

PRÄVENTION VON BEDROHUNGEN UND GEWALT SOWIE DEESKALATION IN DER PRAXIS

MODUL FÜR MODERIERENDE MÄRZ 2025



INHALT

PROLOG	3
ARBEITSZIELE	4
THEMENHINTERGRUND	5
EMPFEHLUNGEN FÜR MODERIERENDE	14
FALLBEISPIELE	21
UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN	22
KURZVERSION SITZUNGSABLAUF	23
INFORMATIONSQUELLEN	24
IMPRESSUM	26

Autoren und Mitwirkende:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Hans-Joachim Eberhard
Psychologischer Psychotherapeut, Gütersloh

Dr. Martin Eichhorn
Freiberuflicher Deeskalationstrainer, Berlin

Dr. sc. hum. Dipl.-Soz. Iris Natanzon
Landesärztekammer Hessen,
Stabsstelle Qualitätssicherung, Frankfurt a. M.

KRANKE MENSCHEN ...

... befinden sich in körperlichen, psychischen oder sozialen Not- und Bedürfnislagen. Gleichzeitig haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geändert. Beides begünstigt das Entstehen von Bedrohungen und Gewalt.

Bereits im Ärztemonitor 2018 gaben 39 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sowie 21 Prozent der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten an, in den letzten zwölf Monaten bei ihrer Praxistätigkeit verbale Gewalt wie Beschimpfungen, Beleidigungen oder verbale Bedrohungen erfahren zu haben¹. Körperliche Gewalt, zum Beispiel Angriffe und physische Bedrohungen, haben im selben Zeitraum vier beziehungsweise zwei Prozent erfahren. Berücksichtigt man auch länger zurückliegende, körperliche Gewalterfahrungen, waren 26 Prozent der Ärztinnen und Ärzte sowie 18 Prozent der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten betroffen. Auch der Deutsche Ärztetag nahm sich im Jahr 2021 dieses Themas an. Häufig entlädt sich der Unmut von Patientinnen, Patienten sowie deren Angehörigen auch beim Praxispersonal. Medizinische Fachangestellte berichten ebenfalls davon, zunehmender Aggression ausgesetzt zu sein².

Eine im Sommer 2024 durchgeführte Befragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ergab, dass 80 Prozent der befragten Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Praxismitarbeitenden im vergangenen Jahr selbst verbale Gewalt in der Praxis erfahren haben, oftmals mehrfach. In Bezug auf körperliche Gewalt berichteten 43 Prozent, in den vergangenen fünf Jahren Opfer geworden und getreten, geschubst, bespuckt oder schweren Angriffen ausgesetzt gewesen zu sein³.

Um der Gewalt entgegenzuwirken, nutzen Praxisteams Deeskalations- und Selbstverteidigungstrainings. Viele Landeskriminalämter schulen die Mitarbeitenden von Notfallpraxen nicht nur in Deeskalationstechniken, sondern beraten auch zu baulichen, technischen und organisatorischen Maßnahmen, um die Gefahr Opfer von Gewalt zu werden, zu reduzieren⁴.

Das vorliegende Modul soll für das Thema sensibilisieren, die Mechanismen zur Entstehung von Gewalt aufzeigen und Maßnahmen zur Gewaltprävention und Deeskalation vermitteln. Dabei stehen Situationen aus den Praxen der Zirkelteilnehmenden und das praktische Einüben deeskalierender Techniken im Vordergrund.

**„WENN DU IM RECHT BIST,
KANNST DU DIR LEISTEN,
DIE RUHE ZU BEWAHREN;
UND WENN DU IM UNRECHT BIST,
KANNST DU DIR NICHT LEISTEN,
SIE ZU VERLIEREN.“**

Mahatma Gandhi

ARBEITSZIELE

FÜR TUTOREN

- › Tutorinnen und Tutoren wissen um den Umgang mit eskalativer und deeskalativer Kommunikation in der Praxis und können diesen den Moderierenden vermitteln.
- › Sie besitzen Kenntnisse zu den Grundprinzipien und Methoden der Konfliktprävention sowie -deeskalation, insbesondere auch zu den deeskalierenden Techniken und können diese Moderierenden beibringen.
- › Sie können Moderierende in der Anwendung des Moduls schulen.

FÜR MODERIERENDE

- › Die Moderierenden sind motiviert und kompetent, Zirkelsitzungen zum Thema eskalative und deeskalative Kommunikation in der Praxis durchzuführen.
- › Sie verfügen über theoretische Grundkenntnisse zu Konflikttheorien sowie zu den Grundprinzipien und Methoden des Umgangs mit Bedrohungen und Gewalt.
- › Die Moderierenden sind in der Anwendung des Moduls geschult und können es für die Vorbereitung und Durchführung von Qualitätszirkelsitzungen nutzen.

FÜR QUALITÄTSZIRKEL-TEILNEHMENDE

- › Die Teilnehmenden haben kommunikative Theorien und Modelle zur Prävention, Eskalation und Deeskalation kennengelernt und können sie im Praxisalltag anwenden.
- › Sie sind in der Lage, ihre Kommunikation und ihre Handlungen auf bedrohliches Verhalten situativ anzupassen und haben Sicherheit im Umgang mit aggressiven Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen gewonnen.
- › Die Bedeutung der Strukturqualität für die Förderung von eskalativer beziehungsweise deeskalativer Kommunikation im Praxisalltag wird erkannt.
- › Sie können wesentliche Inhalte an ihr Praxisteam weitergeben und ihm Rückhalt bieten.

THEORETISCHE GRUNDLAGEN

In den letzten Jahren lässt sich ein Wandel in der gewaltsoziologischen Forschung beobachten⁵. Die soziologisch-empirische Gewaltforschung geht nicht von einer Gesellschaft aus, die durch gemeinsame Werte konsensuell hergestellt wird⁶. Ein zentraler Einwand ist hier, dass es nicht geteilte Normen und Werte der Akteure sind, die die gesellschaftliche Dynamik bedingen, sondern soziale Konflikte und Ressourcenknappheit.

Gewalt lässt sich aus Sicht einer empirisch soziologischen Forschung auch nicht durch strukturierte Subsysteme mit klaren jeweiligen Systemgrenzen erklären⁷. Systemtheoretische Ansätze drohen die tatsächliche physische Dynamik von Gewalt zu ignorieren, indem sie sie auf eine theoretisch-kommunikative Ebene verschieben. Kulturelle Gewalterklärungen für das Phänomen Gewalt sind meistens typisierende Konzepte. Sie bieten allgemeine Erklärungen für Gewalt an (beispielsweise soziale oder religiöse oder ethnische Gegensätze), aber nur auf der konkret-empirischen Ebene, in der Analyse der Mikrosituationen, finden sich die Argumente, warum Akteure trotz sozialer oder ethnischer Unterdrückung mal zu Gewalt greifen und mal nicht.

Stattdessen lässt sich die konkrete Gewaltsituation am besten mit einem Gesellschaftsbegriff erklären, der die soziale Prägung durch Zwangs- und Machtverhältnisse betont⁸. Aus Randall Collins sozialtheoretischer Perspektive haben Gesellschaften keine innere Kohäsionskraft; sie bestehen vielmehr aus ungleich machtvollen Gruppen und sind voll von Interessenskonflikten⁹. Hier werden an unterschiedlichsten sozialen Orten täglich gegensätzliche Interessen der Akteure und Akteurinnen und in den Subsystemen erzeugt. Auf mikropsychologischer Ebene können wir in Alltagsbegegnungen beobachten, wer die Konversation beherrscht, wer die aktuelle Stimmung dominiert oder wer über soziale Aktivitäten welcher Art auch immer entscheidet. Gewaltvolle Klärungen sind hier insgesamt die Ausnahme.

Also nur in der Analyse der Dynamik, in einer konkreten Situationsanalyse, lässt sich herausfinden, warum ein Patient oder eine Patientin in der Arztpraxis bedrohlich auftritt oder warum er oder sie anschließend vielleicht sogar gewalttätig wird.

Hilfreich für die konkrete Betrachtung von Gewalt ist die empirische Beobachtung, dass die allermeisten Menschen die Neigung haben, sich in ihrer aktuellen Interaktion mit dem Rhythmus und den Emotionen des jeweils andern zu synchronisieren. Eine wechselseitige rhythmisch-emotionale Verstrickung, die in Konfrontationen dazu führt, dass beide Seiten versuchen, ihren Rhythmus dem Gegenüber aufzuzwingen. Gewalt fällt schwer, nicht leicht.

