und der Organisierung des Rettungsdienstes erfolgte gewollt nicht, da es für die Grundidee dieser Studie nicht

ausschlaggebend war, w e r betroffen ist, sondern o b es zu Gewalt kommt und wenn ja in welchem ausmaß.

6.2 Konstruktion des Fragebogens

Bedingt durch den Umstand, daß es in Deutschland keine Befragung zum Thema „Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter“ gibt und auch durch umfangreiche Literaturrecherchen kein ausländisches Pendant gefunden wurde, mußte ein komplett neuer Bogen erstellt werden. Konstruiert wurde er nach den in den vorangegangenen Kapiteln erwähnten wissenschaftlichen Kriterien.

Besonders kompliziert gestalteten sich der Erhebungszeitraum und die Anzahl der zu betrachtenden Fälle.

Der Zeitraum wurde retrospektiv auf das gesamte Jahr 2007 festgelegt, die Befragung startete in den ersten Tagen des neuen Jahres 2008, um Erinnerungslücken so klein wie möglich zu halten.

Das 9-seitige Erhebungsinstrument besteht aus:

- einem Deckblatt,
- einem Anschreiben,
- den Hinweisen zum Ausfüllen des Bogens, inklusive der Kategorien von Gewalt und entsprechenden Beispielen,
- einer Datenschutzerklärung
- und dem eigentlichen Fragebogen.

Der Fragebogen selbst umfaßt 5 Seiten und ist beidseitig bedruckt. Er gliedert sich in drei Teile:

A- Demographische Daten

B- Gewalt gegen Sie als Rettungsdienstmitarbeiter

C- Begleitumstände der Gewaltsituation.

Die Art der Rettungsmittel und die notfallmedizinische Qualifikation (ärztliches oder nichtärztliches Personal) wurden nicht erhoben, da es nicht Aufgabe dieser Studie sein sollte, hier eventuelle Differenzierungen aufzuzeigen, dies bleibt ein weiterhin unerforschtes Feld. Die Annahme, ein Gewalttäter ist in der in den vorgegangen Kapiteln dargestellten Ausnahmesituation in der Lage, z.B. zwischen einem Notarzt und einem Rettungssanitäter zu differenzieren, ist rein spekulativ und aus der Praxis eindeutig zu verneinen, denn mit der Unterscheidung der notfallmedizinischen Qualifizierung haben der übergroße Teil der Bevölkerung und selbst medizinisches Fachpersonal schon Probleme.

Die Fragebögen wurden vor dem Versand mittels PC nummeriert, die eingegangenen Fragebögen wurden handschriftlich beziffert, um bei Problemen z.B. der Falscheingabe in EXCEL- und SPSS- Tabellen, die Eintragungen vom Original zur Tabelle und umgekehrt nachvollziehen zu können.

6.2.1 Aufbau des Fragebogens

Die Datenerhebung erfolgte auf nominalskaliertem Basis.

6.2.1.1 Teil A- Demographische Daten

An demographischen Daten wurden drei Altersgruppen, das Geschlecht und die Dauer der Betriebszugehörigkeit erfragt – insgesamt also drei Variablen.

Die Klassifizierung der Altersgruppen erfolgte nur dreifach, da nicht vermutet wurde, daß Gewalterleben altersabhängig ist, sondern um einen Überblick über die befragte Population zu erhalten.

Die Dauer der Tätigkeit im Rettungsdienst sollte handschriftlich eingetragen werden.

Das Argument des Datenschutzes, bei den Pre-Tests häufig von den Mitwirkenden erwähnt, limitierte die Auswahl von demographischen Daten, um so einer breiten Mitwirkung der angesprochenen Rettungsdienstler nicht entgegenzuwirken.

Ein weiterer Grund ist für die wenigen demographischen Daten ist, daß bei dieser Erhebung völlig unerschlossenes „Neuland“ betreten wurde, nicht w e r im einzelnen Betroffener ist, sollte aufgeheilt werden, sondern o b es zu Gewalt gegen die Notfallretter kommt.

Name, Typ und Label der Variable sowie das Label der Werte sind im Anhang angefügt.

6.2.1.2 Teil B- Gewalt gegen die Rettungsdienstmitarbeiter

Der Hauptteil des Fragebogens besteht aus 7 Fragen, die mehrfach in verschiedene Unterfragen gruppiert sind, so sind es insgesamt 26 Teilfragen, die für maximal 4 Fälle beantwortet werden konnten.

Es wurde erfragt, ob es im Verlauf des gesamten Jahres 2007 zu Gewalt gegen die Rettungsdienstmitarbeiter im Dienst gekommen ist, wenn ja, wurden die Befragten gebeten, sich an die letzten, maximal vier, Ereignisse bzw. Fälle zu erinnern und Angaben über Zeit, Ort, Situation, Täterschaft und Form der erlebten Gewalt zu machen.

Erfolgte im Jahr 2007 ein Angriff, so sollte nur der ‚1. Fall‘ beantwortet werden, bei zwei Angriffen der 1. und der 2. Fall usw. Der Begriff ‚Fall‘ steht dabei für 1 Einsatz mit selbst erlebter, gegen Rettungsdienstpersonal gerichteter Gewalt

Die nachfolgend aufgeführten Bereiche wurden abgefragt:

- Eventuelle vorherige Informationen oder Warnungen durch die Leitstelle und die Tageszeit in drei Kategorien- alles .
- Die Orte der Gewalt, zusätzlich mit der Möglichkeit, andere Lokalisationen aufzuschreiben, und die konkrete Situation, in der Gewalt ausgeübt wurde.

Letztere Einteilung erfolgte analog der feststehenden Reihenfolge eines routinemäßigen Rettungsdiensteinsatzes aus

Phase 1: Anfahrt und Eintreffen,

Phase 2: Behandlung,

Phase 3: Transport und der

4. Phase- der anschließenden Übergabe an ein Krankenhaus.

Hinzukommend wurde nach der Situation einer Todesfeststellung durch den Notarzt gefragt.

- Die Fragen nach dem Täter und der Art der Schädigung schlossen sich an, letztere mit der größten Differenzierung/ Klassifizierung aller Fragen. Nötig wurde dies, um nach der Frage, ob es zu Angriffen kommt, zu klären, mit welcher Intensität diese erfolgen, um das wirkliche Bedrohungspotential zu visualisieren.

Bis auf *Frage 7- Andere Orte der Gewalt* bei der bei Bedarf handschriftliche Eintragungen gemacht werden sollten, waren alle anderen Antwortkategorien in JA bzw. trifft zu und NEIN bzw. trifft nicht zu untergliedert und dementsprechend anzukreuzen.

(Name, Typ und Label der Variable sowie das Label der Werte sind im Anhang angefügt.)

6.2.1.3 Teil C- Begleitumstände der Gewaltsituation

Abschließend sollte es in 4 Fragen um eventuelle außergewöhnliche Begleitumstände des Einsatzes gehen.

Zu diesen zählen der Konsum von Alkohol und Drogen, die Applikation von Medikamenten, sowie die Diagnose einer psychischen Erkrankung und die Situation einer vom Rettungsdienst veranlaßten Zwangseinweisung. Letztere sind nach subjektivem Empfinden vieler professioneller „Lebensretter“ sehr oft Situationen, die von Aggressionen geprägt sind- einerseits durch das Krankheitsbild und andererseits durch die faktische Entmündigung eines Betroffenen bei einer Zwangseinweisung, die dieser subjektiv fast immer als „urplötzlich“ und „nicht gerechtfertigt“ empfindet.

Bis auf *Frage 14- Andere Besonderheiten des Einsatzes, bei der bei Bedarf* handschriftliche Eintragungen gemacht werden sollten, waren alle anderen Antwortkategorien in JA bzw. trifft zu und NEIN bzw. trifft nicht zu untergliedert und dementsprechend anzukreuzen.

Wurde der Bogen anweisungsgemäß ausgefüllt, so mußten mindestens 4, höchstens 128 Fragen bzw. deren Untergliederungen angekreuzt bzw. ausgefüllt werden.

Name, Typ und Label der Variable sowie das Label der Werte sind im Anhang angefügt.

