

**Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter**  
**Prospektive Analyse in ländlichen und städtischen**  
**Rettungsdienstbezirken**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Hohen Medizinischen Fakultät  
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität  
Bonn

**Felix Leuchter**

aus Mechernich

2022

Angefertigt mit der Genehmigung  
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. Rudolf Hering
2. Gutachterin: Prof. Dr. Alexandra Philipsen

Tag der Mündlichen Prüfung: 09.09.2022

Aus der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und  
Schmerztherapie, Kreiskrankenhaus Mechernich GmbH  
Direktor: Prof. Dr. med. Rudolf Hering

Meinen Eltern



## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	8
<b>1. Einleitung</b> .....	9
1.1 Thematischer Hintergrund.....	9
1.2 Rettungsdienst in Deutschland .....	9
1.3 Notfallrettung und Krankentransport.....	11
1.4 Primär- und Sekundäreinsatz .....	11
1.5 Eingesetzte Rettungsmittel .....	12
1.6 Besetzungen von Rettungsmitteln .....	12
1.7 Begriffsdefinition „Gewalt“ .....	13
1.8 Abgrenzung von „Gewalt“ und „Aggression“ .....	15
1.9 Gewaltprävention in der rettungsdienstlichen Ausbildung .....	15
1.10 Fragestellung .....	16
<b>2. Material und Methoden</b> .....	18
2.1 Studienablauf.....	18
2.2 Einteilung teilnehmender Rettungsdienste .....	19
2.3 Teilnehmende Einsatzmittel der Studie .....	20
2.4 Aufbau des Fragebogens.....	21
2.4.1 Begriffsdefinition „Gewalt“ in der Studie .....	21
2.4.2 Gewaltunabhängige Daten .....	22
2.4.3 Gewaltabhängige Daten .....	23
2.5 Statistische Analyse .....	24
2.6 Ethikvotum .....	25
<b>3. Ergebnisse</b> .....	26

3.1	Rücklaufquote.....	26
3.2	Allgemeine Gewalterfahrung.....	26
3.3	Formen der Gewalterfahrung.....	26
3.4	Gewalterfahrung im rettungsdienstlichen Stadt-Land-Vergleich .....	29
3.5	Gewalterfahrung nach Geschlecht der Rettungsmittelbesatzung .....	30
3.6	Gewalterfahrung nach Qualifikation der Rettungsmittelbesatzung.....	31
3.7	Gewalterfahrung nach Jahreszeit .....	31
3.8	Gewalterfahrung nach Wochentag .....	32
3.9	Gewalterfahrung nach Einsatzzeit.....	32
3.10	Gewalterfahrung nach Dienstlänge .....	33
3.11	Täterprofil.....	33
3.12	Angriffsmotiv .....	33
3.13	Art des Rettungseinsatzes .....	35
3.14	Polizeibeteiligung.....	35
3.15	Davongetragene Schäden .....	36
3.16	Eingeleitete Maßnahmen .....	36
<b>4.</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>37</b>
4.1	Limitationen .....	50
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>53</b>
5.1	Hintergrund.....	53
5.2	Methoden.....	53
5.3	Ergebnisse.....	53
5.4	Schlussfolgerung.....	53
5.5	Schlüsselwörter .....	54
<b>6.</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>55</b>

<b>7.</b>	<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>56</b>
<b>8.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>57</b>
<b>9.</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>66</b>
9.1	Teilnehmende Rettungsdienste .....	66
9.2	Fragebogen .....	67
9.3	Dokumentationsanleitung zum Fragebogen.....	69
9.4	Eingesetzte Rettungsmittel .....	72
<b>10.</b>	<b>Danksagung .....</b>	<b>73</b>

## **Abkürzungsverzeichnis**

Abb.	Abbildung
etc.	et cetera
n.s.	nicht signifikant
s.	siehe
Tab.	Tabelle
V.a.	Verdacht auf
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z.B.	zum Beispiel

## **Geschlechtsspezifische Formulierungen**

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde sowohl in der nachfolgenden Dissertation als auch in den Dokumenten der zugehörigen Studie die männliche Form verwendet, nichtsdestotrotz beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

## 1. Einleitung

### 1.1 Thematischer Hintergrund

Berichte über Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Deutschland nehmen zu (Freund, 2018; Meurer, 2019; Parth und Schmalenberg, 2016; Reichelt, 2018). In Befragungen gab ein großer Teil der Rettungsdienstmitarbeiter, aber auch Allgemeinmediziner an, in Rettungsdiensteinsätzen beziehungsweise bei Hausbesuchen Gewalterfahrungen gemacht zu haben (Auer, 2009; Baumann, 2014; Dressler, 2017b; Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Vorderwülbecke et al., 2015; Weigert und Feltes, 2018). So kamen zwei von den Ministerien des Innern und für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegebene Studien zum Ergebnis, dass in den Jahren 2011 beziehungsweise 2017 mehr als 90 % der Rettungsdienstmitarbeiter verbale und circa ein Viertel körperliche Gewalterfahrungen gemacht hatten (Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Da jedoch in diesen retrospektiven Studien Gewaltereignisse aus einem langen Zeitraum von zwölf Monaten oder gar der gesamten Dienstzeit erfragt wurden, ist ein Recall-Bias mit einer möglichen Überschätzung der Prävalenz der Gewalterfahrung nicht auszuschließen (Auer, 2009; Baumann, 2014; Dressler, 2017b; Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Vorderwülbecke et al., 2015; Weigert und Feltes, 2018). Rückschlüsse auf das tatsächliche Ausmaß der täglichen Gewalterfahrung in Rettungseinsätzen sind damit nicht möglich.