Hinzu kommt, dass Gewalt für den Handelnden maximalen Stress bedeutet; dies beinhaltet eine maximale Steigerung der Hormonproduktion: Adrenalin und Noradrenalin, mit einigen Sekunden Verzögerung auch von Cortisol – was die dorsolaterale präfrontale Funktionseinschränkung mit sich bringt, die wir alle aus Stresssituationen kennen. Einerseits will ich den anderen angreifen, andererseits spüre ich meine Konfrontationsangst. Hier lässt sich mikrosoziologisch eine „Stufenfolge“ beobachten, die weiter unten beschrieben wird. Wer Gewalt anwendet, muss die entsprechende innere Konfrontationsangst überwinden. Wir haben individuell-unterschiedlich „gut gelernt“, die eigene Anspannung in emotionale Angriffsenergie umzuwandeln. Diese „Kompetenz“ lässt sich in Stufen einteilen. Je „routinierter“ jemandem dies gelingt, umso schneller kann er in der Stufenfolge von Konflikten zu gewalttätigen Formen wechseln. So haben manche Menschen bereits Hemmungen jemanden anzuschreien. Andere können dies, wenn sie „in Stimmung“ sind, und verletzen das Gegenüber dann vielleicht auch körperlich, zögern aber mit dem Einsatz von Waffen. Eine weitere Gruppe hat mit den Jahren „gelernt“, die innere Konfrontationsscheu hier abzulegen und Waffen einzusetzen. Aus mikropsychologischer Sicht besteht das Kernstück des eskalierenden Konflikts darin, dem Gegenüber den eigenen Rhythmus und die eigene Initiative aufzuzwingen. Die Erkenntnis, auf welcher Stufe sich das bedrohliche Gegenüber ungefähr befindet und wie flexibel es sich in der Konflikteskalation bewegt, kann beispielsweise für die Mitarbeitenden einer Arztpraxis hilfreich sein und einer problematischen Schockstarre entgegenwirken.

Die Patientinnen und Patienten im Wartezimmer müssen also eine gewisse Energie aufbringen, um überhaupt aggressiv und bedrohlich aufzutreten. Sie müssen sich quasi „in Stimmung“ bringen.

Im Folgenden werden zunächst einige Begriffe definiert und dann die drei Stufen des mikrosoziologischen (mikropsychologischen) Modells der interaktiven Gewalteskalation mit Beispielen und Handlungsmöglichkeiten erläutert.

Danach werden strukturelle Möglichkeiten der Gewaltprävention für Praxen beschrieben. Den Abschluss der theoretischen Grundlagen bilden verschiedene konkrete Interaktionsmöglichkeiten bei Beleidigungen und Bedrohungen.

In den unterstützenden Materialien finden sich weitere Konzepte aus der Konflikttheorie: Die neun Stufen der Konflikteskalation nach Friedrich Glasl, der Leitfaden der Unfallkasse von Baden-Württemberg und die Grundprinzipien der gewaltfreien Kommunikation nach Rosenberg.

DEFINITIONEN

Im Folgenden werden wichtige Begriffe definiert und abgegrenzt¹⁰:

Konflikt

Ein interpersoneller oder interpersonaler Interessengegensatz, der den Beteiligten bewusst ist. (Beispiel: Solange ich nicht weiß, dass die Kollegin sich auf dieselbe Stelle bewirbt wie ich, habe ich keinen Konflikt mit ihr.)

Ärger und Wut

Ärger und Wut zählen, wie zum Beispiel auch Liebe, Trauer oder Angst, zu den Emotionen. Sie werden durch aktuelle Situationen oder Erinnerungen ausgelöst. Hat die betroffene Person gelernt, mit Wut und Ärger umzugehen, bauen sich diese Gefühle mit der Zeit ab. Hat sie es nicht gelernt, kann daraus eine Aggression entstehen.

Aggression

Aggression ist hingegen kein Gefühlszustand, sondern ein Verhalten, das auf eine Beschädigung oder Verletzung abzielt. Dies kann durch eine absichtlich schädigende Tätigkeit oder durch Unterlassung erfolgen.

Gewalt

Gewalt ist immer eine zielgerichtete Verletzung oder Schädigung eines anderen Körpers gegen dessen Willen^{11,12}. Verbale oder nonverbale Beleidigungen oder Bedrohungen können hoch-aggressiv sein, sind aber keine Gewalt¹³.

Auch „strukturelle Gewalt“ ist eine problematische Konzeption. Gewalt bedeutet ja nicht die generelle Einschränkung eines Menschen, nach seinen eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu leben – dann wären auch die Erziehung, die Schulpflicht, der Fahrplan der Bahn oder eingeschränkte Öffnungszeiten Gewalt. Diese Unterscheidung ist auch für die Arztpraxis wichtig: Ja, wir wollen nicht beleidigt werden, aber vor allem wollen wir die Eskalation hin zu tätlicher Gewalt vermeiden!

Gewalt kann im Einzelfall legitim sein, zum Beispiel im Krieg, bei Polizeieinsätzen oder bei präzise umrissenen Maßnahmen im Gesundheitswesen wie der Zwangsernährung in der Jugendpsychiatrie oder der Zwangsmedikation in der forensischen Psychiatrie.



WIE ESKALIERT EIN KONFLIKT?

Der direkte Konflikt ist deshalb schwierig, weil er die emotional-rhythmische Verbundenheit mit dem Gegenüber verletzt. Wir müssen die innere Konfrontationsscheu überwinden, ehe wir beleidigend oder gar gewalttätig werden. Je nach individueller „Gewaltsozialisation“ gelingt uns dies langsamer oder schneller. Die empirische Forschung hat gezeigt, dass Konflikte sich in der Regel erst über Stufen (Stufenmodell) zu Gewalt entwickeln¹⁴.

KONFLIKTE – STUFE 1

Die häufigste Form, wie sich ein Konflikt in seinen Anfängen entwickelt, ist, dass eine Seite schweigt. Wir würden gern widersprechen, tun es aber nicht. So endet der Konflikt, so enden die meisten Konflikte.

Ansonsten finden wir in dieser Stufe Konflikte ohne Eskalation und Gewalt, oft mit einem glättenden oder auch beleidigenden Schlusssatz. Meistens verlässt einer der Beteiligten die Szene.

Beispiele aus der Arztpraxis

Von Patientenseite:

„Sie wollen mir nicht helfen, dann muss ich woanders hingehen!“

„Sie haben mir überhaupt nicht zugehört, hierher komme ich nie wieder!“

Auf Seiten der Behandelnden:

„Ich habe Ihnen jetzt mehrere Therapiemöglichkeiten angeboten, wenn Ihr Wunsch nicht dabei ist, sollten Sie sich eine andere Praxis suchen!“

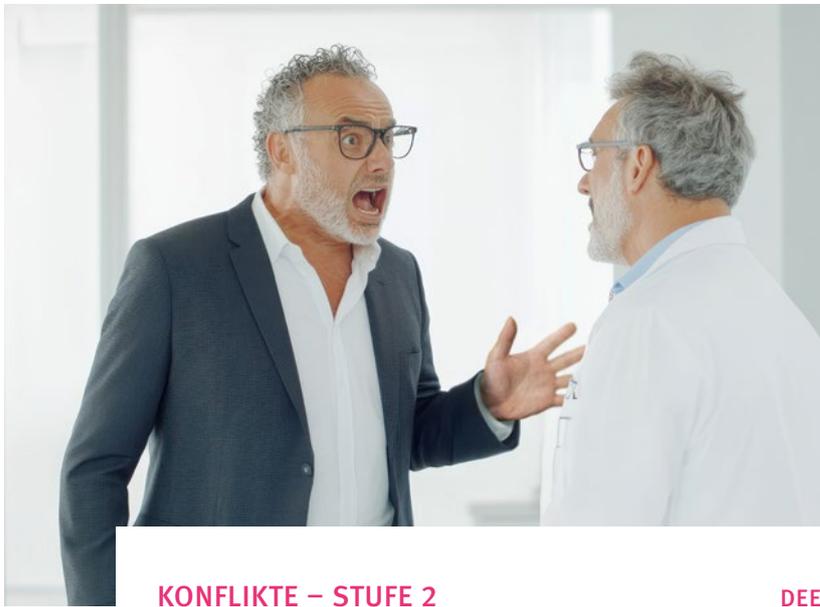
„Dann sollten Sie jetzt zu einem anderen Arzt gehen!“

„Da fehlt jetzt die Grundlage für die weitere Zusammenarbeit!“

Beleidigend von Patientenseite:

„Der Scheißarzt schreibt nicht krank.“

„Sie haben keine Ahnung, Sie sind ein inkompetenter Arzt! In dieser Praxis geht es nur ums Geld!“



KONFLIKTE – STUFE 2

Die Auseinandersetzung geht weiter, es entwickelt sich ein wütendes Gespräch. Äußerungen werden im Stakkato, schrill und emotional-nachdrücklich vorgetragen. Slogans, Stereotype und Beleidigungen bestimmen das Gespräch. Die Auseinandersetzung darum, wer das Wort hat, wird immer lauter, die Atmosphäre immer angespannter. Die emotionale Energie wird aus der Überzeugung, dass die eigene Position die richtige ist, und der Aufmerksamkeit von Außenstehenden gezogen.