6.3 Pre- Test

Der Fragebogen wurde in drei Testläufen auf seine Brauchbarkeit hin untersucht.

Beim ersten Durchgang wurden acht Mitarbeiter einer nicht befragten

Rettungsdienstorganisation aus dem Umland gebeten, den kompletten Fragebogen inklusive aller Bestandteile auf Schlüssigkeit und Verständlichkeit zu lesen und auf ihre Praxisnähe und Vorstellbarkeit zu überprüfen. Nach Einarbeitung ihrer zahlreichen Hinweise wurden im

nächsten Testschritt von sechs der oben erwähnten Mitarbeiter die Befragung speziell auf den Sinngehalt und die Verständlichkeit der Fragen untersucht, es sollte geklärt werden, ob die ‚Hinweise zum Ausfüllen‘ so konzipiert sind, daß ein komplikationsloses, ohne zusätzliche Hilfe gegebenes Ausfüllen möglich wäre.

Zuletzt wurden mit fünf anderen Mitarbeitern noch einmal alle Fragen durchgesprochen, um unnötige bzw. schlecht formulierte Fragen und Antwortkategorien zu entfernen bzw. umzuformulieren.

7 Datenanalyse

7.1 Parameter der Datenanalyse

7.1.1 Auswertungsverfahren

Nach der Eingabe über SPSS bzw. EXCEL wurden von allen Daten Häufigkeitstabellen erstellt. Die daraus ersichtlichen Werte wurden anschließend mit den Fragebögen abgeglichen, um eventuelle fehlende Eingaben zu korrigieren.

Die Auswertung dieser Daten erfolgte mit SPSS 15.

Prozentwerte wurden, wenn nötig, zum besseren Übersicht mathematisch gerundet.

Aus den errechneten Häufigkeitstabellen wurden die Kennzahlen abgelesen und Graphiken erstellt. Ab der Frage 5 sollten der Zahl der Fälle von Gewalt entsprechend bei jeder Frage bzw. deren Unterkategorie die entsprechenden Antwortkategorien angekreuzt werden.

Somit gab es zu jeder der Fragen eine aus den Häufigkeitstabellen ablesbare Anzahl an JA und NEIN Antworten.

Die Anzahl der Zustimmungen (JA bzw. Wertelabel =1) und der Verneinungen (NEIN bzw. Wertelabel=2) wurden zusammengezählt und daraus ein Durchschnittswert berechnet, der alle 4 Fälle einer Antwortkategorie repräsentiert, denn das Ziel dieser Erhebung ist nicht eine Aussage über einen bestimmten Fall, sondern es wurde nach 4 Fällen gefragt, um möglichst viele Daten zu erhalten, mit relativ geringem Aufwand zu erhalten.

Alternativ wäre es theoretisch auch möglich gewesen, die 4- fache Menge an (anweisungsgemäß ausgefüllten) Fragebögen zu beschaffen, um ein gleich gültiges Resultat zu erzielen.

Auf eine Korrelation, das heißt das Nachweisen von Zusammenhängen z.B. der interessanten Konstellation - Frage 5 (Warnung) und Frage 10 (Ausübung von Waffengewalt) - wurde aufgrund der zu geringen Fälle in vielen der Kategorien verzichtet, die dabei erzielten Ergebnisse würden den wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügen.

7.1.2 Aussagen über Qualität und Anzahl der gewonnenen Daten

Das Verhältnis von ausgegebenen zu ausgefüllt zurückgesandten Fragebögen betrug in den Landkreisen:

- Cloppenburg: 9 zu 55 → Rücklaufquote von 16 %,

- Uelzen: 29 zu 92 → Rücklaufquote von 32 %,

- Dithmarschen und Rendsburg- Eckernförde: 35 zu 115 → Rücklaufquote von 30 %,

- Ludwigslust und Parchim: 37 zu 110 → Rücklaufquote von 34 %,

- Neubrandenburg: 40 zu 70 → Rücklaufquote von 57 %.

Insgesamt betrug somit der Anteil der erfassbaren Fragebögen 150 von 442, gleich einem prozentualen Anteil von 34 %.

Der außerordentlich hohe Wert in Neubrandenburg erklärt sich durch die Lage im Studienort und das dadurch mögliche persönliche Engagement.

Die **Qualität** der ausgefüllten Fragebögen ist sehr gut, alle Bögen wurden korrekt ausgefüllt. Auf 2 Bögen wurde handschriftlich vermerkt, daß die Befragten es bedauern, nur über das Jahr 2007 gefragt worden zu sein.

7.2 Teil A- Demographische Daten

Frage 1- Lebensalter

Wie in *Abbildung 1* ersichtlich, teilen sich die beiden Alterskategorien der Lebensaltersgruppe der 26- bis 65- jährigen zu je etwas mehr als 40 % auf, die unter 26- jährigen machen 13 % aus.

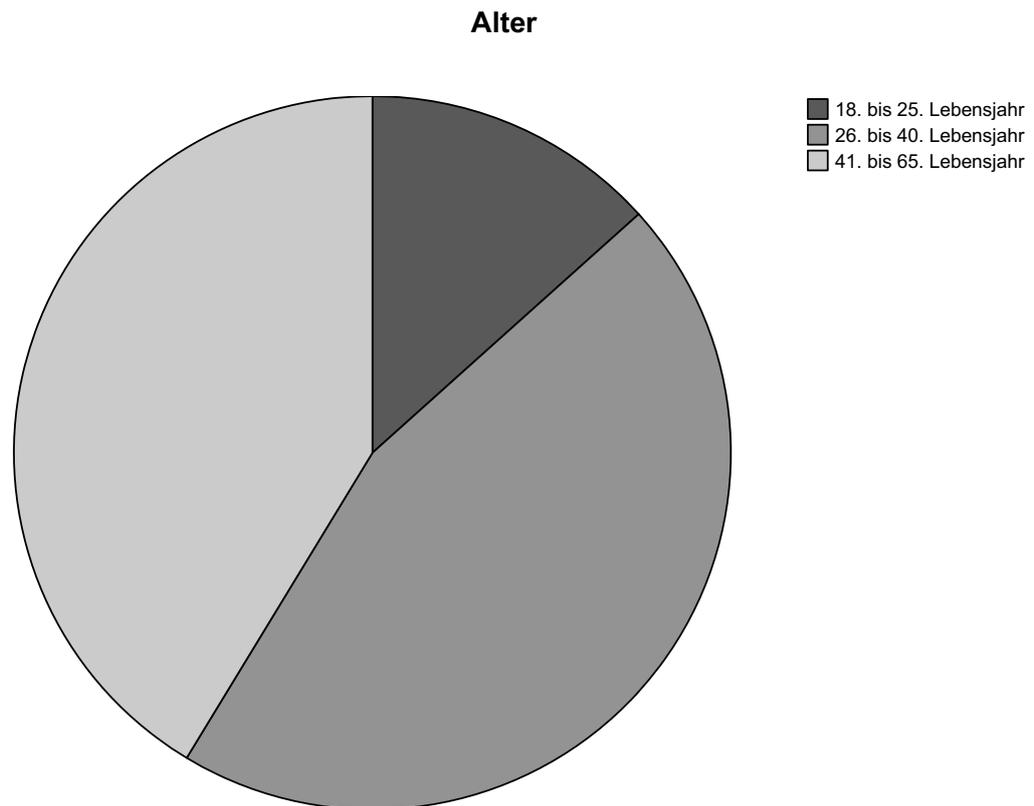


Abbildung 1

Frage 2- Geschlecht

12 % der Befragten waren Frauen, der Rest von 88 % Männer, dies liegt an der generell geringen Quote von Frauen im Rettungsdienst.

Frage 3- Beschäftigungsdauer

Kumuliert man die Prozente der Beschäftigungsdauer, so wird ersichtlich, daß ungefähr die Hälfte der Antwort gebenden Notfallretter nicht länger als 12 Jahre im Beruf tätig ist, $\frac{3}{4}$ der

Mitarbeiter arbeiten 16 Jahre oder weniger, 12 % länger als 20 Jahre. Die Verteilung der Arbeitszeit in Jahren ist homogen, keine der Klassen ist überdurchschnittlich stark oder schwach präsent, jedoch die Klasse mit über 30 Dienstjahren ist mit 5 von 150 sehr schwach repräsentiert.