### 1.2 Rettungsdienst in Deutschland

Der Rettungsdienst in Deutschland dient der „öffentliche[n] Aufgabe der organisierten nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und der staatlichen Daseinsvorsorge“ und gliedert sich in „Notfallrettung“ und „Krankentransport“ (Bundesärztekammer, 2021; Kühn et al., 2010). Die rechtliche Organisation des Rettungsdienstes unterliegt den Rettungsdienstgesetzen der Länder (Kühn et al., 2010). Zur Vereinfachung wird im Folgenden Bezug auf die Rettungsdienstgesetze der an der Studie teilnehmenden Bundesländer genommen, das „Rettungsgesetz NRW (RettG NRW)“ in Nordrhein-Westfalen und das

„Rettungsdienstgesetz (RettDG)“ in Rheinland-Pfalz (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020). Der Rettungsdienst ist Teil des Rettungswesens und dient somit als Bestandteil der „Rettungskette“ (s. Abb. 1) der ersten qualifizierten Patientenversorgung sowie der Zuführung des Patienten zur Krankenhausbehandlung (Kühn et al., 2010).



**Abb. 1:** Rettungskette.

(Kühn et al., 2010)

Die Träger des Rettungsdienstes sind die Kreise und kreisfreien Städte, die die Durchführung des Rettungsdienstes durch eigene rettungsdienstliche Abteilungen beziehungsweise Feuerwehren sicherstellen oder andere Organisationen wie Hilfsorganisationen oder private Rettungsdienstanbieter nach öffentlichen Ausschreibungen hiermit beauftragen (Kühn et al., 2010).

Zu den Einrichtungen des Rettungsdienstes gehören Leitstellen sowie Rettungswachen (Kühn et al., 2010). Die Aufgaben von Leitstellen bestehen in der Entgegennahme von Notfalleinrufen, der telefonischen Ermittlung einsatzrelevanter Informationen, der Alarmierung von entsprechenden Einsatzmitteln sowie der Koordination derer während des Einsatzes durch den entsprechenden Leitstellendisponenten (Kühn et al., 2010). Weitere Aufgaben sind die Kommunikation mit den umliegenden Krankenhäusern sowie die Nachweisführung der Bettenkapazitäten der Krankenhäuser (Kühn et al., 2010). Es gibt rettungsdienstliche sowie integrierte Leitstellen, durch die neben dem Rettungsdienst auch der Brand- und Katastrophenschutz koordiniert wird (Kühn et al., 2010). Rettungswachen dienen als Standorte der Einsatzmittel des Rettungsdienstes und müssen entsprechend des Rettungsmittelbedarfsplans (vgl. RettG NRW Paragraph 12) so im Rettungsdienstgebiet stationiert sein, dass die im jeweiligen Landesrettungsdienstgesetz vorgesehene „Hilfsfrist“ eingehalten werden kann (Kühn et

al., 2010; Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1997).

### 1.3 Notfallrettung und Krankentransport

Das „Rettungsgesetz NRW“ in Nordrhein-Westfalen und das „Rettungsdienstgesetz“ in Rheinland-Pfalz definieren beide in Paragraph 2, Absatz 2, „Notfallrettung“ als Versorgung und Transport von „Notfallpatienten“ (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020). „Notfallpatienten“ sind demnach „Personen, die sich infolge Verletzung, Krankheit oder sonstiger Umstände entweder in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten“ (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016). Der „Krankentransport“ dient hingegen nach beiden Landesgesetzen der Versorgung und dem Transport „von kranken, verletzten oder sonstigen hilfsbedürftigen Personen, die keine Notfallpatienten sind“ (Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020).

### 1.4 Primär- und Sekundäreinsatz

Primär- und Sekundäreinsatz beziehungsweise Primär- und Sekundärtransport sind Einsatzformen der Notfallrettung und werden in der DIN 13050 definiert (Deutsches Institut für Normung, 2009; Kühn et al., 2010). Der „Primäreinsatz“ beziehungsweise „Primärtransport“ von Notfallpatienten dient einer qualifizierten präklinischen Erstversorgung, Stabilisierung sowie des Transports in ein weiterbehandelndes Krankenhaus (Deutsches Institut für Normung, 2009; Kühn et al., 2010). Der „Sekundäreinsatz“ beziehungsweise „Sekundärtransport“ beschreibt den Verlegungstransport von primär qualifiziert betreuten Notfallpatienten aus organisatorischen, medizinischen oder personellen Gründen, beispielsweise die Verlegung eines intensivpflichtigen Patienten von einem peripheren Krankenhaus in ein Krankenhaus der Maximalversorgung (Deutsches Institut für Normung, 2009; Kühn et al., 2010). Dieser Transport kann mit Einsatzmitteln der primären Notfallrettung wie Rettungswagen und Notarzt-Einsatzfahrzeugen, aber auch mit speziellen Rettungsmitteln

wie Intensivtransportwagen oder Intensivtransporthubschraubern durchgeführt werden (Kühn et al., 2010).