Beispiele

„Ich warte jetzt schon eine Stunde, wann geht es endlich weiter?“
 „Reden Sie bitte in einem anderen Ton!“
 „Was ist das denn für eine bekloppte Antwort? Organisiert euch hier gefälligst besser!“
 „Mir reicht es hier mit Ihnen, diesen frechen Ton brauche ich mir nicht bieten zu lassen!“
 „Wer glaubst du wer du bist, was bildest du dir ein ...?“ (bedrohliche Haltung)

Wenn es gelingt, die Intensität durch Wiederholungen zu stabilisieren („repetitiv“ zu machen), kann der Streit ohne körperliche Gewalt enden.

Regel: Je länger die Beleidigungen und Verbalangriffe andauern, umso geringer die Wahrscheinlichkeit von Gewalt. Auch der Wechsel zu einer Kollegin oder einem Kollegen, der neue Perspektiven bietet, kann dabei hilfreich sein. Den Pulsschlag wollen wir unter 145/min halten, um die cortisolbedingten Folgen des Stresses zu minimieren¹⁵. Auf dieser Eskalationsstufe wollen wir zur Not bleiben.

DEESKALATION IN STUFE 2

Den Patienten oder die Patientin zu Wort kommen und ausreden lassen. Variieren Sie mit unterschiedlichen Sätzen in ruhiger Stimme Ihre Position! Steigern Sie NICHT die Intensität!

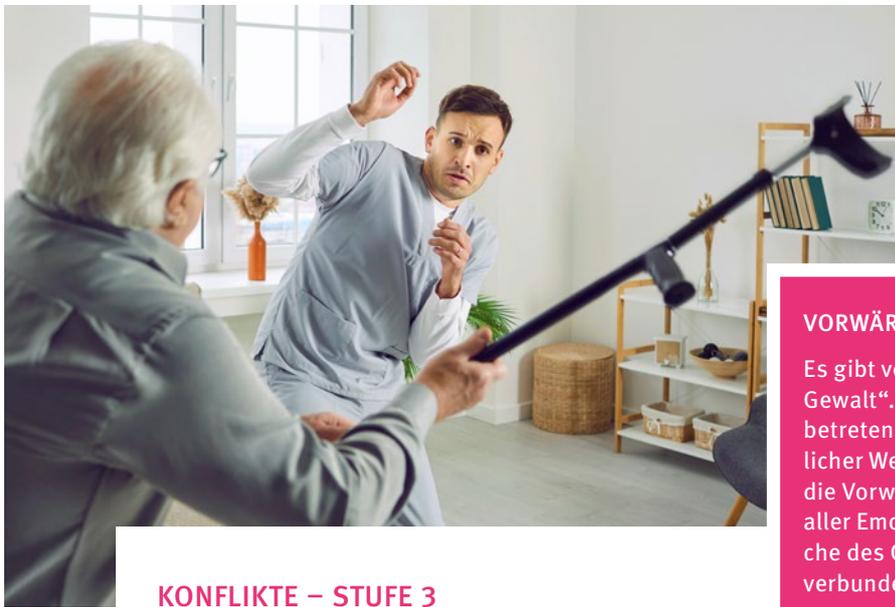
Beispiele / Antworten

„Ich warte jetzt schon eine Stunde, wann geht es endlich weiter?“
 „Ich kann Ihre Ungeduld verstehen, bitte reden Sie gleichwohl in normaler Lautstärke...“
 „Da kann ich ja nichts für, ich habe nicht ewig Zeit...“
 „Da haben Sie Recht, wir tun unser Bestes, bitte sprechen Sie in einem vernünftigen Ton...“
 „Mir reicht das jetzt, verdammte S...“
 „Ja, trotzdem bleiben wir bei einer angemessenen Stimme!“

Manchmal helfen hier noch Fragen, also die implizite Aufforderung zum Perspektivwechsel. Nach einer kurzen, betonten Pause.

Beispiele / Fragen

„Was soll ich denn jetzt für Sie tun?“
 „Was ist jetzt ihr wichtigstes Anliegen?“



KONFLIKTE – STUFE 3

Die letzte Stufe ist die Herausbildung einer bedrohlichen Eskalation und physischer Gewalt. Der Inhalt der Beleidigungen wird nebensächlich. Die Beleidigungen sind in den Drohgebärden nicht mehr „witzig“ gemeint, wie möglicherweise noch in Stufe 2. Aber nur eine Minderheit wütender Wortgefechte eskaliert in Gewalt. Es entsteht eine immer lautere und angespanntere Atmosphäre. Drohgebärden können entweder ein Zwischenschritt oder der erste Schritt zur physischen Gewalt sein. Wenn die Drohgebärden nach der ersten Tätlichkeit weitergehen, deutet dies darauf hin, dass der Angreifer nicht wirklich kämpfen will.

DEESKALATION IN STUFE 3

Als mögliche Technik hat sich in Stufe 3 manchmal noch das Entscheidungstableau bewährt.

Beispiele / Entscheidungstableau

„Wir haben jetzt zwei Optionen. Sie haben die Möglichkeit, hier weiter laut zu sein und dann kann ich Sie nicht mehr behandeln, das fände ich persönlich schade. Zweite Möglichkeit: Sie gedulden sich etwas und wir helfen Ihnen dann mit Ihrem Anliegen...“

„Wir haben jetzt zwei Möglichkeiten. Sie können hier weiter bedrohlich auftreten, dann zwingen Sie uns, die Polizei zu rufen. Oder aber Sie setzen sich wieder und vertrauen auf uns; wir helfen Ihnen dann schnellstmöglich...“

Außerdem:

„Wir finden eine gute Lösung...“

„Alle entspannen sich hier und dann kriegen wir das hin...“

Manchmal können selbst gezielte Beleidigungen und Drohgebärden repetitiv und langweilig werden. Nehmen Sie eine Schutzhaltung ein! Sind Flucht oder Hilferufen eine Option?

VORWÄRTSPANIK

Es gibt verschiedene Wege in den „Tunnel der Gewalt“. Tunnel deshalb, weil es, wenn er einmal betreten wurde, kaum Wege hinaus gibt. Ein möglicher Weg mündet in Gewalt. Daraus leitet Collins die Vorwärtspanik ab: Das Aufstauen und Entladen aller Emotionen aufgrund einer plötzlichen Schwäche des Gegners. Am Anfang steht eine mit Angst verbundene, spannungsgeladene Situation.

Eine Partei fühlt sich bedroht. Die Spannung steigert sich, bis plötzlich ein erfolgreicher Angriff möglich wird. Die Spannung kann aber nicht mehr vollständig kontrolliert werden, sie wird panisch und unverhältnismäßig gewalttätig ausagiert¹⁶.

DER GEWALTÄTIGE PATIENT – WAS NUN?

Sollte der Patient oder die Patientin gewalttätig werden, müssen klare Hilfesignale innerhalb des Personals verabredet sein:

› Ein Codewort

Beispiel: „*Bringt mal bitte jemand die blauen Akten!*“

› Ein Signal

Beispiel: Ein Plastikbehälter mit Münzen fällt „aus Versehen“ laut krachend herunter.

› Ein Signalknopf zur Empfangstheke

Das Drücken des Knopfes löst einen vereinbarten Rückruf der MFA aus.

Das Signal wird nur verwendet, wenn sich eine schwer kontrollierbare Situation entwickelt. Es dient nur der Anforderung von Hilfe oder leitet einen sofortigen Rückzug des gesamten Teams ein!

Außerdem ist zu regeln, was in einem Notfall zu tun ist. Hilfe innerhalb und außerhalb der Praxis sollte organisiert sein. Ist allen klar, dass die Eigensicherung im Vordergrund steht und dass sie im Falle einer Bedrohung oder eines Gewaltausbruchs durchaus fluchtartig die Praxisräume verlassen dürfen? Hier spielen Sachwerte (beispielsweise Mobiliar) oder auch der Datenschutz keine Rolle.

PRÄVENTION

Gewaltprävention umfasst alle Maßnahmen, die der Gewaltentstehung vorbeugen oder sie reduzieren. Dabei spielt es keine Rolle, ob es sich um institutionelle oder personelle Maßnahmen handelt. Prävention setzt, im Unterschied zur Intervention, frühzeitig an, bevor sich eine gewaltvolle Situation entwickelt¹⁷.

STRUKTURELLE PRÄVENTION IN DER PRAXIS

Die strukturelle Prävention (Strukturqualität) bezieht sich auf die äußeren Bedingungen in der Praxis. Sie sollten so gestaltet sein, dass die Entstehung von Gewalt verhindert beziehungsweise erschwert und die Mitarbeitenden bestmöglich geschützt werden.