Nur 7 von 150 Beschäftigten verweigerten die Angabe, zu vermuten wären hier Ängste vor dem Verlust der Anonymität, die trotz der Datenschutzerklärung nicht ausgeräumt werden konnten.

Fazit:

Die erhobenen demographischen Daten bezeugen, daß die befragte Population sich nicht auf bestimmte Lebensalter oder Beschäftigungszeiten konzentriert, somit kann von einer Repräsentativität der Stichprobe unter diesen beiden Aspekten der Demographie ausgegangen werden.

7.3 Teil B- Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter

Frage 4- Anzahl der Gewalterlebnisse im Jahr 2007

Im Vergleich der Anzahl der Gewalttaten in den Flächenlandkreisen und der kreisfreien Stadt Neubrandenburg ergaben sich keine signifikanten Unterschiede, wie nachstehende Tabelle zeigt.

<i>Opfer von Gewalt in 2007</i>	<i>Flächenlandkreise</i>	<i>Stadt Neubrandenburg</i>
1x	16,7 %	16,7 %
2 x	22,2 %	38,1 %
3 x	10,2 %	9,5 %
4 x	3,7 %	2,4 %
Mehr als 4 x	13,0 %	4,8 %
KEIN	34,3 %	28,6 %

Tabelle 1

Im Jahr 2007 wurden rund 1/3 aller befragten Rettungsdienstmitarbeiter nicht in einer der abgefragten Formen angegriffen.

Die Zahl von 4 und mehr Angriffen liegt im ländlichen Raum mit kumulierten 17 % rund zehn Prozentpunkten höher als in Neubrandenburg.

<i>Opfer von Gewalt in 2007</i>	<i>Gesamthäufigkeit</i>	<i>Prozent</i>
1x	25	16,7
2 x	40	26,7
3 x	15	10
4 x	5	3,3
Mehr als 4 x	16	10,7
KEIN	49	32,7
Gesamt	150	100

Tabelle 2

Insgesamt wurden 101 Mitarbeiter Opfer von Gewalt, 16 von diesen erlebten dabei vier und mehr Gewalthandlungen gegen sich. Es erlebten also 2/3 der betroffenen Mitarbeiter (101 Betroffene) insgesamt mindestens 234 Angriffe, diese Zahl an unterschiedlich gearteten Übergriffen bildet die verwertbare Datenbasis.

Im Durchschnitt also 2,3 Übergriffe pro betroffenen Kollegen, hochgerechnet auf die Gesamtzahl der Befragten von 150 wurde statistisch jeder der Mitarbeiter im Schnitt 1, 5 mal Opfer einer Attacke.

→ Die unter Gliederungspunkt 6 geäußerte Annahme, daß jeder befragte Mitarbeiter im Rettungsdienst im Jahr 2007 wenigstens einmal eine gewalttätige Situation im Sinne der Untersuchung erlebt hat, kann NICHT bestätigt werden.

Frage 5- Vorheriger Warnungen der Leitstelle

Hier sollte geklärt werden, ob und in wieviel Fällen die Leitstelle die Besatzungen der Rettungsmittel vor dem Gefahrenpotential gewarnt hat. Das theoretisch mögliche, bewußte Verschweigen von Gefahrenmomenten durch die Mitarbeiter der Leitstelle kann praktisch ausgeschlossen werden und ist daher für diese Frage nicht relevant.

Bei allen Gewalterlebnissen lässt sich anhand der SPSS- Häufigkeitstabellen erkennen, daß es nur in rund ¼ aller Fälle (23 %) zu einer Warnung durch die Leitstelle gekommen ist.

Frage 6- Tageszeit der Gewalt

Die zweite vor Beginn der Untersuchung geäußerte Theorie war, daß Übergriffe oft in den Nachtstunden (20: 00 bis 05: 00 Uhr) vorkommen, viele Rettungsdienstmitarbeiter würden dieser Aussage aus ihrem subjektiven Empfinden heraus zustimmen.

Gewalt	<i>Morgens</i> Häufigkeit	<i>Tagsüber</i> Häufigkeit	<i>Abends</i> Häufigkeit
1. Fall	13	30	59
2. Fall	2	26	48
3. Fall	3	7	25
4. Fall	0	8	13
Gesamt	18	71	145
Prozentual zu Gesamtzahl	8 %	30 %	62 %

Tabelle 3

Graphisch dargestellt, ergibt sich folgendes Bild:

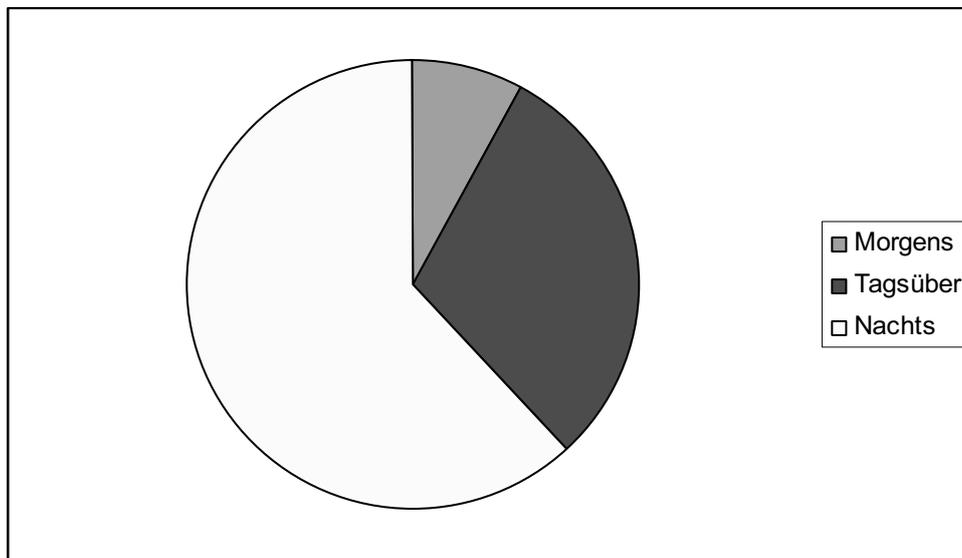


Abbildung 2

→ Die im Vorfeld geäußerte Annahme, daß Gewalt verstärkt in den Abend- und Nachtstunden vorkommt, hat sich bestätigt.

Frage 7- Ort der Gewalthandlung gegen die Rettungsdienstmitarbeiter

Die dritte im Vorfeld geäußerte Theorie war, daß Gewalt vor allem an Orten mit größeren Menschenansammlungen (Stadien; Konzerte) ein Problem für Rettungsdienstmitarbeiter ist.

Gewalt	<i>Wohnung</i> Häufigkeit	<i>Verkehrswege</i> Häufigkeit	<i>Menschenan-</i> <i>sammlung</i> Häufigkeit
1. Fall	58	19	18
2. Fall	33	20	20
3. Fall	20	5	10
4. Fall	12	4	5
Gesamt	123	48	53
Prozentual zur Gesamtzahl	53 %	21 %	23 %

Tabelle 4

Knapp über die Hälfte aller Einsätze mit Gefahrenmomenten durch Gewalt war in Wohnungen und anderen Privaträumen.

Nur ein gutes Viertel der Einsätze war an bzw. auf Verkehrswegen, dieser Wert ist überraschend hoch.

Das Problem, daß Gewalt auch im Rettungsmittel beginnen kann, wurde mit der Beantwortung der Frage nach ‚Anderen Orten‘ abgedeckt, 6 Personen berichteten von diesbezüglichen Erfahrungen.

Die in der Frage 7 zusätzlich genannte Kategorie ‚Andere Orte‘ ergab folgende Ergebnisse: Als andere Plätze wurde je 1 x eine Gaststätte und 1x eine Kinderstation und in 2 Fällen die Notfallambulanz aufgezählt. In 6 Fällen nahm die Gewalt im Rettungswagen (RTW) ihren Ausgang.