### 1.5 Eingesetzte Rettungsmittel

Bei den zugelassenen Rettungsmitteln handelt es sich laut „Rettungsgesetz NRW“, Paragraph 3, sowie „Rettungsdienstgesetz“, Paragraph 21, um „Krankenkraftwagen“, zu denen unter anderem „Krankentransportwagen“, „Rettungswagen“, „Intensivtransportwagen“ sowie in Rheinland-Pfalz „Notfallkrankwagen“ gehören (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020). Hinzu kommen Personenkraftwagen wie „Notarzt-Einsatzfahrzeuge“, die in Form des so genannten „Rendezvous-System[s]“ den Notarzt als Schnellzubringer zum Einsatzort befördern, wo er mit der Rettungswagenbesatzung zusammentrifft (Kühn et al., 2010; Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020). Ein „Kompakt- oder Stationssystem“ mit gleichzeitiger Besetzung eines Notarztwagens mit Rettungswagenbesatzung und Notarzt kam in der vorliegenden Studie nicht zum Einsatz (Kühn et al., 2010). In allen teilnehmenden Rettungsdienstbezirken dieser Studie werden Krankentransportwagen zum Krankentransport von Nicht-Notfallpatienten eingesetzt (Bundesstadt Bonn, 2020; Kreis Euskirchen, 2020; Ministerium des Innern und für Sport des Landes Rheinland-Pfalz, 2020; Rettungsdienst Kreis Düren AöR, 2020).

Eine besondere Stellung nehmen in diesem Fall die Notfallkrankwagen in Rheinland-Pfalz ein, die primär der Versorgung von Nicht-Notfallpatienten im Rahmen des Krankentransports dienen, bei Bedarf aber auch an der Notfallrettung teilnehmen (Ministerium des Innern und für Sport des Landes Rheinland-Pfalz, 2020).

### 1.6 Besetzungen von Rettungsmitteln

Die einheitlichen Vorschriften zur beruflichen Mindestqualifikation bei der Besetzung von Rettungsmitteln werden im „Rettungsgesetz NRW“, Paragraph 4, sowie im „Rettungsdienstgesetz“, Paragraph 22, geregelt (Ministerium des Innern des Landes

Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020). So bedarf es bei der Besetzung eines Krankenkraftwagens zum Krankentransport mindestens eines Rettungshelfers als Fahrzeugführer sowie eines Rettungssanitäters als Transportführer (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020). Die Besetzung eines Rettungsmittels zur Notfallrettung erfordert als Mindestqualifikation einen Rettungssanitäter als Fahrzeugführer und einen Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter als Transportführer (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020). Die Besetzung eines Notarzt-Einsatzfahrzeugs benötigt einen Rettungsassistenten beziehungsweise Notfallsanitäter als Fahrer sowie einen Arzt mit der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin beziehungsweise dem Fachkundenachweis Rettungsdienst (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020). Die gesetzliche Gleichberechtigung von Rettungsassistenten mit zweijähriger Ausbildungsdauer und Notfallsanitätern mit dreijähriger Ausbildungsdauer bei der Besetzung der Rettungsmittel resultiert aus den Übergangsvorschriften nach Paragraph 32, „Notfallsanitätergesetz (NotSanG)“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019). Diese sehen in Abschnitt 2 eine Ergänzungsprüfung im Zeitraum von zehn Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes vor, um die Berufsbezeichnung „Notfallsanitäter“ führen zu dürfen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019). Innerhalb dieses Zeitraums gestatten die Rettungsdienstgesetze der teilnehmenden Bundesländer noch eine Gleichberechtigung bei der Besetzung von Einsatzmitteln in der Qualifikation von Rettungsassistenten und Notfallsanitätern (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016; Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020).

### 1.7 Begriffsdefinition „Gewalt“

Der Begriff „Gewalt“ besitzt keine einheitliche Definition (Faust, 2020; World Health Organization, 2002). Vielmehr ist die Definition abhängig von der Sichtweise beziehungsweise der jeweiligen Thematik, auf die sie sich bezieht (World Health Organization, 2002). Im juristischen Sinn wird der Begriff „Gewalt“ zwar in mehreren Gesetzestexten verwendet, jedoch nicht genauer definiert, beispielsweise im Rahmen der

„Nötigung“, Paragraph 240, Strafgesetzbuch (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020a).