Zu den Maßnahmen zählen beispielsweise:

Atmosphärische Gestaltung

- › Die Praxisräume sollten eher weiträumig gestaltet und gut ausgeleuchtet sein. Nischen und Enge vermeiden.
- › Für eine beruhigende Atmosphäre können zum Beispiel (Kunst-)Pflanzen, ein Wasserspender, Zeitschriften oder ein tonloses TV-Programm mit Naturdokumentationen eingesetzt werden.
- › Um die Wartezeit so angenehm wie möglich zu gestalten, sind defekte oder unzureichende Sitzmöglichkeiten zu vermeiden.
- › Gestaffelte Pausen, d. h. unnötige Wartezeiten und fehlende Kontaktmöglichkeiten, sollten vermieden werden.
- › Darüber hinaus kann das Leitbild der Praxis ausgehängt werden, aus dem hervorgeht, dass die Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten auf gegenseitiger Wertschätzung basiert.

Räumliche Gestaltung

- › Verglasungen sollten bruchsicher sein und Einrichtungsgegenstände aus nicht brennbarem oder schwer entflammbarem Material. Flucht- und Rettungswege sind freizuhalten.
- › Prüfen Sie: Wo genau in Ihrer Praxis passieren die meisten bedrohlichen Situationen?
- › Platzieren Sie die Patientinnen und Patienten eher zur Tür als am Fenster. So kann die Person in Moment der Empörung das Zimmer türknallend verlassen, ohne am Schreibtisch und am Arzt oder an der Ärztin vorbeizumüssen.
- › Sprechen Sie nicht in frontaler Position, sondern eher in einer 90°-Position mit Ihren Patientinnen und Patienten.
- › Hängen Sie Spiegel oder Spiegelfolien an die Wand.
- › Gegenstände, die als Waffen geeignet sein könnten (zum Beispiel Scheren, Messer, Glasbehälter), sind sicher aufzubewahren.
- › Bei der Gestaltung von Anmeldung und Sprechzimmern sollte darauf geachtet werden, dass im Notfall ein Abstand zwischen Mitarbeitenden und Patienten beziehungsweise Patientinnen geschaffen werden kann, zum Beispiel durch die entsprechende Platzierung eines Schreibtisches oder anderer Gegenstände. Auch Möglichkeiten für einen gesicherten Rückzug sind wichtig.
- › Falls es die Räumlichkeiten zulassen, sollten potenziell gefährliche Patientinnen und Patienten (bekannter Drogenkonsum, psychische Auffälligkeiten oder psychischer Ausnahmezustand, zum Beispiel nach einem Unfall) in einem anderen Raum als im Wartezimmer untergebracht werden.

VERBALE UND NONVERBALE PRÄVENTION UND DEESKALATION

Die Prävention fängt damit an, dass die Medizinischen Fachangestellten Selbstwirksamkeit erleben, indem sie Beleidigungen und Bedrohungen von Patientinnen und Patienten zeitnah dokumentieren und den Gestaltungsspielraum bei der Terminvergabe nutzen. Sprechen Sie unangenehme Situationen regelhaft (!) in der nächsten Teamsitzung an. Üben Sie solche Szenen durch Praxissimulation.

Alle zusammen sollten in der Praxis dann die Kriterien prüfen, mit denen die Grenze des Zumutbaren erreicht sind und wann folglich die Zusammenarbeit beendet werden muss. Vereinbaren Sie zum Schutz Ihrer Mitarbeitenden den Umgang mit Beleidigungen („Schlampe“, „Nazi“, „Rassist“...!)

Umgekehrt gilt: Prüfen Sie in Ihrer Praxis die eigenen nonverbalen und verbalen Signale gegenüber den Patientinnen und Patienten. Sind Ihnen beispielsweise kulturspezifische Besonderheiten der Patientinnen und Patienten bewusst, Verhaltensweisen, mit denen Sie selbst ungewollt eskalativ auftreten?

Für die Deeskalation einer aggressiven Situation gibt es keine allgemeingültigen Lösungen. Jede Situation erfordert andere Wege zur Vermeidung von Gewalt und Aggression. Mitunter müssen selbst bei derselben Person zu unterschiedlichen Zeitpunkten verschiedene Methoden angewandt werden.

Allerdings gibt es folgende Grundregeln, die die wesentlichen Aspekte der verbalen und nonverbalen Prävention sowie Deeskalation beinhalten, die vor oder während des Kontakts mit angespannten Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen sind¹⁸:

Grundregeln

- › Behalten Sie möglichst die Kontrolle über die emotionale Dynamik mit dem Patienten beziehungsweise der Patientin.
- › Seien Sie realistisch: Fühlen Sie sich in der Lage, diese Situation zu deeskalieren?
- › Deeskalation wirkt am besten als frühe Intervention.
- › Zeigen Sie Empathie und Fairness.
- › Bauen Sie eine kommunikative Beziehung zum Gegenüber auf. Kontrollieren Sie nicht Ihr Gegenüber, sondern kontrollieren Sie die Situation.

› Sicherheit geht vor! Halten Sie den Abstand zum Gegenüber ein, von dem Sie schon vorher wussten, dass er Ihnen ein gewisses Sicherheitsgefühl gibt! Können Sie Möbelstücke/Gegenstände, zum Beispiel einen Tisch, Stuhl oder Aktenordner, zwischen sich und die Person stellen, um sich selbst zu schützen? Eine seitliche Positionierung bietet weniger Angriffsfläche.

› Bleiben Sie ruhig und achten Sie auf Ihre Körpersprache, Mimik, Gestik und Stimme. Verfallen Sie nicht selbst in die Opferrolle.

Versuchen Sie, sich durch Atem- und Entspannungstechniken zu beruhigen, zum Beispiel durch das Anwenden der Technik der 4-4-4-4-Atmung („Taktisches Atmen“): Vier Sekunden tief durch die Nase einatmen, vier Sekunden die Luft anhalten und vier Sekunden durch den Mund ausatmen, vier Sekunden gar nicht atmen¹⁹. In verschiedenen Yoga-Schulen wird eher ein längeres Ausatmen favorisiert.

Auch der sogenannte „Kutschersitz“ als Atemtechnik, hat sich im Vorfeld oder Nachgang einer schwierigen Situation als beruhigend bewährt. Hierfür sollten die Unterarme im Sitzen auf den Oberschenkeln ruhen und die Hände locker herunterhängen. Der Rücken ist leicht gerundet, und fühlt sich locker an. Das Gewicht, das normalerweise auf dem Brustkorb lastet, wird durch diese Haltung reduziert. Der Brustkorb kann sich auf diese Art weiten und so mehr Luft aufnehmen als gewöhnlich. Dann für ein paar Minuten langsam durch die Nase ein und durch den leicht geöffneten Mund wieder ausatmen²⁰.

› Sie sitzen möglicherweise zwar hinter der Empfangstheke, sollten aber aufstehen, wenn der aufgeregte Patient kommt:

*„Wie kann ich Ihnen helfen?
Was können wir für Sie tun?“*

› Synchronisieren Sie die Körperhaltung, die Lautstärke und Geschwindigkeit Ihrer Stimme Ihres Gegenübers. Nicht Sie passen sich der Aufgeregtheit an, sondern diese sollen sich an der Ruhe orientieren, die Sie möglichst ausstrahlen. Selbst wenn Ihr Gegenüber kein Deutsch verstehen sollte, kann dies Wirkung zeigen.

› Lassen Sie sich nicht (vom Schrecken) „einfrieren“. Tun Sie bewusst etwas – und sei es ruhig einzuatmen.

› Deeskalieren kann auch durch Validieren erfolgen. Dabei werden Sorgen und Ärger benannt und dann wird nach Lösungsmöglichkeiten gesucht. Zum Beispiel:

*„Ich kann verstehen, dass Sie verärgert sind.
Ich kann Ihnen anbieten...“*

*„Sie wirken angespannt, was kann ich tun,
damit es Ihnen besser geht?“*

Verbale Kommunikation

Den Grundregeln zufolge muss die verbale Kommunikation der Situation entsprechend sein, zum Beispiel durch eine ruhige Ansprache, eindeutige Wortwahl und die Vermeidung von Fachbegriffen. Hoherregte Personen sind oft nicht in der Lage, offene Fragen zu beantworten, hier empfehlen sich eher geschlossene Fragen. Diese lassen sich mit ja/nein beantworten. Ist die Person noch einigermaßen erreichbar, können offene Fragen beruhigend wirken. Zielführend kann es auch sein, bestimmte Phrasen und Begriffe zu unterlassen. So sind etwa das Zurechtweisen, Belächeln, Moralisieren und vieles andere keine konstruktiven Beiträge zur Deeskalation. Hier gilt es in erster Linie, nicht direkt auf einen Vorwurf oder anderen aggressiven Akt mit aggressiver Rhetorik zu reagieren.