Die Orte der Gewalt lassen sich graphisch wie folgt darstellen:

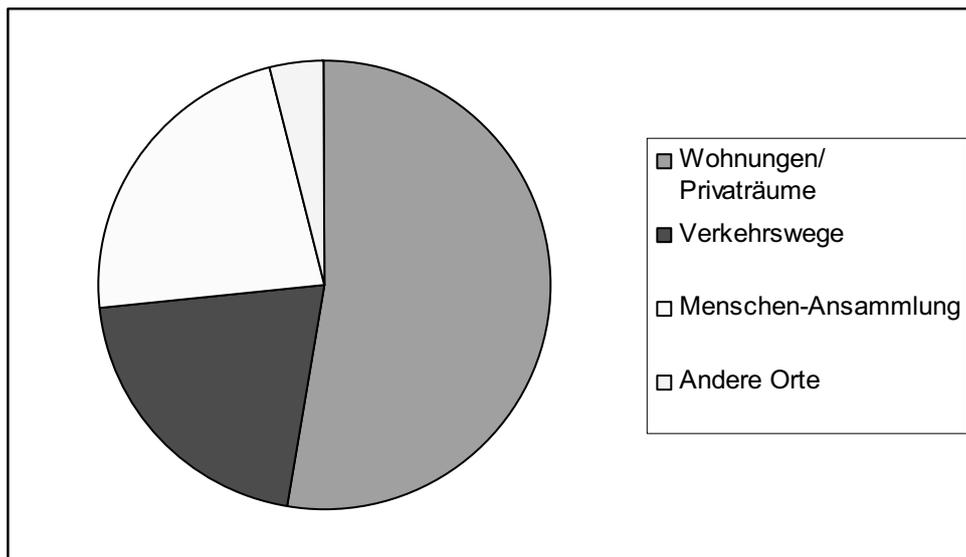


Abbildung 3

➔ Die dritte unter Gliederungspunkt 6 getätigte Annahme, daß sich Gewalt besonders deutlich an Plätzen mit vielen Personen abspielt, hat sich nicht bewahrheitet, denn dieser Prozentsatz liegt bei nur 25.

Frage 8- Situation der Gewalt

Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

Hier ging es darum, zu klären, an welchem Punkt des Ablaufgefüges ‚Notfalleinsatz‘ die Gewalt einsetzt. Die Frage wurde entsprechend den hintereinander ablaufenden Einzelschritten vom Eintreffen bis zur Übergabe im Krankenhaus, der Arztpraxis usw. in 4 Phasen unterteilt. Die Unterkategorien geben dabei die Reihenfolge vor.

Gewalt	<i>Eintreffen</i> Häufigkeit	<i>Diagnose</i> Häufigkeit	<i>Transport</i> Häufigkeit	<i>Behandlung</i> Häufigkeit
1. Fall	57	55	28	12
2. Fall	35	34	29	10
3. Fall	20	14	14	9
4. Fall	11	12	11	4
Gesamt	123	115	82	35
Prozentual zur Gesamtzahl	53 %	49 %	35 %	15 %

Tabelle 5

Circa die Hälfte aller 234 erfassten Gewalttaten kam beim Eintreffen am Notfallort oder während der Diagnose und Therapie vor.

In einem Drittel der Fälle kam es während des Transportes zu Gewalt gegen die Mitarbeiter und in 15 % während der Übergabe an (weiterbehandelnde) Dritte im Krankenhaus; der Pflegestation o.ä.

Als Fazit läßt sich festhalten, daß über 50 % aller Gewalttaten schon beim Eintreffen der Rettungskräfte ihren Anfang nehmen. Damit wird den Notfallrettern jede Chance genommen, sich erstens auf die Situation und den Patienten, die Anwesenden usw. einzustellen und zweitens den Anwesenden durch professionelles und zugleich einführendes Arbeiten zu zeigen, daß sie nicht Gegner sind, sondern zusammenarbeiten müssen.

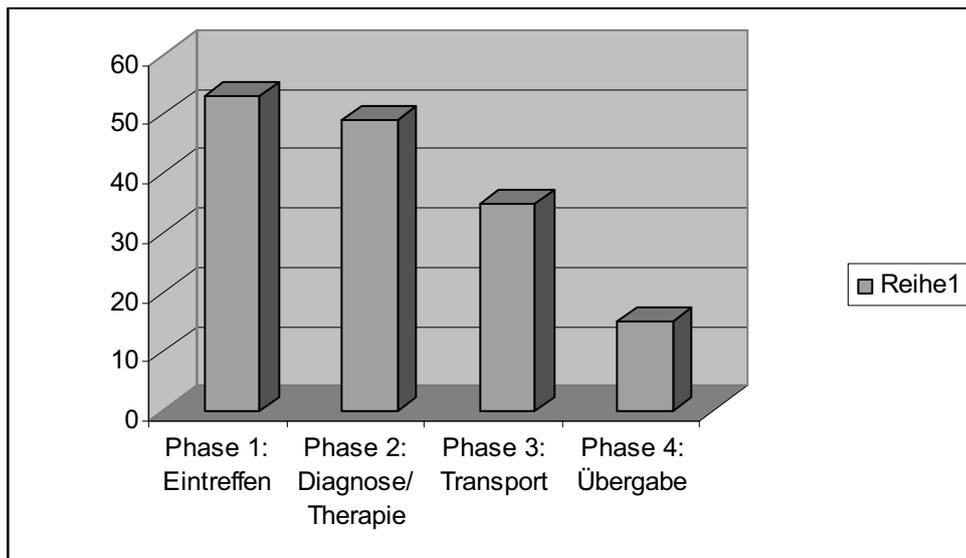


Abbildung 4

Der Sonderfall der Frage 8 - Todesfeststellung eines nahen Angehörigen – kam in 3 von 234 Fällen vor. Hauptursache dieser kleinen Zahl ist, daß die Zahl der Todesfälle in der deutschen Notfallrettung sehr gering ausfällt.

Frage 9- Täterschaft

Es wurde nach dem oder den Tätern gefragt, von denen die Gewalt ausging.

Die Einteilung in 4 Gruppen erfolgte so, wie sich die Situation auch in der Praxis darstellt.

Gewalt	<i>Patient</i> Häufigkeit	<i>Angehörige</i> Häufigkeit	<i>Freunde</i> Häufigkeit	<i>Unbekannte</i> Häufigkeit
1. Fall	90	5	16	5
2. Fall	55	8	17	2
3. Fall	29	3	8	2
4. Fall	16	3	2	3
Gesamt	190	19	43	12
Prozentual zur Gesamtzahl	81 %	8 %	18 %	5 %

Tabelle 6

In der überwiegenden Zahl der Fälle waren die Hilfebedürftigen die Täter. Das Problem von medizinischen Einsatzkräften ist, daß Personen, bei denen der Verdacht auf Behandlungsbedürftigkeit besteht, diese Hilfe nicht nur nicht annehmen wollen, sondern die Helfer attackieren.

Verwandte und andere Bekannte machen jeweils 1/ 10 bzw. 1/ 5 der Täter aus.

Unbekannte Täter, z.B. andere Anwesende in einer Disko sind wenig präsent.

Graphisch ergibt sich im Säulendiagramm folgendes Bild:

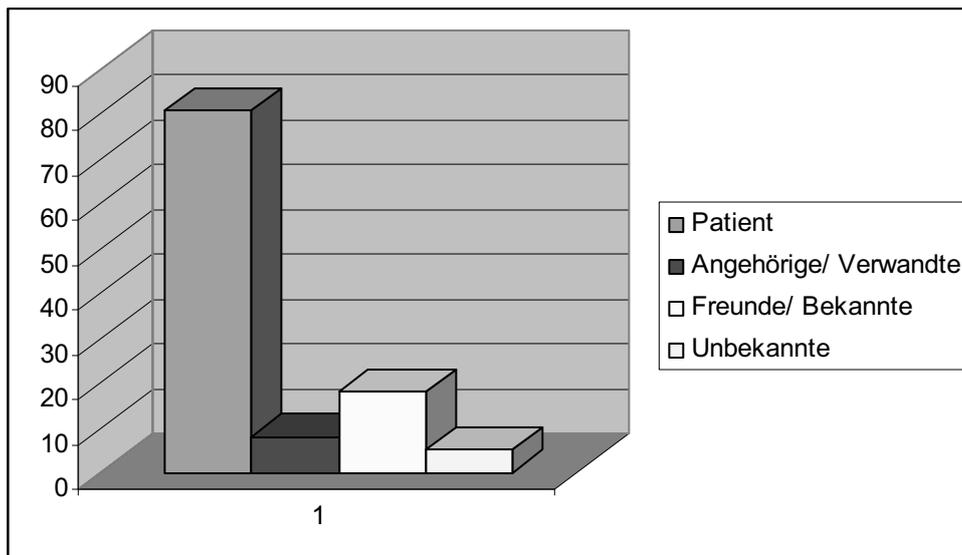


Abbildung 5

Frage 10- Formen der Gewalt

In einem Viertel aller Fälle kam es zu Beschädigungen von Ausrüstungsgegenständen und in fast 50 % zu Störungen der medizinischen Versorgung.