Basierend auf einer Vereinbarung von Bund und Ländern wurde sich im Rahmen der Kriminalitätsstatistik unter dem Begriff der „Gewaltkriminalität“ auf einen Katalog an Straftaten geeinigt (Bundeskriminalamt, 1983). Hierzu zählen: „Mord, Totschlag und Tötung auf Verlangen, Vergewaltigung und sexuelle Nötigung, Raub, räuberische Erpressung, räuberischer Angriff auf Kraftfahrer, Körperverletzung mit Todesfolge, gefährliche und schwere Körperverletzung, erpresserischer Menschenraub, Geiselnahme und Angriff auf den Luft- und Seeverkehr“ (Bundeskriminalamt, 1983). Nach dieser Definition werden jedoch viele einfache Formen der Gewalt wie beispielsweise einfache Körperverletzung, Nötigung oder Beleidigung außer Acht gelassen und der Begriff „Gewalt“ daher lediglich aus statistisch-polizeilich relevanter Sicht definiert.

Rengier (2020) definiert den Begriff der „klassischen Gewalt“ aus juristischer Sicht im Zusammenhang der „Nötigung“, Paragraph 240, Strafgesetzbuch, als „jede körperliche Tätigkeit, durch die körperlich wirkender Zwang ausgeübt wird, um geleisteten oder erwarteten Widerstand zu überwinden“. Diese Definition fokussiert sich jedoch vollständig auf die rein physische Gewalt, weshalb sie um die Formulierung des „vergeistigten (oder erweiterten) Gewaltbegriffs“ erweitert wurde (Rengier, 2020). Dieser „hält im Ausgangspunkt am Erfordernis physisch vermittelten Zwangs fest, lässt aber auch psychisch vermittelten Zwang genügen, sofern er als körperlicher Zwang empfunden wird“ (Rengier, 2020). Aufgrund der juristischen Betrachtungsweise des Gewaltbegriffs haben diese Definitionen vor allem die Rechtswidrigkeit der Handlung des Täters, weniger aber die mittel- und unmittelbaren Folgen für das Opfer im Blick.

Aus soziologischer Sicht ist Gewalt laut der Bundeszentrale für politische Bildung bezugnehmend auf Schubert und Klein (2018) der „Einsatz physischer oder psychischer Mittel, um einer anderen Person gegen ihren Willen a) Schaden zuzufügen, b) sie dem eigenen Willen zu unterwerfen (sie zu beherrschen) oder c) der solchermaßen ausgeübten Gewalt durch Gegen-Gewalt zu begegnen“.

In ihrem „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ hat die Weltgesundheitsorganisation versucht, eine allgemeingültige Definition zu verfassen, indem sie Gewalt als

„absichtliche[n] Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ definiert (World Health Organization, 2002). Darüber hinaus gliedert die Weltgesundheitsorganisation in diesem Bericht Gewalt in vier verschiedene Formen: physische, sexuelle und psychische Gewalt sowie „Deprivation oder Vernachlässigung“ (World Health Organization, 2002).

### 1.8 Abgrenzung von „Gewalt“ und „Aggression“

Eine Unterscheidung zwischen „Gewalt“ und „Aggression“ scheint nicht eindeutig möglich zu sein (Faust, 2020). Zum einen bestehen auch hinsichtlich des Begriffs „Aggression“ verschiedene Definitionen, zum anderen werden die beiden Begrifflichkeiten zum Teil synonym beziehungsweise Gewalt als Unterform von Aggression verstanden (Faust, 2020; Löwe-Stura, 2019; Selg, 2020; Zimbardo und Gerrig, 1999). So beschreibt Selg (2020) Gewalt als einen „Begriff für eine Teilmenge der Aggression“. Zimbardo und Gerrig (1999) definieren Gewalt als „Aggression in ihrer extremen und sozial nicht akzeptablen Form“. Und auch Faust (2020) versteht Gewalt als „Unterkategorie von Aggression“. Aus diesen Gründen wird zur Vereinheitlichung im Folgenden der Begriff „Gewalt“ verwendet.

### 1.9 Gewaltprävention in der rettungsdienstlichen Ausbildung

Gewaltpräventive Aspekte finden in der rettungsdienstlichen Ausbildung je nach Ausbildungsstand in unterschiedlichem Maße Beachtung. Im Rahmen der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie Rettungshelferinnen und Rettungshelfer (RettAPO)“ von Nordrhein-Westfalen sieht der Lernzielkatalog für Rettungshelfer in Anlage 4 unter Punkt XVIII. neun Unterrichtseinheiten zum Thema „Soziale Kompetenz [,] Umgang mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen [und] Kommunikation – hilfreiches Gesprächsverhalten“ vor (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2018). Darunter fallen der „Umgang mit Patientinnen und Patienten und Angehörigen“ und die Berücksichtigung der