Zur Beruhigung der Situation sollte auf eine ruhige, nicht gehemmte Stimme und eine eher langsame Sprechgeschwindigkeit geachtet und (außer bei psychotischen Personen) der Blickkontakt gehalten werden. Selbst, wenn Ihr Gegenüber kein Deutsch verstehen sollte, kann dies Wirkung zeigen.

Oftmals hilft auch Transparenz im Vorfeld, um Ärger gar nicht erst aufkommen zu lassen:

„Wir haben gerade einen Notfall, bitte haben Sie Verständnis für eine längere Wartezeit.“

„Wir haben Sie nicht vergessen, es ist nur noch eine Patientin vor Ihnen.“

Oder das Eröffnen von Entscheidungsmöglichkeiten:

*„Wir haben jetzt zwei Optionen.
Option A: Sie haben die Möglichkeit zu gehen, was ich persönlich sehr schade fände.
Option B: Sie warten noch zwanzig Minuten und ich bringe Ihnen so lange etwas Wasser.“
(Bei zur Gewalt neigenden Personen sollte dies ein Pappbecher mit Wasser sein.)*

Nonverbale Kommunikation

Hinsichtlich der nonverbalen Kommunikation ist besonders auf Gesten zu achten, denn schnelle Bewegungen können von aufgebracht Personen als Provokation wahrgenommen werden. Um das Risiko von Übergriffen zu verringern, empfiehlt es sich, möglichst mindestens eine Beinlänge Abstand zu halten. Eine seitliche Positionierung bietet weniger Angriffsfläche.²¹

Die Körperhaltung wird als Signal für die Haltung gegenüber der anderen Person wahrgenommen. Arme und Hände tragen zum Erscheinungsbild entscheidend bei. Eine drohende Gestik, zum Beispiel mit einer geballten Faust, ist jedem bekannt. Eine deeskalierende Gestik versucht, die Arme eher vor den Körper zu nehmen und die Hände nicht zu hoch zu platzieren. Unterstützt werden kann diese Haltung durch eine offene Handhaltung.

Schwierig zu kontrollieren, aber mindestens gleich effektiv ist die Mimik unseres Gesichts. Hier zeigen sich Ärger, Wut, Resignation, Desinteresse, Arroganz oder Ignoranz meistens automatisch. Der Gesichtsausdruck findet unmittelbare Beachtung und darf in seiner Wirkung für die nonverbale Kommunikation nicht unterschätzt werden.

Ein Mensch, der Gewalt ausübt, hat eine (nicht immer bewusste) Erwartungshaltung an sein Opfer. Er rechnet – je nach seinem Stufenniveau – mit Kampf, Flucht oder Schockstarre. Wenn das potenzielle Opfer jedoch zunächst etwas Unerwartetes macht, kann das den Kampf um die emotionale Dynamik für eine aggressive Person erschweren. Gefährdete sollten eine Fluchttechnik verinnerlichen und das Gegenüber verwirren: Sie könnten zum Beispiel beginnen, heftig zu würgen, sodass bei dem Gegenüber Ekel hervorgerufen wird. Die gefährdete Person sollte sich dann schleunigst entfernen. Und: Alle Menschen sind irritiert durch Lärm. In Notlagen kann es zielführend sein, schrille Töne mit einer Trillerpfeife von sich zu geben. Da sind 90 dB drin! Mentales Training hierzu kann Sicherheit geben.

Körperliche Abwehr- und Selbstverteidigungstechniken sollten nur eingesetzt werden, wenn die Deeskalation nicht gelingt und eine Flucht nicht möglich ist. Sie sind nur Mittel der letzten Wahl! Diese Maßnahmen müssen notwendig und angemessen sein, sie sollen nur die unmittelbare Gefahr für Leib und Leben abwehren²².

WEITERE INFORMATIONEN UND ANGEBOTE

Der Umgang mit gefährlichen Situationen sollte regelmäßig im Praxisteam thematisiert werden, zum Beispiel im Rahmen einer Teambesprechung. Dazu können genaue Grenzen und Folgen definiert werden:

› **Wie gehen Sie mit Beleidigungen (rassistischen, sexuellen) um?**

› **Wann reicht eine Entschuldigung des Patienten beziehungsweise der Patientin aus? Wann beenden Sie die Zusammenarbeit?**

› **„QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen“**
Praxen, die das Qualitätsmanagement-Verfahren „QEP® – Qualität und Entwicklung in Praxen“ nutzen, können sich tiefergehend mit dem Kernziel „4.3.1(1) Arbeitsumgebung und Arbeitssicherheit“ befassen. Dort heißt es: „Ziel der Gefährdungsbeurteilung ist es, arbeitsplatz- und tätigkeitsbezogene Gefährdungsfaktoren zu identifizieren, wo möglich zu reduzieren oder wirksame Schutzmaßnahmen festzulegen [...]. Zu berücksichtigen sind ebenso [...] psychische (aggressive Patienten, Termindruck) Belastungen. Das Vorgehen in kritischen Situationen (z. B. verbale oder körperliche Gewalt, Drohungen, Übergriffe durch Patienten oder Angehörige) sollte im Team besprochen werden. In manchen Praxen/MVZ besteht je nach Versorgungsangebot (z. B. ärztliche Bereitschaftspraxen, Notfallambulanzen) ein erhöhtes Risiko hierfür²³.“

› **Kurse und Trainings für Praxen**

Es gibt auch spezielle Kurse und Trainings für Praxen, in denen das Erkennen von Frühwarnsignalen und deeskalierende Techniken geübt werden. Für psychiatrische Einrichtungen ist dies bereits Standard und wird auch in der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ empfohlen. Auch Trainings zur Stressbewältigung sowie Teamintervention und -supervision können unterstützen²⁴.

› **Meldebogen „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“**

Um eine Vorstellung über Zahlen und Formen von ausgeübter Gewalt gegenüber Ärzteschaft und Team zu erhalten, hat die Landesärztekammer Hessen 2019 den Meldebogen „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“ entwickelt und auf ihrer Website positioniert. Anhand des Online-Meldebogens haben Ärztinnen und Ärzte aus allen Fachgebieten, Tätigkeitsbereichen und Bundesländern die Möglichkeit, Vorfälle anonym der Landesärztekammer Hessen zu melden. Auch aggressives Verhalten, das gegen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet wurde, kann von der Ärzteschaft gemeldet werden. Der Landesärztekammer Hessen ist es ein Anliegen, belastbare Fakten zu schaffen, um auf deren Grundlage Ansprüche gegenüber dem Gesetzgeber zu bekräftigen, das gesamte medizinische Personal im Paragrafenteil des Strafgesetzbuches bei Gewalterfahrungen mit einzubeziehen sowie praxistaugliche Lösungsstrategien zu entwickeln. Weitere Informationen und Link zum Meldebogen: www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/gewalt-gegen-aerzte

Das nachfolgend dargestellte Konzept für die Zirkelmoderation berücksichtigt einige der im Themenhintergrund vorgestellten Theorien und Modelle. Die Teilnehmenden können aber auch andere Schwerpunkte setzen. Bestandteil des Moduls ist eine Fallsammlung, die zur Diskussion und Simulation herangezogen werden kann, wenn keine Situationen aus den Praxen der Teilnehmenden mitgebracht werden. Ein größerer Lerneffekt lässt sich aber anhand von Beispielen der Beteiligten erzielen.

DATEN- UND INFORMATIONSBESCHAFFUNG

Die Beschaffung von Daten und zusätzlichen Informationen ist für das Thema eher zweitrangig. Das Üben und der kollegiale Austausch darüber stehen an erster Stelle. Für die Bearbeitung des Themas im Qualitätszirkel kann, insbesondere für die erste Sitzung, die bereitgestellte Einführungspräsentation genutzt werden. Sollten die Teilnehmenden keine kritischen Situationen aus ihren Praxen mitbringen, können die untenstehenden Fallbeispiele verwendet werden.

› Modul „Arzt-Patienten-Kommunikation“

Um sich noch einmal der Grundlagen der Kommunikation zwischen ärztlichen/therapeutischen Mitarbeitenden und Patientinnen/Patienten bewusst zu werden, kann im Vorfeld eine Zirkelsitzung nach dem Modul „Arzt-Patienten-Kommunikation“ durchgeführt werden. Entsprechende Materialien sind abrufbar unter: www.kbv.de/qz › Stichwort-Module

SETTING UND ABLAUF

Für die Durchführung eines Qualitätszirkels zur Prävention von Gewalt sowie Deeskalation in der Praxis wird das folgende Setting empfohlen:

- › geschlossener Zirkel mit festem Teilnehmerkreis, 10–15 Teilnehmende
- › Verschwiegenheit und Vertraulichkeit
- › gleiche oder verschiedene Fachgruppen
- › aktive Mitgestaltung und Beteiligung durch die Teilnehmenden
- › Bereitschaft zum Austausch erlebter kritischer Situationen

VORBEREITUNG

Für die Durchführung der Sitzung ist es hilfreich, wenn sich die Teilnehmenden vorbereiten, indem sie sich an bedrohliche oder gewalttätige Situationen mit Patientinnen und Patienten beziehungsweise Angehörigen erinnern und diese Beispiele in die Sitzung mitbringen.