Diese beiden Fragen hätte mit Kategorie erweitert werden müssen: „ Wurden dadurch lebensrettende bzw. lebenserhaltene Maßnahmen gestört“? So wäre es möglich gewesen, aus den Zahlen auf das tatsächliche Gefahrenpotential so einer Handlung zu schließen.

Bei 8 von 10 Einsätzen mit Gewalt erfolgte diese verbal und bei 62 % war sie mit der Androhung einer körperlichen Schädigung bzw. bei fast einem 1/4 mit dem stattgefundenen Versuch dieser verbunden.

Gewalt	<i>Androhung körperlicher Gewalt</i> Häufigkeit	<i>Ausübung körperlichem Gewalt</i> Häufigkeit
1. Fall	66	25
2. Fall	44	18
3. Fall	22	5
4. Fall	12	6
Gesamt	144	54
Prozentual zur Gesamtzahl	62 %	23 %

Tabelle 7

Die Waffengewalt nahm insgesamt nur 3 % aller Fälle ein, Androhungen eines Waffeneinsatzes bzw. direkte Bedrohung kamen (als abgefragte Einzelkategorien) mit 9 bzw. 11 Fällen vor.

Letztere Zahl mag sehr klein sein, aber Verletzungen mit einer Waffe sind je nach Waffenart aber immer mit schweren bzw. lebensbedrohlichen Verletzungen verbunden.

Zu einer Verletzung durch eine Waffe kam es nicht.

Das Bedrohungspotential läßt sich unter Zusammenfassung der Kategorien der körperlichen und der Waffengewalt wie folgt darstellen.

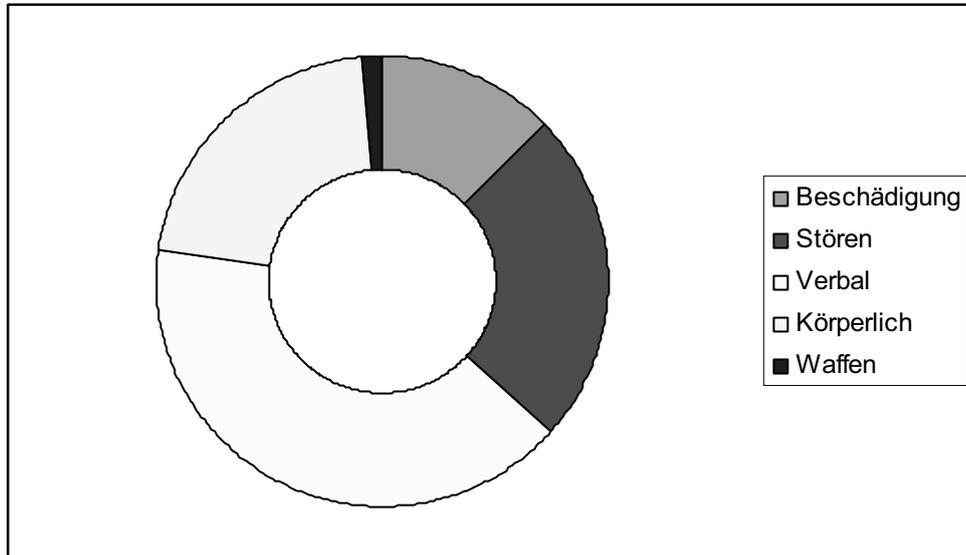


Abbildung 6

7.4 Teil C- Begleitumstände der Gewaltsituation

In den Fragen 11 bis 14 ging es um das Vorliegen außergewöhnlicher Umstände wie Drogen- und Medikamentenmissbrauch und psychische Erkrankungen.

Frage 11- Einfluß von- *Alkohol- Anderen Drogen und Arzneimitteln*

Gewalt	<i>Alkohol</i> Häufigkeit	<i>Anderer Drogen</i> Häufigkeit	<i>Arzneimittel</i> Häufigkeit
1. Fall	87	23	8
2. Fall	63	18	7
3. Fall	25	10	6
4. Fall	16	6	3
Gesamt	191	57	24
Prozentual zur Gesamtzahl	82 %	24 %	10 %

Tabelle 7

Die zusammengefaßte Häufigkeitstabelle macht ersichtlich, daß 8 von 10 gewalttätigen Personen unter dem Einfluß von Alkohol und 1/4 unter dem von anderen Drogen standen. Da Medikamente und andere Drogen eine nicht verallgemeinerbare Spannweite an Wirkungen und Nebenwirkungen besitzen, lässt sich aus dieser Studie nicht schließen, daß die Täter ohne den Ge- bzw. Mißbrauch dieser Stoffe weniger aggressiv gewesen wären. Die aggressivitätssteigernde Wirkung von Alkohol ist dagegen vielfach nachgewiesen, und die Tatsache eines Anteils an alkoholisierten Gewalttätern von 80 % bestätigt dies.

Fragen 12 und 13- Verdacht einer psychische Erkrankung und Zwangseinweisung

Gewalt	<i>Psych. Erkrankung</i> Häufigkeit	<i>Zwangseinweisung</i> Häufigkeit
1. Fall	34	18
2. Fall	19	11
3. Fall	12	8
4. Fall	5	3
Gesamt	70	40
Prozentual zur Gesamtzahl	30 %	17 %

Tabelle 8

In 1/3 der Fälle lag der V e r d a c h t einer psychischen Erkrankung vor, daraufhin wurde in 40 Fällen eine Zwangseinweisung veranlasst. Auch wenn der Verdacht einer solchen Krankheit sich präklinisch nicht sicher nachweisen läßt, so läßt sich jedoch aus dem oben genannten Zahlenmaterial ablesen, daß bei einer schweren psychischen Störung immer mit der Gefahr von Gewalt zu rechnen ist.

Frage 14- Andere Besonderheiten

Diese Kategorie diente zur Erfassung von nicht vorgegebenen Variablen. Genannt wurden jeweils als Einzelfälle folgende Stichworte:

- SAB (Subarachnoidalblutung) als mögliche Ursache des aggressiven Verhaltens.
- Ein Patient war erst 7! Jahre alt, bei ihm lag eine psychische Störung vor.
- In einem Falle musste der Rettungsdienst aktiv die Polizei bei der „Festnahme“ eines Delequienten unterstützen, weil keine zusätzlichen Polizeikräfte zur Verfügung standen, der Patient war n i c h t psychisch erkrankt.
- In einem anderen Fall wurde der aggressive Patient nach der Ausübung von körperlicher Gewalt bis zum Eintreffen der Polizei festgehalten.

Die beiden letzten Fälle zeigen eindrucksvoll, wie schmal der Grat ist zwischen Rechtsbruch bzw. –beugung und der unter besonderen Umständen erforderlichen unkonventionellen Denk- und Handlungsweise.