„individuelle[n] psychische[n] und physische[n] Belastbarkeit (insbesondere bei behinderten und älteren Menschen)“ sowie die Anwendung und Übertragung der „Gesprächsführung auf unterschiedliche Personengruppen und Situationen“ (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2018). Hinzu kommen im Rahmen der darauf aufbauenden Ausbildung von Rettungssanitätern in Anlage 1 unter Punkt IX. die allgemeine Kenntnis von Gefahren an einer Einsatzstelle sowie der „Selbstschutz bei Gefährdung“ (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2018). Dieser Aspekt findet sich in gleicher Form in der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten (RettAssAPrV)“ in Anlage 1 unter Punkt 4.4.1 wieder (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1989). Hinsichtlich der spezifischen Gewaltprävention finden sich in der „Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV)“ in Anlage 1 Punkt 3 „Kommunikation und Interaktion mit sowie Beratung von hilfesuchenden und hilfebedürftigen Menschen unter Berücksichtigung des jeweiligen Alters sowie soziologischer und psychologischer Aspekte“ Inhalte der verbalen und nonverbalen Kommunikation mit besonderen Patientengruppen (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020c). Hinzu kommen in Anlage 1 unter Punkt 8.d) der Umgang mit „Krisen- und Konfliktsituationen“ sowie die Anwendung von „Deeskalationsstrategien“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020c). Die Ausbildung von Notärzten im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ sieht im „(Muster-) Kursbuch ‚Allgemeine und spezielle Notfallbehandlung‘ auf der Grundlage der (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018“ in Modul I „Gesetze, Strukturen, Rahmenbedingungen“ in zehn Unterrichtseinheiten unter anderem die Punkte „Gewaltprävention“, „Deeskalation“ und „Umgang mit Gewaltvorfällen“ vor (Bundesärztekammer, 2020).

### 1.10 Fragestellung

Ziel der vorliegenden Studie war die Überprüfung der These, ob Rettungsdienstmitarbeiter in einem für ihre Arbeit relevanten Ausmaß und einer Häufigkeit mit verbaler, nonverbaler, körperlicher und sekundärer Gewalt (s. Kapitel 2.4.1) konfrontiert werden. Dabei wurde die absolute und relative Häufigkeit von Rettungsdiensteinsätzen mit und ohne Gewalterfahrung in acht Landkreisen und zwei Städten über einen definierten Zeitraum

von insgesamt vier Wochen ermittelt. Daneben wurden das Gewaltausmaß, die Täter, deren Motive und der zeitliche und regionale Zusammenhang der Gewalt dokumentiert sowie das Geschlecht und die Qualifikation der Rettungsdienstmitarbeiter, davon getragene Schäden und eventuell eingeleitete Maßnahmen erfasst.

Nach Abschluss der beiden Erhebungsphasen wurden die Untersuchungsergebnisse anhand der folgenden Forschungsfragen ausgewertet:

1. Allgemeine Gewalterfahrung
2. Formen der Gewalterfahrung (verbal/ nonverbal/ körperlich/ sekundär)
3. Gewalterfahrung im rettungsdienstlichen Stadt-Land-Vergleich
4. Gewalterfahrung nach Geschlecht der Rettungsmittelbesatzung
5. Gewalterfahrung nach Qualifikation der Rettungsmittelbesatzung
6. Gewalterfahrung nach Jahreszeit
7. Gewalterfahrung nach Wochentag
8. Gewalterfahrung nach Einsatzzeit
9. Gewalterfahrung nach Dienstlänge
10. Täterprofil
11. Angriffsmotiv
12. Art des Rettungseinsatzes
13. Polizeibeteiligung
14. Davongetragene Schäden
15. Eingeleitete Maßnahmen

## 2. Material und Methoden

### 2.1 Studienablauf

Besatzungen an der Notfallrettung beteiligter Einsatzmittel von acht ländlichen und zwei städtischen Rettungsdiensten (Anhang 9.1) nahmen über zwei Zeiträume von je 14 Tagen vom 18.03.2019 bis 31.03.2019 und vom 29.07.2019 bis 11.08.2019 teil. Der erste Erhebungszeitraum vom 18.03.2019 bis 31.03.2019 wird im Folgenden als „Frühjahr“ definiert, die zweite Erhebungsphase vom 29.07.2019 bis 11.08.2019 als „Sommer“. Zur Datenerfassung diente ein voll standardisierter analoger Datenerhebungsbogen mit zusätzlichen Möglichkeiten der Freitexteingabe (Anhang 9.2), der von den Rettungsdienstmitarbeitern einsatzbegleitend während jeder Dienstschicht anonym ausgefüllt wurde.

Zuvor wurde in einer Probeerhebungsphase über einen Zeitraum von zehn Tagen vom 25.06.2018 bis 04.07.2018 im Kreis Euskirchen der Fragebogen sowohl inhaltlich als auch logistisch auf seine Umsetzbarkeit in den täglichen rettungsdienstlichen Abläufen überprüft. Hierbei wurden in 64 Fragebögen 355 von 564 Einsätzen erfasst. Anschließend wurden die Daten probenhalber statistisch ausgewertet und auf Grundlage dessen Änderungen sowie Erweiterungen des Fragebogens vorgenommen.