UMGANG MIT KRITISCHEN MODERATIONSSITUATIONEN

Problematisch könnte es sein, wenn sich niemand für die Simulationsübungen bereiterklärt (siehe Hinweise in Sitzung 2, Phase B). Hier können auch die Empfehlungen des Qualitätszirkel-Moduls „Moderationskompetenz: Aktivierungstechniken“ hilfreich sein (www.kbv.de/qz › Stichwort-Module).

ABLAUF DER SITZUNGEN

Es wird empfohlen, zwei Zirkelsitzungen für das Thema einzuplanen. In der ersten werden die Grundlagen gelegt und deeskalierende Techniken vorgestellt, in der zweiten Sitzung werden die Fallbeispiele der Teilnehmenden diskutiert und die Techniken geübt.



SCHRITT 1: INS THEMA EINFÜHREN

Begrüßen Sie die Teilnehmenden, erläutern Sie den heutigen Sitzungsablauf und gehen Sie auf die Relevanz und die Zielstellung der Zirkelsitzung zum Thema Prävention und Deeskalation von Bedrohungen und Gewalt in der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis ein.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Präsentation „Prävention von Bedrohungen, Gewalt sowie Deeskalation in der Praxis“, Folie 3–4

Methodische Hinweise

Weisen Sie darauf hin, dass möglichst viele eigene Praxisbeispiele in diesem Modul bearbeitet werden sollen.

SCHRITT 2: EIGENE BEISPIELE NOTIEREN

Fordern Sie die Teilnehmenden auf, jeweils eine Szene für sich aufzuschreiben, in denen sie eine Bedrohung oder gar eine gewalttätige Eskalation in der Praxis erlebt haben.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Moderationskarten, Stifte

Methodische Hinweise

Es ist ausreichend, allein die Situation und das Gefühl der Bedrohung zu schildern. Wie mit der Situation umgegangen wurde, soll nicht notiert werden.

Sie können die Teilnehmenden auch bereits in der Einladung zur Zirkelsitzung bitten, eigene Beispiele aufzuschreiben und mitzubringen, um an dieser Stelle Zeit zu sparen.

SCHRITT 3: THEORIE MIKROINTERAKTIVER GEWALT VORSTELLEN

Sie erläutern, dass nur ein kleiner, dafür realistischer Ausschnitt möglicher Bedrohungs- und Gewaltszenen in der ärztlichen/psychotherapeutischen Praxis besprochen wird: Die von Patientinnen und Patienten nicht vorgeplante, vielmehr situative Eskalation von Beleidigungen und Bedrohungen. Theoriehintergrund bildet vor allem die interaktionelle Gewaltforschung.

Es ist zu beobachten, dass (nahezu) alle Menschen in der Kommunikation mit anderen vor der Anwendung von Bedrohungen oder einer Gewalttat erst einmal eine Konfrontationsscheu überwinden müssen (dies geschieht mit Hilfe von unterschiedlichen „Techniken“).

Sie sollten zu verschiedenen Szenen aus der Arztpraxis plastische Beispiele präsentieren.

Danach beschreiben Sie die drei typischen Stufen eines Konfliktverlaufs in der Praxis. Erläutern Sie kurz, warum die „Vorwärtspanik“ von Patientinnen/Patienten in einer eskalierenden Interaktion möglichst vermieden werden sollte.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Präsentation, Folie 5–12

Methodische Hinweise

–

ZIELE PHASE A



- › Die Teilnehmenden sind für das Thema sensibilisiert.
- › Sie kennen die Grundlagen zur Entstehung bedrohlicher Situationen.



SCHRITT 1: STRUKTURELLE PRÄVENTION IN DER PRAXIS ERLÄUTERN

Sie erläutern die strukturellen Empfehlungen zur Prävention von Gewalt. Laden Sie dann zur Diskussion ein. Welche Anregungen werden gesehen, welche eigenen Ideen zur Strukturgestaltung haben die Anwesenden?

Empfohlene Moderationsmedien

› Präsentation, Folie 13–15

Methodische Hinweise

–

SCHRITT 2: PRÄVENTIONSTECHNIKEN VORSTELLEN

Erläutern Sie die Grundhaltung anhand von Beispielen: Der Patient oder die Patientin steht unter Stress und ist außerdem krank. Präsentieren Sie kurz mögliche deeskalierende Beendigungs-Szenarien für die dargestellten Eskalationsstufen. Erläutern Sie verschiedene Techniken.

Empfohlene Moderationsmedien

› Präsentation, Folie 16–19

Methodische Hinweise

Machen Sie den Teilnehmenden deutlich, dass es sich bei den Empfehlungen nicht um „immer“ wirksame Techniken handelt. Es sind Erfahrungswerte, die sich in den unterschiedlichen Situationen bewährt haben. Das Erkennen, auf welcher Eskalationsstufe wir uns befinden, erfordert wache Präsenz und „Training“.

Bringen Sie plastische Beispiele, u. a. für Vorwärtspanik!

ZIELE PHASE B



- › Die Teilnehmenden kennen die strukturellen Empfehlungen zur Prävention von Gewalt.
- › Techniken der Deeskalation sind bekannt.



SCHRITT 1: ERKENNTNISSE ZUSAMMENFASSEN

Fassen Sie Ihre Erkenntnisse schriftlich zusammen. Was nehmen die Teilnehmenden für sich persönlich in Bezug auf zukünftige, kritische Situationen mit?

Empfohlene Moderationsmedien

- › Flipchart
- › Moderationskarten/Pinnwand

Methodische Hinweise

Sie können reihum abfragen, welche Erkenntnisse die einzelnen Teilnehmenden mitgenommen haben und diese auf einem Flipchart notieren. Alternativ können alle ihre zwei oder drei wichtigsten Punkte auf Moderationskarten notieren und diese an einer Pinnwand geclustert werden.

SCHRITT 2: FEEDBACK EINHOLEN

Holen Sie sich abschließend ein Feedback zu den Inhalten und zur Moderation der Sitzung ein.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Blitzlichtrunde oder Muster-Feedbackbogen (Unterstützende Materialien)

Methodische Hinweise

Bei der Blitzlichtrunde soll jeder Teilnehmende nur ein oder zwei Sätze sagen. Bei Verwendung eines Fragebogens legen Sie ein Datum für die Rückgabe an Sie fest.

Achten Sie darauf, von allen ein Feedback zu erhalten.

Sie können aber auch nach der Sitzung einen Online-Fragebogen versenden. Dafür stehen im Internet vielfältige Tools zur Verfügung, die zum Teil kostenfrei genutzt werden können.

ZIELE PHASE C



- › Die Teilnehmenden haben ein Portfolio erarbeitet, wie sie mit bedrohlichen Situationen im Praxisalltag umgehen.

PHASE A: FÄLLE DISKUTIEREN


**SCHRITT 1:
INDIVIDUELLE
ESKALATIONSBEISPIELE
DISKUTIEREN**

Bitten Sie eine Person aus dem Zirkel, ihr zu Beginn der Sitzung notiertes Beispiel vorzustellen. Überlegen Sie gemeinsam, welche Deeskalationstechnik geeignet gewesen wäre, um die Situation zu entschärfen. Notieren Sie kurz die Ergebnisse.

Empfohlene Moderationsmedien

› Präsentation „Fallbeispiele“, Flipchart

Methodische Hinweise

Prüfen Sie, ob die diskutierten Regeln angewendet werden können. Die den Fall vorstellende Person kann auf eigenen Wunsch mitteilen, wie sie mit der Situation umgegangen ist.

Unterbinden Sie etwaige Schuldzuweisungen oder unangemessenes Feedback.

Sollten keine eigenen Beispiele vorhanden sein, können Sie auf die Beispiele aus der Präsentation „Fallbeispiele“ zurückgreifen.

**SCHRITT 2:
WEITERE BEISPIELE
VORSTELLEN**

Bitten Sie nun um weitere Beispiele aus dem Kreis der Teilnehmenden und gehen Sie bei jedem Fall wie unter Schritt 1 beschrieben vor.

Empfohlene Moderationsmedien

› Flipchart, ggf. Präsentation „Fallbeispiele“

Methodische Hinweise

Sollten nur wenige eigene Beispiele vorhanden sein, können Sie auf die Fälle aus der Präsentation „Fallbeispiele“ zurückgreifen.

Die Länge dieser Phase ist abhängig von der Anzahl der Beispiele und der Diskussionsfreudigkeit der Zirkelteilnehmenden. Bei Bedarf kann das Modul auch auf zwei Sitzungen gestreckt werden.