7.5 Zusammenfassung der Studienergebnisse

- **Erfolg der Befragung:** Die Rücklaufquote betrug insgesamt 34 %, alle Fragebögen wurden korrekt ausgefüllt. 7 von 150 Befragten verweigerten die Angabe ihrer Beschäftigungsdauer, vermutet werden kann hier Angst vor Verlust der Anonymität bei der Datenpreisgabe. Diese kleine Anzahl spricht für die Qualität des Fragebogens und das hohe Engagement der Zielgruppe bei der Beantwortung.
- **Demographie:** Die demographischen Daten Alter, Geschlecht und Beschäftigungsdauer waren unauffällig.
- **Anzahl von erlebter Gewalt:** Im Jahr 2007 wurden rund 2/3 aller befragten Rettungsdienstmitarbeiter mindestens 1x Opfer von Gewalt. Die unter Gliederungspunkt 5 vorgebrachte **1. Annahme** „Jeder befragte Mitarbeiter im Rettungsdienst hat im gesamten Jahr 2007 wenigstens einmal eine gewalttätige Situation im Sinne der Untersuchung erlebt“ wurde somit nicht bestätigt. Insgesamt wurden 234 Fälle von Gewalt analysiert.
- **Zeitpunkt:** Bestätigt hat sich dagegen die **2. Annahme**, die vermutete, daß Gewalt verstärkt in den Abend- und Nachtstunden vorkommt. In 62 % der Fälle war dies Tatsache.
- **Orte der Gewalt:** Knapp über die Hälfte aller Einsätze mit Gefahrenmomenten durch Gewalt war in Wohnungen und anderen Privaträumen. Somit wurde die **3. Annahme**, daß sich Gewalt besonders deutlich an Plätzen mit vielen Personen abspielt, nicht bewiesen, denn der entsprechende Prozentsatz liegt bei nur 25.
- **Situation:** Circa die Hälfte aller 234 erfaßten Gewalttaten kam beim Eintreffen am Notfallort oder während der Diagnose und Therapie vor. Fast 60 % aller Gewalttaten nehmen schon beim Eintreffen der Rettungskräfte ihren Anfang.
- **Täter:** In 8 von 10 Fällen war der Hilfsbedürftige, der Patient, der Täter.

- **Bedrohungspotential:** 8 von 10 Einsätzen waren mit Beschimpfungen und 6 von 10 mit der Androhung körperlicher Gewalt verbunden. Zu einem Angriff ohne Waffen kam es in 1/4 aller Fälle. Die Waffengewalt nahm insgesamt nur 3 % aller Fälle ein, Androhungen eines Waffeneinsatzes bzw. direkte Bedrohung kamen (als abgefragte Einzelkategorien) mit 9 bzw. 11 Fällen vor. Zu einer Verletzung durch eine Waffe kam es nicht.

- **Andere Einflüsse:** 8 von 10 gewalttätigen Personen standen unter dem Einfluß von Alkohol und 1/4 unter dem von anderen Drogen. Die Richtigkeit der **4. Annahme** (Verstärkung durch exogene Verstärker) wurde nachgewiesen. In 1/3 der Fälle lag der **V e r d a c h t** einer psychischen Erkrankung vor.

- **Frageformulierung:** Die Formulierungen der Frage 10 (Ausrüstungsbeschädigung; Stören von Diagnose/ Therapie) ist unvollständig. Optimal wäre es gewesen, nachgeschaltet nach eventuellen Konsequenzen für die Qualität der medizinischen Versorgung zu fragen.

8 Fazit

Mit dieser Untersuchung wurde unerforschtes Terrain betreten. Das Thema ist seit langem präsent, nun wurde faßbar gemacht und mit Zahlen belegt, was schon lange subjektive Überzeugung Vieler war.

Die Befragung ist ein Erfolg geworden, denn sie wurde zum einen quantitativ sehr gut von den Angesprochenen angenommen und die Beteiligten legten mit einem sehr hohen Grad der Qualität ihrer Antworten Zeugnis davon ab, wie wichtig ihnen dieses Thema ist. Diese Studie wurde nicht durchgeführt, um der bloßen Zahlen willen, sondern um ein bisher nicht greifbares Phänomen erstmalig „auf dem großen Arbeitstisch der Wissenschaft“ zu analysieren. Dieser deskriptiven statistischen Bachelor- Thesis ist es in einem ersten Versuch gelungen, den Beweis zu erbringen, daß es in der bundesdeutschen präklinischen Notfallmedizin ein beträchtliches Bedrohungspotential für die Beschäftigten im Einsatz gibt – JA Gewalt gegen die Mitarbeiter Der Notfallrettung IST ein Problem.

Des weiteren zeigt sie Hinweise auf Zusammenhänge, die für künftige Forschergenerationen ein breites Betätigungsfeld liefern. Dazu zählen beispielsweise die Tageszeit, der Einfluß von legalen und illegalen Drogen als auch der hohe Prozentsatz an Patienten mit dem V e r d a c h t einer psychischen Erkrankung.

Daß die Ergebnisse in deutschen Großstädten in einigen Kategorien noch anders bzw. eindeutiger ausgefallen wären, davon ist auszugehen, schmälert aber in keiner Weise den Wert der Studie.

Die Resultate können für Aus- und Weiterbildung des Rettungspersonals Hintergrundwissen bieten und schaffen eine Basis für weitere Forschungsansätze.

Allen Mitarbeitern vor Ort und den Verantwortlichen in den föderalen Strukturen und Trägern der Rettungsdienste wird durch diese Studie bewiesen, daß Gewalt gegen Mitarbeiter der Notfallrettung ein Problem ist.

Für die Zukunft gilt es, offensiv und gleichzeitig objektiv mit den Fakten umzugehen - zum Wohle aller Beteiligten und um die Qualität des deutschen Rettungsdienstes weiter zu verbessern.

Literaturverzeichnis

Behrendt, Holger/ Runggaldier, Klaus: Statistische Methoden für den Rettungsdienst: Eine allgemeine Einführung. Stumpf & Kossendey: Edewecht 2005

Bortz, Jürgen/ Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer: Heidelberg 2006

Breakwell, Glynis M.: Aggression bewältigen. Umgang mit Gewalttätigkeit in Klinik, Schule und Sozialarbeit. Verlag Hans Huber: Bern et al. 1998

Bühner, Markus: Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. Pearson Studium: München et al. 2006

Deutsches Arbeitsschutzgesetz. ArbSchG. Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit. <http://bundesrecht.juris.de/arbschg/index.html> (Stand 12. Januar 2008)

Eberhard, Rudolf: Gewalt im Rettungsdienst. *In*: Redelsteiner, Christoph: Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter. Patientenbetreuung nach Leitsymptomen. BrauMüller: Wien 2005, S. 565-571

Fahrmeir, Ludwig et al.: Statistik. Der Weg zur Datenanalyse. Springer: Berlin Heidelberg 2004

Friedrich, Hermann: Eigensicherung im Rettungsdienst. Situationsgerechtes Verhalten in Konflikt- und Gefahrenlagen. Stumpf& Kossendey: Edewecht 2006

Imbusch, Peter/ Zoll, Ralf: Friedens- und Konfliktforschung. Eine Einführung. Leske und Budrich: Opladen 1999

Imbusch, Peter: Der Gewaltbegriff. *In*: Heitmeyer, Wilhelm/ Hagan, John: Internationales Handbuch der Gewaltforschung. Westdeutscher Verlag: Wiesbaden 2002, S. 26-57

Kienzle, Paul: Aggression in der Pflege. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart Berlin Köln 2001

Lucas, Marc Guy: Streßbezogene Tätigkeitsanalysen des nichtärztlichen Arbeitsplatzes im Rettungsdienst. Peter Lang-Europäischer Verlag der Wissenschaften: Frankfurt am Main 1997

Luiz, Thomas et al.: Der Notarzt als Manager sozialer Krisen. *In*: Notfall& Rettungsmedizin 2002, Nr.7-2002, S. 505- 511

Pajonk, Dr. Frank-Gerald: Der aggressive Patient im Rettungsdienst und seine Herausforderungen. *In*: Notfall& Rettungsmedizin 2001, Nr. 3-2001, S. 206- 216

Schmitt, Thomas K. et al.: Sozialepidemiologie einer neuen Einsatzkategorie. Notfälle mit primär psychischen und sozialen Problemstellungen. *In*: Notfall& Rettungsmedizin, 2002, Nr. 2-2002, S. 102-109

Statistisches Bundesamt Deutschland
www.destatis.de (Stand: 2. Februar 2008)

Stumm, Gerhard/ Pritz, Alfred: Wörterbuch der Psychotherapie. Springer Verlag: Wien, New York 2000

Weber, Max: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. J.C.B. Mohr
1976