In einem Zeitraum von zwei Wochen vor Beginn der beiden Erhebungsphasen wurden die Rettungsdienstmitarbeiter über den Ablauf der Studie informiert und ihnen die Nutzung des Fragebogens erklärt. Abhängig von der Organisationsstruktur des jeweiligen Rettungsdienstbezirks geschah dies entweder in Form einer Schulung der Leiter Rettungsdienst und Rettungswachenleiter oder der diensthabenden Rettungsmittelbesatzung auf den Rettungswachen. Diese fungierten anschließend als Multiplikatoren in der Schulung der weiteren Rettungsdienstmitarbeiter. Zusätzlich wurden allen Rettungswachen Fragebögen in ausreichender Anzahl, Informationsschreiben über die Studie und ausführliche Dokumentationsanleitungen (Anhang 9.3) zur Nutzung des Fragebogens zur Verfügung gestellt. Nach Abschluss des Erhebungszeitraums wurden die ausgefüllten Fragebögen postalisch an die Studienleitung zurückgesandt.

## 2.2 Einteilung teilnehmender Rettungsdienste

Die teilnehmenden Rettungsdienste wurden hinsichtlich ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie ausgewählt und anschließend im Stadt-Land-, Bundesland- und Rettungsdienstbezirk-Vergleich (Tab. 1-3) eingeteilt.

**Tab. 1:** Einteilung teilnehmender Rettungsdienste nach Stadt-Land-Vergleich und Einwohnerzahl.

Kreisfreie Städte		Kreise	
> 200 000 Einwohner	< 200 000 Einwohner	> 200 000 Einwohner	< 200 000 Einwohner
Bonn	Koblenz	Düren	Altenkirchen
		Mayen-Koblenz	Cochem-Zell
		Westerwaldkreis	Euskirchen
			Neuwied
			Rhein-Lahn-Kreis

**Tab. 2:** Einteilung teilnehmender Rettungsdienste nach Bundesland.

Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz
Bonn	Altenkirchen
Düren	Cochem-Zell
Euskirchen	Koblenz
	Mayen-Koblenz
	Neuwied
	Rhein-Lahn-Kreis
	Westerwaldkreis

**Tab. 3:** Einteilung teilnehmender Rettungsdienste nach Rettungsdienstbezirken.

Nordrhein-Westfalen	Rettungsdienstbezirk Koblenz	Rettungsdienstbezirk Montabaur
Bonn	Cochem-Zell	Altenkirchen
Düren	Koblenz	Neuwied
Euskirchen	Mayen-Koblenz	Rhein-Lahn-Kreis
		Westerwaldkreis

### 2.3 Teilnehmende Einsatzmittel der Studie

Zu den an der Studie teilnehmenden Rettungsmitteln gehörten die an der Notfallrettung beteiligten Einsatzmittel. Dies umfasste in beiden Bundesländern der teilnehmenden Rettungsdienste 90 Rettungswagen, die zum Teil auch als Intensivtransportwagen eingesetzt wurden, 28 Notarzt-Einsatzfahrzeuge und 17 Notfallkrankwagen auf insgesamt 66 Rettungswachen (Anhang 9.4). Die Einsatzmittel der Luftrettung nahmen aufgrund ihres stadt- und kreisgebietsübergreifenden Versorgungsauftrags und ihrer unterschiedlichen Trägergemeinschaft beziehungsweise Betreiberzugehörigkeit nicht an der Studie teil (Kühn et al., 2010; Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016). Die Krankentransportwagen nehmen in beiden Bundesländern primär nicht an der Notfallrettung teil, weshalb diese Einsatzmittel von der Studie ausgeschlossen wurden (Bundesstadt Bonn, 2020; Kreis Euskirchen, 2020; Ministerium des Innern und für Sport des Landes Rheinland-Pfalz, 2020; Rettungsdienst Kreis Düren AöR, 2020). Einen Sonderfall stellen die Notfallkrankwagen in Rheinland-Pfalz dar, die durch ihren bedarfsweisen Einsatz in der Notfallrettung in die Studie eingeschlossen wurden.

Das Einschlusskriterium „Notfallrettung“ zu dieser Studie wurde aufgrund der erhöhten psychischen Belastung aller Beteiligten, sowohl der Patienten und Angehörigen als auch des Rettungsdienstpersonals, in der Einsatzsituation gewählt, da hieraus eine höhere Eskalationswahrscheinlichkeit mit nachfolgender Gewalterfahrung resultiert (Ziegenfelder, 2017). Durch die vitale Bedrohung des Patienten als existenzielle

Gefährdung entsteht eine bedeutend größere Situationsdynamik als im Krankentransport, was zusätzlich durch die fehlende Planbarkeit der Einsätze noch erhöht wird.

## 2.4 Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen umfasste eine doppelseitig bedruckte DIN A4-Seite. Bei den auf der Vorderseite erhobenen Daten handelte es sich um gewaltunabhängige und gewaltabhängige Daten mit Entscheidungsantworten („Nein“/ „Ja“) und/ oder vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sowie Freitextangaben zur Spezifizierung der Information. Auf der Rückseite bestand die Möglichkeit, im Abschnitt „Kommentare“ die Gewalterfahrung gegebenenfalls mit eigenen Worten ausführlich zu beschreiben, darüber hinaus wurden hier Hinweise zur Möglichkeit der Bildübermittlung von eventuell davon getragenen Schäden sowie zum Datenschutz gegeben.