ZIELE PHASE A


- › Die Teilnehmenden haben die Deeskalationstechniken anhand eigener Fälle/von Fallbeispielen diskutiert.
- › Sie haben geeignete Techniken zur Deeskalation in der jeweiligen Situation identifiziert.

PHASE B: SIMULATIONSÜBUNGEN



SCHRITT 1: SIMULATION VORBEREITEN

Bitten Sie die Teilnehmenden, sich zu zweit oder zu dritt eine bedrohliche Situation zu überlegen.

Empfohlene Moderationsmedien

–

Methodische Hinweise

Es ist von großer Bedeutung, dass sich Akteure freiwillig bereit erklären, für die Simulation in eine Rolle zu schlüpfen. Wenn Teilnehmende im beruflichen Alltag oder im privaten Leben schon Gewalt ausgesetzt waren, ist die Gefahr einer Retraumatisierung groß. Dieser Hinweis an die Akteure darf nicht ausbleiben.

Weisen Sie darauf hin, dass neben den Akteuren auch die räumliche Gestaltung der Situation von Bedeutung ist. Gibt es Fluchtwege? Bietet der Schreibtisch zwischen den Beteiligten eine Barriere? Wie ist er im Raum positioniert?

SCHRITT 2: SITUATION SIMULIEREN

Fordern Sie nun die einzelnen Gruppen auf, die vorbereitete Situation zu simulieren. Fragen Sie danach in die Runde, ob die Teilnehmenden diese Situation anders aufgelöst hätten.

Empfohlene Moderationsmedien

–

Methodische Hinweise

–

ZIELE PHASE B



- › Die Teilnehmenden haben sich Gedanken zu möglichen Gefahrensituationen gemacht.
- › Sie haben die praktische Anwendung deeskalierender Techniken geübt und diese verfestigt.



SCHRITT 1: TECHNIKEN PRIORISIEREN

Fragen Sie die Teilnehmenden, welche Techniken sie zukünftig in angespannten beziehungsweise gefährlichen Situationen anwenden wollen. Notieren Sie diese und ermitteln Sie, welche den Teilnehmenden am geeignetsten erscheinen.

Empfohlene Moderationsmedien

› Flipchart, ggf. Klebepunkte

Methodische Hinweise

Sie können die Teilnehmenden ihre Präferenzen selbst z. B. mit Klebepunkten markieren lassen oder Sie bitten um Handzeichen und notieren das Ergebnis.

SCHRITT 2: VERMITTLUNG BESPRECHEN

Überlegen Sie gemeinsam, wie das Thema Prävention von Gewalt und Deeskalation in der Praxis mit dem eigenen Praxisteam besprochen werden kann und wie die Mitarbeitenden im Umgang mit kritischen Situationen geschult werden können.

Empfohlene Moderationsmedien

› Flipchart

Methodische Hinweise

–

SCHRITT 2: FEEDBACK EINHOLEN

Bitten Sie alle um ein kurzes Feedback zur Sitzung.

Empfohlene Moderationsmedien

› Blitzlichtumfrage
› Feedbackbogen

Methodische Hinweise

Bei Verwendung des Feedbackbogens müssen Sie festlegen, bis wann dieser an Sie zurückzugeben ist.



ZIELE PHASE B

- › Die Teilnehmenden haben die für Sie passenden Techniken priorisiert.
- › Sie sind in der Lage, ihren Praxisteams wesentliche Inhalte und Techniken zu vermitteln.
- › Die moderierende Person hat ein Feedback zur QZ-Sitzung erhalten.

FALLBEISPIELE

FALL 1: DIE DROHENDE PATIENTIN

Eine 49-jährige Patientin weigert sich, den Behandlungsraum zu verlassen, nachdem sie das von ihr verlangte Rezept beziehungsweise die Verpackungsgröße nicht erhalten hat.

A*: Als Vertretungsarzt kann ich Ihnen nur eine kleine Verpackung des Medikaments verschreiben.

P: Ich brauche aber die normale Packungsgröße.

A: Diese erhalten Sie von ihrem eigentlichen Arzt.

P: Ich habe aber keine Zeit, ständig das Rezept zu holen und jetzt auch nicht die Geduld. So langsam reicht es mir, stellen Sie mir das Rezept für die normale Verpackungsgröße aus und gut ist, ansonsten beschwere ich mich bei der Ärztekammer über Sie!

FALL 2: DER UNGEDULDIGE PATIENT

Ein 54-jähriger Patient wird durch die lange Wartezeit ungeduldig und beleidigend.

A: Sie müssen sich noch etwas gedulden, bis Sie zu mir ins Sprechzimmer kommen können.

P: Ich warte schon eine halbe Ewigkeit, trotz Termin!

A: Wir haben heute einige Notfälle reinbekommen, haben Sie bitte noch etwas Geduld.

P: Ich habe auch Beschwerden und mache doch keinen Termin aus, wenn er doch nicht eingehalten wird, Sie lahme Nuss!!

FALL 3: DER FORDERNDE VATER

Ein 35-jähriger Mann setzt ein Kleinkind direkt auf den Anmeldetresen.

P: (Laute Stimme) Mein Sohn ist gerade gestürzt, der muss sofort vorgezogen werden!

FALL 4: DROHUNG MIT WAFFENGEWALT

Ein Patient, Mitte 50, dritter Kontakt bei einer Psychotherapeutin.

P: Hier, Frau Müller. Ich habe heute mal eine 9mm Glock (Schusswaffe) mitgebracht, wollen Sie mal sehen? Die ist auch durchgeladen...

FALL 5: VERLANGEN NACH EINER CANNABIS-VERORDNUNG

Eine 45-jährige Patientin mit chronischer Schmerzerkrankung sitzt im Behandlungszimmer.

P: Sie wollen mir kein THC gegen meine Schmerzen verschreiben?

FALL 6: ANDROHUNG KÖRPERLICHER GEWALT

Ein 25-jähriger, alkoholabhängiger Patient in der psychotherapeutischen Sprechstunde.

P: Sie wollen mir keine Bescheinigung für das Jugendamt schreiben, dass ich wieder verantwortungsvollen Umgang mit meiner Tochter haben kann? Dann werde ich in den nächsten Tagen draußen auf Sie warten!

*) A = Arzt; P = Patientin bzw. Patient

UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN

MUSTER-FEEDBACKBOGEN QUALITÄTSZIRKEL

BITTE NACH ABSCHLUSS DER ERGEBNISSTUNDE AUSFÜLLEN UND DEN MODERATOREN ZURÜCKGEBEN

Bezeichnung QZ:

Thema:

Datum:

Ort:

Moderator/-in:

BEWERTUNG DER ZIRKELSITZUNG	++	+	+/-	-	--
Die Praxisrelevanz der Inhalte war ...					
Der Informationsgehalt war ...					
Die Moderation gefiel mir ...					
Das Arbeitsklima war ...					
Die Organisation der Sitzung war ...					
Der Zeitrahmen wurde eingehalten ...					
Mein eigener Erkenntnisgewinn war ...					
Der Benefit durch die gemeinsame Arbeit mit den anderen Teilnehmern war für mich ...					
Die Gelegenheiten zum Erfahrungsaustausch waren ...					
Meine Gesamtbewertung der Sitzung ist ...					

Weiteres Feedback zur Sitzung:

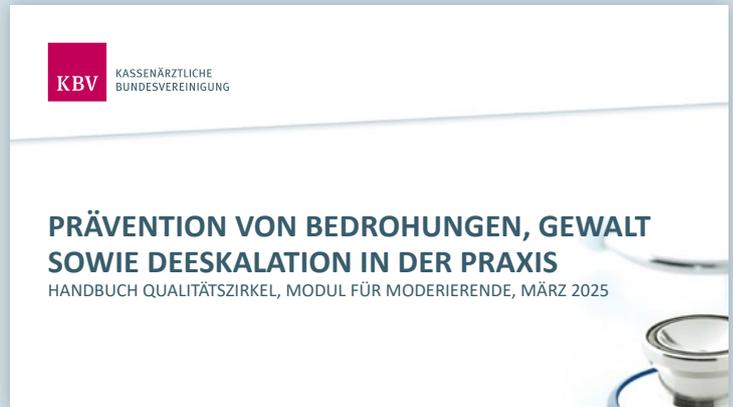
Name (Diese Angabe ist freiwillig.):

Quelle: nach ÄK Berlin

intern

Muster-Feedbackbogen

Alle Materialien stehen unter www.KBV.de/qz zum Download zur Verfügung



Präsentation



Präsentation – Fallbeispiele

KURZVERSION SITZUNGSABLAUF

SITZUNG 1

PHASE A: EINFÜHRUNG IN DAS THEMA

- › Relevanz des Themas aufzeigen und Zielstellung der Zirkelsitzung erläutern
- › Beispiele aus der Praxis der Teilnehmenden notieren lassen
- › In die Theorie mikrointeraktiver Gewalt einführen



PHASE B: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA

- › Strukturelle Empfehlungen zur Prävention vorstellen und diskutieren
- › Präventionstechniken anhand von Beispielen vorstellen



PHASE C: FAZIT, WEITERES VORGEHEN

- › Erkenntnisse aus der Sitzung schriftlich zusammenfassen
- › Feedback zur Sitzung einholen



SITZUNG 2

PHASE A: FÄLLE DISKUTIEREN

- › In Sitzung 1 gesammelte Beispiele der Teilnehmenden vorstellen und geeignete Deeskalationstechniken diskutieren



PHASE B: SIMULATIONSÜBUNGEN

- › Bedrohliche Situationen in Kleingruppen vorbereiten und simulieren
- › Lösungsansätze diskutieren



PHASE C: PRAXISTRANSFER

- › Techniken priorisieren und Vermittlung an das Praxisteam vereinbaren
- › Feedback zur Sitzung einholen



ZIELE DER SITZUNGEN

- › Die Qualitätszirkel-Teilnehmenden kennen die Grundlagen zur Entstehung von Gewalt.
- › Sie haben Deeskalationstechniken kennengelernt und eingeübt und sind in der Lage, das Wissen an das eigene Praxisteam weiterzugeben.