Anhang

Anhang 1

Hinweise zu Fallstudien und weiterführender Fachliteratur

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Psychologische Vor- und Nachsorge für Beschäftigte von Berufsgruppen, die mit Notfallsituationen konfrontiert sind.
Bundesanstalt für Arbeitsschutz : Dortmund/Berlin 2001

Eigensicherung im Polizeidienst
www.ses-sh.org (Stand: 6. Februar 2008)

Eigensicherung im Rettungsdienst
www.bver.de (Stand: 6. Februar 2008)

Hering, T./ Beerlage,J.: Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst.
In: Notfall& Rettungsmedizin, 2004, Nr. 6-2004, S. 415-423

Krampl, Manfred: Einsatzkräfte im Streß. Auswirkungen von traumatischen Belastungen im Dienst. Asanger Verlag: Kröning 2007

Lasogga, Frank/ Karutz, Harald: Hilfen für Helfer. Belastungen-Folgen-Unterstützung. Stumpf und Kossendey: Edeweicht Wien 2005

Pillmann, F. et al.: Akute Alkoholwirkung und chronische Alkoholabhängigkeit als Determinanten von Gewaltdelinquenz. *In: Nervenarzt*, 2002, Nr. 9-2000, S. 715- 721
693-699

Richter, D./ Berger, K.: Patientenübergriffe auf Mitarbeiter. Eine prospektive Untersuchung der Häufigkeit, Situation und Folgen. *In: Nervenarzt*, 2001, Nr. 9-2001, S. 693- 699

Suserud, B.-O. et al.: Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *In: Accident and Emergency Nursing*, 2002, Nr.10 -2002, S. 127-135

Teegen, Frauke et al.: Hochbelastende Erfahrungen im Berufsalltag von Polizei und Feuerwehr: Traumaexposition, Belastungsstörungen, Bewältigungsstrategien. *In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*. 1997, Nr. 4-1997, S. 583-599

Zentrums für Deeskalation im Rettungsdienst (ZDR) an der Kampfkunstakademie München
www.deeskalationsausbildung.de (Stand: 12. Februar 2008)

(Der Autor erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit!)

Anhang 2**Kodierungslisten**➤ **Teil A-** Fragen 1 bis 3

<i>Name</i>	<i>Typ</i>	<i>Variablenlabel</i>	<i>Wertelabel</i>
1. Lebensalter	Numerisch	Alter	1= 18. bis 25. Lebensjahr 2= 26. bis 40. Lebensjahr 3= 41. bis 65. Lebensjahr
2. Geschlecht	Numerisch	Geschl	1= weiblich 2= Männlich
3. Beschäftigungsdauer	Numerisch	Dauer	Kein

Teil B- Fragen 4 bis 10

<i>Name</i>	<i>Typ</i>	<i>Variablenlabel</i>	<i>Wertelabel</i>
4. Fallzahl im Jahr 2007	Numerisch	Anzahl	1= Ja 2= Nein
5. Leitstellenwarnung	Numerisch	Warnung	1= Ja 2= Nein
6. Morgens	Numerisch	Morgen	1= Ja 2= Nein
6. Tagsüber	Numerisch	Tag	1= Ja 2= Nein
6. Abends	Numerisch	Abend	1= Ja 2= Nein
7. Wohnung/ Privaträume	Numerisch	Wohnung	1= Ja 2= Nein
7. Verkehrswege	Numerisch	Verkehr	1= Ja 2= Nein
7. Menschenansammlung	Numerisch	Ansammlung	1= Ja 2= Nein
7. Andere Orte	String	Andere Orte	1= Ja 2= Nein
8. Eintreffen	Numerisch	Eintreff	1= Ja 2= Nein
8. Diagnose/ Therapie	Numerisch	Dia/ Thera	1= Ja 2= Nein
8. Todesfeststellung	Numerisch	Tod	1= Ja 2= Nein
8. Transport	Numerisch	Transp	1= Ja 2= Nein
8. Übergabe	Numerisch	Überg	1= Ja 2= Nein
9. Patient	Numerisch	Pat	1= Ja 2= Nein
9. Angehörige/ Verwandte	Numerisch	Angeh	1= Ja 2= Nein
9. Freunde/ Bekannte	Numerisch	Freun	1= Ja 2= Nein
9. Unbekannte	Numerisch	Unbekannt	1= Ja 2= Nein
10. Ausrüstungsbeschädigung	Numerisch	Beschä Aus	1= Ja 2= Nein
10. Stören Diagnose/ Therapie	Numerisch	Stör	1= Ja 2= Nein
10. Beschimpfungen	Numerisch	Schimpf	1= Ja 2= Nein
10. Androhung körperlicher Gewalt	Numerisch	Droh kö	1= Ja 2= Nein
10. Ausübung körperlicher Gewalt	Numerisch	Ausübung kö	1= Ja 2= Nein
10. Androhung von Waffengewalt	Numerisch	Waffenandroh	1= Ja 2= Nein
10. Waffenbedrohung	Numerisch	Waffenbedroh	1= Ja 2= Nein
10. Ausübung Waffengewalt	Numerisch	Ausübung Waffe	1= Ja 2= Nein

Teil C- Fragen 11 bis 14

<i>Name</i>	<i>Typ</i>	<i>Variablenlabel</i>	<i>Wertelabel</i>
11. Alkoholkonsum	Numerisch	Alk	1= Ja 2= Nein
11. Drogenkonsum	Numerisch	Drog	1= Ja 2= Nein
11. Arzneimittel- konsum	Numerisch	AM	1= Ja 2= Nein
12. Psychische Krankheiten	Numerisch	Psych- Kh	1= Ja 2= Nein
13. Zwangseinweisung	Numerisch	Zwangsein	1= Ja 2= Nein
14. Andere Besonderheiten	String	Andere Bes	Keine

Anhang 3

Fragebogen:

- Deckblatt
- Anschreiben
- Hinweise zum Ausfüllen
- Datenschutzerklärung
- Fragebogen



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg

Fachbereich Gesundheit und Pflege
-Gesundheitswissenschaften-

Forschungsprojekt:
„Gewaltausübung gegen Rettungsdienstmitarbeiter“

Fragebogen

Marian Lenk
-Hochschule Neubrandenburg-

**FACHBEREICH
GESUNDHEIT UND PFLEGE****Prof. Dr. rer. biol. hum. Hans-Joachim Goetze (RbP)**
Pflegerwissenschaft**Marian Lenk**
-Student der Gesundheitswissenschaften (BA)-
Projektmitarbeiter

Telefon (03 95) 5 69 34 09

Telefax (03 95) 5 69 33 97

E-Mail goetze@hs-nb.de<http://goetze.pro.tc>

16.03.2008

Werte Mitarbeiter,

Gewalt in all ihren Erscheinungsformen tritt im Rettungsdienst viel häufiger auf, als in der Öffentlichkeit bekannt. Als Rettungsassistent und Student der Gesundheitswissenschaften möchte ich mich diesem Problem wissenschaftlich annähern. Im Rahmen dieses Forschungsprojektes soll die „*Gewaltausübung gegen Rettungsdienstmitarbeiter*“ untersucht werden.

An dieser Untersuchung sind, je nach Größe, 2 bzw. 3 Landkreise der Bundesländer Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern beteiligt.

Wir bitten Sie um Ihre Mitarbeit!

Mit Hilfe einer Befragung möchten wir Daten erfassen, um eine gesicherte Aussage über etwaige gewalttätige Übergriffe gegen Rettungsdienstmitarbeiter zu treffen.

Alle Angaben in dem Fragebogen sind anonym, Rückschlüsse auf Ihre Person sind nicht möglich!

Bei Fragen steht Ihnen Herr Marian Lenk unter der E-Mailadresse MarianLenk@Yahoo.de, über den Postweg oder auch per Telefon unter 0162/ 47 15 184 bzw. 0395/ 70 73 917 jederzeit zur Verfügung.

Wir freuen uns, daß Sie sich Zeit für unser Anliegen nehmen und bedanken uns recht herzlich!