### 2.4.1 Begriffsdefinition „Gewalt“ in der Studie

In Anbetracht einer fehlenden, allgemeingültigen Definition von „Gewalt“ (s. Kapitel 1.7 und 1.8) wurde dieser Begriff für die Studie in der persönlichen Schulung der Rettungsdienstmitarbeiter und in der Dokumentationsanleitung, die allen Rettungsdienstmitarbeitern zur Verfügung gestellt wurde, definiert. Danach war Gewalt nicht nur als juristisch relevante Handlung definiert, sondern als jegliche Handlungsweise, durch die sich Rettungsdienstmitarbeiter subjektiv angegriffen fühlen oder die sie in ihrer Tätigkeit oder persönlichen Integrität beeinträchtigt. Bezugnehmend auf die Differenzierung von Gewaltformen durch die Weltgesundheitsorganisation in unter anderem physische und psychische Gewalt wurden hier vier verschiedene Formen von Gewalt definiert: verbale, nonverbale, körperliche (alle primäre Gewalt) und sekundäre Gewalt (World Health Organization, 2002). Die Zusammenfassung der primären Gewalt beschreibt dabei einen direkten Angriff des Täters auf das Opfer, sei es in Form von Beleidigungen, Gewaltandrohungen oder Tätlichkeiten. Dem gegenüber steht der Begriff der sekundären Gewalt, bei der das Opfer in indirekter Weise in seiner täglichen Arbeit negativ beeinflusst wird.

Verbale Gewalt wurde als jegliche Form von mündlich vorgebrachten Lautäußerungen wie Beleidigungen, Beschimpfungen und Bedrohungen sowie rassistischen oder sexistischen Aussagen beschrieben. Nonverbale Gewalt wurde als Androhung von Gewalt durch Gestik und Mimik mit der Aufführung zweier Beispiele – „Halsdurchschneiden mit dem Daumen“ oder „Erschießen mit zwei Fingern“ – deklariert. Körperliche Gewalt definierte alle Formen eines Angriffs durch eine Waffe, einen Gegenstand oder ein Körperteil des Täters. Der hier verwendete Begriff der „sekundären Gewalt“ bezeichnete eine mutwillige anderweitige Beeinträchtigung oder Behinderung während der rettungsdienstlichen Arbeit, bei der kein direkter Angriff der Rettungsdienstmitarbeiter stattgefunden hat. Beispielhaft seien hier die absichtliche Blockierung der Anfahrt des Rettungsmittels oder Schaulustige genannt, die die rettungsdienstliche Arbeit aktiv oder passiv behindern; sogenannte „Unfall-Gaffer“ (Görmann und Hornsteiner, 2020).

#### 2.4.2 Gewaltunabhängige Daten

Das Geschlecht der Rettungsmittelbesatzung konnte für beide Besatzungsmitglieder mit „männlich“ oder „weiblich“ gewählt werden. Die Anerkennung der Geschlechtsangabe „divers“ durch die Anpassung des Personenstandsgesetzes trat erst nach Genehmigung des Studienvorhabens durch die Ethikkommission in Kraft, sodass auf eine nachträgliche Änderung des Fragebogens verzichtet wurde (Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, 2018). Den Studienteilnehmern stand eine persönliche Definition des Geschlechts jedoch frei.

Für die berufliche Qualifikation beider Besatzungsmitglieder konnte aus den Möglichkeiten „Rettungshelfer“, „Rettungssanitäter“, „Rettungsassistent“, „Notfallsanitäter“ und „Notarzt“ gewählt werden. Darüber hinaus bestand unter dem Punkt „Sonstiges“ die Möglichkeit zur Freitexteingabe. Die berufliche Qualifikation „Rettungshelfer“ wurde aufgeführt, da in den teilnehmenden Rettungsdiensten des Bundeslands Rheinland-Pfalz die dort an der Notfallrettung teilnehmenden Notfallkrankswagen mit dieser beruflichen Qualifikation besetzt werden können.

Im Abschnitt „Keine Gewalterfahrung“ wurden die Gesamtanzahl der Einsätze innerhalb der erfassten Schicht („Anzahl der Einsätze (gesamt)“), die „Anzahl der Einsätze ohne Gewalterfahrung“, die „Länge des Dienstes in Stunden“ sowie das „Dienstdatum“ erhoben.