LITERATURVERZEICHNIS

-
- 1 Kassenärztliche Bundesvereinigung, NRV-Virchow-Bund, Brendan-Schmittmann-Stiftung. *Ärztemonitor 2018: Präsentation* [Internet]. 17. Oktober 2018 [zitiert am 13. August 2024]. Verfügbar unter: www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor-2018_LANG.pdf
-
- 2 Ärztenachrichtendienst. *Gewalt gegen Ärzte: Landeskriminalamt schult Mitarbeiter von Notfallpraxen* [Internet]. 27. August 2024 [zitiert am 27. August 2024]. Verfügbar unter: <https://aend.de/articleprint/230563>
-
- 3 Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Befragungsergebnisse Gewalt in Praxen* [Internet]. 13. September 2024 [zitiert am 14.10.2024]. Verfügbar unter: www.kbv.de/media/sp/Befragung_Gewalt_in_Praxen_Auswertung.pdf
-
- 4 Ärztenachrichtendienst. *Gewalt gegen Ärzte: Landeskriminalamt schult Mitarbeiter von Notfallpraxen* [Internet]. 27. August 2024 [zitiert am 27. August 2024]. Verfügbar unter: <https://aend.de/articleprint/230563>
-
- 5 Braun A. *Gewaltsoziologie im Wandel. Über Situationen, Prozesse und Ordnungen als Bestandteile zur Erforschung von Gewalt*. Österreichische Zeitschrift für Soziologie. 2020 45(S1):5-21.
-
- 6 Parsons T. *Das System moderner Gesellschaften*. Weinheim: Beltz Juventa; 2009.
-
- 7 Luhmann N. *Die Wirtschaft der Gesellschaft*. Berlin: Suhrkamp; 1994.
-
- 8 Collins R. *Dynamik der Gewalt. Eine mikrosoziologische Theorie*. Hamburg: HIS Verlag; 2011.
-
- 9 Collins R. *Conflict Theory and the Advance of Micro-Historical Sociology*. In: Ritzer, G (Hrsg). *Frontiers of Social Theory*. New York City: Columbia University Press; 1990.
-
- 10 Unfallkasse Baden-Württemberg (Hrsg.). *Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa) – Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in Gesundheitsberufen* [Internet]. 2005 [zitiert am 04. September 2024]. Verfügbar unter: www.gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/5_4_3b.pdf
-
- 11 Kron T. *Gewalt und emotionale Energie*. Österreich Z Soziol 45 (Suppl 1), 113–134 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11614-020-00411-2>
-
- 12/13 Körner S, Staller M. *Verhalten bei Gewalt – Selbstschutz für Erwachsene*. Berlin: Springer; 2022.
-
- 14 Collins R. *Dynamik der Gewalt. Eine mikrosoziologische Theorie*. Hamburg: HIS Verlag; 2011.
-
- 15 Miller R. *Meditations on Violence: A Comparison of Martial Arts Training and Real World Violence*. Wolfeboro (NH): YMAA Publication Center; 2008.
-
- 16 Kron T. *Gewalt und emotionale Energie*. Österreich Z Soziol 45 (Suppl 1), 113–134 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11614-020-00411-2>
-
- 17 Hofmann, S. *Yes, she can! Herbolzheim*: Centaurus Verlag & Media; 2001.
-
- 18 Unfallkassen und Berufsgenossenschaften. *Nonverbale Kommunikation* [Internet]. 2010 [abgerufen am 14. Oktober 2024]. Verfügbar unter: www.sicheres-krankenhaus.de/gewaltpraevention/deeskalation/nonverbale-kommunikation
-
- 19 Die Zeit. *„Auftrag zum Entspannen“: Warum Atemtraining Stress abbaut* [Internet]. 21. April 2021 [zitiert am 10.09.2024]. Verfügbar unter: www.zeit.de/news/2021-04/21/auftrag-zum-entspannen-warum-atemtraining-stress-abbaut
-
- 20 Perneczky R. *Die Eignung einfacher klinischer Tests für die Erkennung der leichten kognitiven Störung und der leichtgradigen Demenz*. Aktuelle Neurologie. 2003. 30(3):114-117.
-
- 20 Digestio. *Bauchatmung. 3 einfache Übungen zur Entspannung*. [Internet]. 29. November 2019 [zitiert am 13. September 2024] www.digestio.de/de/korper-und-geist/entspannung/atemuebungen-bauch
-
- 21/22 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. *Traumatische Ereignisse in Gesundheitsberufen*. DGUV Information 207-102 [Internet]. März 2022 [zitiert am 06. September 2024]. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/1285>
-
- 23 Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). *QEP-Manual plus®*, Version 2022. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2022.
-
- 24 Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. *Traumatische Ereignisse in Gesundheitsberufen*. DGUV Information 207-102 [Internet]. März 2022 [zitiert am 06. September 2024]. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/1285>
-

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Anderson E. Code of the Street: Decency, Violence, and the Moral Life of the Inner City. New York: W. W. Norton & Company; 1999.

Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF): S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen (in Überarbeitung) [Internet]. 12. Februar 2018 [zitiert am 01. September 2024]. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-022>

Collins R. Dynamik der Gewalt. Eine mikrosoziologische Theorie. Hamburg: HIS Verlag; 2011.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege – Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen [Internet]. November 2018 [zitiert am 01. September 2024]. Verfügbar unter: <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3429>

Eichhorn M. Übergriffe gegen Praxisteam vorbeugen und abwenden! [Internet]. Ärztekammer Niedersachsen. 2019 [zitiert am 01. September 2024]. Verfügbar unter: www.aekn.de/aerzte/infos-fuer-klinik-und-praxis/uebergriffe-gegen-praxisteam

Engler K. Aggressive Patienten: 5 Tipps zum Umgang. MMW Fortschritte der Medizin. 2020; 162 (15):35.

Kane L, Wilder K. The Little Black Book Violence. Wolfeboro (NH): YMAA Publication Center; 2011.

Kron T, Braun A. Bestandsaufnahme soziologischer Gewaltforschung. Heidelberg: Springer; 2020.

Miller R. Meditations on Violence: A Comparison of Martial Arts Training and Real World Violence. Wolfeboro (NH): YMAA Publication Center; 2008.

Platt K. Fehlfarben der Postmoderne. Wellerswist: Velbrück; 2020.

Rosenberg M. Konflikte lösen durch Gewaltfreie Kommunikation. Freiburg: Herder Verlag; 2023.

PRÄVENTION VON BEDROHUNGEN UND GEWALT SOWIE DEESKALATION IN DER PRAXIS – MODUL FÜR MODERIERENDE

IMPRESSUM

Herausgeberin und Copyright

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-1208
qqp@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion

Dezernat Sicherstellung und Versorgungsstruktur,
Abteilung Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel,
Patientensicherheit

Ansprechpartnerinnen

Tanja Reick, treick@kbv.de
Ulrike Schmitt, uschmitt@kbv.de

Stand

März 2025

Wichtige Hinweise

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Inhalte immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Moduls entsprechen können. Alle Angaben wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die KBV und die Autoren keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte geben. Der Nutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. Autoren und Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der KBV. Das gilt gleichermaßen für Präsentationen und andere Moderationsmedien, die ergänzend zu dem Modul auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung stehen.

Das Modul ist für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gleichermaßen entwickelt worden. Sofern im Text nur von Ärzten beziehungsweise Vertragsärzten gesprochen wird, sind immer beide Berufsgruppen gemeint. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

Fotorechte:

@ Adobe Stock: Daniel (S.7), Robert Kneschke (S.8),
Studio Romantic (S.9)