Mit freundlichen Grüßen

Professor Goetze

Marian Lenk

Hinweise für das Ausfüllen des Fragebogens:

- Bitte die jeweiligen Kästchen ankreuzen!
- Auf eventuell mögliche Mehrfachantworten wird hingewiesen!
- Die Art des Rettungsmittels (KTW, RTW, NEF, RTH usw.) ist ohne Einfluß!
- Im Fragebogen verwendete Kategorien von Gewalt:

Art der Gewalt	Beispiel
Beschimpfungen	„Was wollt Ihr Blödmänner denn hier“
Körperliche Gewalt <input type="radio"/> Androhung <input type="radio"/> Ausübung	„Hau ab, oder ich schlag Dir in die Fresse“ Spucken, Beißen, Kratzen, Schlagen und Treten
Waffengewalt Hieb Waffen, z.B. Baseballschläger Stich Waffen, z.B. Schraubendreher Schuss Waffen <input type="radio"/> Androhung <input type="radio"/> tatsächliche Bedrohung <input type="radio"/> Verletzungen durch eine Waffe	„Verpißt Euch, oder ich hol meine Knarre“ Die Person zieht ein Messer Die Person schlägt mit einem Gegenstand
Bewußte und gewollte Behinderung/ Störung von medizinischen Maßnahmen	Abreißen der EKG-Kabel
Gewalt gegen Ausrüstungsgegenstände	Tritte gegen Geräte oder Notfallkoffer

- Die Fragen beziehen sich auf die letzten 4 Gewalttaten im Jahr 2007 gegen Sie:

Erfolgte im Jahr 2007 1 Angriff gegen Sie? → Bitte nur den 1. Fall bearbeiten
Erfolgt im Jahr 2007 2 Angriffe gegen Sie? → Bitte den 1. und den 2. Fall bearbeiten
Erfolgt im Jahr 2007 3 Angriffe gegen Sie? → Bitte den 1. bis 3. Fall bearbeiten
Erfolgt im Jahr 2007 4 oder mehr Angriffe gegen Sie? → Bitte alle 4 Fälle bearbeiten

→ **Beispiel:** Im Jahr 2007 wurden Sie **3-mal** Opfer von Gewalt während Ihres Dienstes.

Gewaltausübung gegen Sie: 1. Fall 2. Fall 3. Fall 4. Fall

**Beispielfrage: Gab es
vorherige Informationen
durch Ihre Leitstelle?**

Ja Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein Nein

Der 4. Fall wird also **NICHT** bearbeitet!

Erklärung zum Datenschutz und zur Vertraulichkeit Ihrer Angaben

Bei der Untersuchung „*Gewaltausübung gegen Rettungsdienstmitarbeiter*“ arbeitet die Hochschule Neubrandenburg nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und allen anderen datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die Ergebnisse der Befragung werden nur für wissenschaftliche Zwecke benutzt und in anonymisierter Form verwendet.

Das heißt: **Niemand** kann aus den Fragebögen und den Ergebnissen erkennen, von welcher Person Angaben gemacht worden sind.

Die Daten der Befragung werden in Zahlen umgesetzt und nach der Eingabe durch Computerprogramme (EXCEL, SPSS) ausgewertet.

Dabei werden die Eingaben gezählt und es werden prozentuale Verteilungen und Mengen errechnet, eventuelle Verbindungen zwischen 2 erfragten Themen hergestellt und die Ergebnisse graphisch z.B. in Tabellenform dargestellt.

Ihre Teilnahme ist freiwillig!

Fragebogen

A Demographische Daten

1 Bitte geben Sie Ihr Alter an.

18 bis 25 Jahre

26 bis 40 Jahre

41 bis 65 Jahre

2 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

Weiblich

Männlich

3 Wie lange arbeiten Sie schon im Rettungsdienst?

→ Bitte die Anzahl der Jahre hier eintragen! Jahre

B Gewalt gegen Sie als Rettungsdienstmitarbeiter

Nun möchte ich erfragen, ob im Verlauf des gesamten Jahres 2007 Gewalt gegen Sie als Rettungsdienstmitarbeiter im Dienst ausgeübt wurde. Bitte erinnern Sie sich.

4 Wie oft wurde im Jahr 2007 während Ihrer Tätigkeit im Rettungsdienst Gewalt gegen Sie angewendet?

1-mal

2-mal

3-mal

4-mal

Mehr als 4-mal

Keine Gewalt

Die folgenden Fragen **5 bis 13** beziehen sich auf die letzten 4 Gewalttaten gegen Sie. Bitte beachten Sie die **Hinweise für das Ausfüllen des Fragebogens!**

Erfolgte im Jahr 2007 1 Angriff gegen Sie?
Erfolgte im Jahr 2007 2 Angriffe gegen Sie?
usw.

→ Bitte **nur** den 1. Fall bearbeiten
→ Bitte den 1. **und** den 2. Fall bearbeiten
usw.

Gewaltausübung gegen Sie: 1. Fall 2. Fall 3. Fall 4. Fall

5 Gab es vorherige Informationen oder Warnungen durch Ihre Leitstelle?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

6 Zu welcher Tageszeit wurde die Gewalt gegen Sie ausgeübt?

Morgens: 05:00 bis 09:00 Uhr

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

Tagsüber: 09:00 bis 20:00 Uhr

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

Abends/ Nachts: 20:00 bis 05:00 Uhr

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

7 Wo spielte sich die Gewalt gegen Sie ab?

In einer Wohnung/ Privaträumen

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

Auf bzw. an Verkehrswegen jeder Art
→ z.B. Straßen, Schienen, Flughäfen usw.

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

Plätze und Orte mit vielen Menschen
(Menschenansammlung)
→ z.B. Disco, Volksfeste, Fußballstadion

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein

Andere Orte
→ Bitte unter den jeweiligen Fall schreiben!

--

<i>Gewaltausübung gegen Sie:</i>	<i>1. Fall</i>	<i>2. Fall</i>	<i>3. Fall</i>	<i>4. Fall</i>
----------------------------------	----------------	----------------	----------------	----------------

8 In welcher Situation wurde Gewalt gegen Sie ausgeübt?

→ *Mehrere Antworten möglich!*

Bei Eintreffen am Einsatzort bzw. beim Betreten der Wohnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Während der Diagnose und Therapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bei der Todesfeststellung eines nahen Angehörigen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Im Verlauf des Transports des Patienten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bei der Übergabe des Patienten an weiterbehandelnde Dritte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

9 Durch wen wurde Gewalt gegen Sie ausgeübt?

→ *Mehrere Antworten möglich!*

Patient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Angehörige, Verwandte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Freunde, Bekannte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
zufällig Anwesende/ Unbekannte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

Gewaltausübung gegen Sie: 1. Fall 2. Fall 3. Fall 4. Fall

10 Wie äußerte sich die Gewalt?

→ Bitte beachten Sie die Kategorien von Gewalt auf dem Hinweisbogen

→ Mehrere Antworten möglich!

Gewalt gegen Ausrüstungsgegenstände	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Bewußtes Behindern/ Stören von medizinischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Verbale Gewalt- Beschimpfungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Androhung von körperlicher Gewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Ausübung von körperlicher Gewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Androhung von Waffengewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
tatsächliche Bedrohung mit einer Waffe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Ausübung von Waffengewalt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

C Begleitumstände der Gewaltsituation

Abschließend soll es um eventuelle außergewöhnliche Begleitumstände des Einsatzes gehen.

 Gewaltausübung gegen Sie: 1. Fall 2. Fall 3. Fall 4. Fall

11 Die Gewalt ausübende Person stand unter dem Einfluß von:

➔ *Mehrere Antworten möglich!*

Alkohol Ja Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein Nein

Andere Drogen jeder Art Ja Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein Nein

Medikamenten Ja Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein Nein

12 Verdacht einer psychischen Erkrankung des Patienten? Ja Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein Nein

13 Hat der Rettungsdienst daraufhin eine Zwangseinweisung in ein Krankenhaus veranlaßt? Ja Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein Nein

14 Gab es andere Besonderheiten?

➔ *Wenn JA, dann bitte unter den jeweiligen Fall eintragen!*

Vielen Dank!

Ihre Kritik und Hinweise jeder Art sind für mich sehr hilfreich!

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Mitarbeit und wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg in Ihrem Beruf!

Ihr Marian Lenk

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 13. März 2008

Marian Lenk