#### 2.4.3 Gewaltabhängige Daten

Der Abschnitt „Gewalterfahrung“ des Fragebogens sollte lediglich in dem Fall ausgefüllt werden, wenn es im Rahmen eines Einsatzes zu einer der definierten Formen der Gewalt kam. Dementsprechend änderte sich hiernach auch die Anzahl der Einsätze ohne Gewalterfahrung im Abschnitt „Keine Gewalterfahrung“. Wurden die Rettungsdienstmitarbeiter innerhalb einer Dienstschicht mehr als einmal mit einer Gewalterfahrung konfrontiert, so wurde die erste Gewalterfahrung entsprechend dem Vorgehen bei nur einer Gewalterfahrung pro Dienstschicht auf dem Fragebogen dokumentiert und die zweite Gewalterfahrung auf einem weiteren Fragebogenblatt erfasst, welches dem ersten Blatt angehängt wurde. Hierdurch mussten auf dem zweiten Fragebogenblatt die Angaben zur Rettungsmittelbesatzung und dem Abschnitt „Keine Gewalterfahrung“ nicht erneut gemacht werden, da diese Informationen aus dem zugehörigen ersten Fragebogenblatt ersichtlich waren. Aus der Differenz der „Anzahl der Einsätze (gesamt)“ und der „Anzahl der Einsätze ohne Gewalterfahrung“ ergab sich hieraus die Anzahl der Einsätze mit Gewalterfahrung innerhalb eines Dienstes.

Die Angaben zum „Einsatzdatum“ und der „Alarmierungszeit“ waren als Freitext auszufüllen.

Erfahrungen mit verbaler und nonverbaler Gewalt konnten mit „Nein“ und „Ja“ beantwortet und gegebenenfalls durch eine Freitextangabe spezifiziert werden. Körperliche und sekundäre Gewalterfahrungen konnten ebenso mit „Nein“ und „Ja“ beantwortet werden, darauf folgten vorgegebene Antwortmöglichkeiten zur Präzisierung der Gewalterfahrung. Bei körperlicher Gewalt handelte es sich um die Möglichkeiten „Rempeln/ Stoßen“, „Hand-/ Faustschlag“, „Treten“, „Beißen/ Spucken“ und „Waffe“ mit der möglichen Freitextangabe zur Nennung der Waffe. Zur sekundären Gewalt standen die Spezifizierungsmöglichkeiten „Behinderung auf der Anfahrt“, „Aufreißen der Fahrzeugtür“,

„Unfall-Gaffer“ und „Diebstahl“ zur Verfügung. Bei beiden Items bestand zudem die Möglichkeit der Freitextangabe unter „Sonstiges“.

Mögliche davon getragene Schäden sowie die Art der Schäden durch die Gewalterfahrung wurden durch die Aussage „Ich habe psychische/ körperliche Schäden davon getragen“ erfasst. Auch hier standen die Antwortmöglichkeiten „Nein“ und „Ja“ sowie eine Freitextangabe zur Nennung der Schäden zur Verfügung.

Als Täter konnten „Patient“, „Angehöriger“ und „Passant“ angegeben werden. Unter dem Punkt „Sonstiges“ konnte ebenso frei formuliert eine Täterdefinition erfolgen.

Ähnlich verhält es sich bei der Erfassung des mutmaßlichen Tätermotivs, wo unter den Antwortmöglichkeiten „Angst“, „Intoxikation“ und „Vorsatz“ gewählt oder unter „Sonstiges“ ein anderer Angriffsgrund aufgeführt werden konnte.

Die Einsatzart erschließt sich aus den Antwortmöglichkeiten zur Situation, in der der Angriff erfolgte („normaler Einsatz“, „Verkehrsunfall“, „Großveranstaltung“, „Massenschlägerei“). Unter „Sonstiges“ konnte die Einsatzart mit eigenen Worten beschrieben werden.

Eine etwaige Polizeibeteiligung wurde mittels Entscheidungsantwort („Nein“/ „Ja“) sowie der Präzisierungen „bereits vorher vor Ort“, „nachgefordert“ oder „(V.a.) Straftat, die zum Rettungseinsatz führte“ abgefragt.

Zu möglichen Konsequenzen, die die Rettungsdienstmitarbeiter aus der Gewalterfahrung zogen, standen die Antwortmöglichkeiten „Keine“, „Strafanzeige erstatten“, „Meldung an meinen Vorgesetzten“, „(eigene) ärztliche Behandlung/ Krankschreibung“ sowie eine persönliche Spezifizierung unter „Sonstiges“ zur Verfügung.

## 2.5 Statistische Analyse

Die Daten wurden in Microsoft Excel-Tabellen übertragen und deskriptiv als absolute und relative Häufigkeiten angegeben. Die statistische Auswertung erfolgte mit der GNU PSPP Statistical Analysis Software. Vergleiche der ausschließlich kategorialen Daten wurden mittels des Chi-Q-Tests durchgeführt, eine statistische Signifikanz wurde bei einer Fehlerwahrscheinlichkeit von  $p \leq 0,05$  angenommen.

Am Institut für Medizinische Biometrie und Statistik der Universität zu Lübeck sowie am Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie der Universität Bonn wurde eine biometrische Beratung in Anspruch genommen.

## 2.6 Ethikvotum

Das Studienvorhaben wurde von der Ethikkommission Ärztekammer Nordrhein ohne formales Votum genehmigt (Mitteilung vom 12.07.2018, Nr. 158/ 2018).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Rücklaufquote

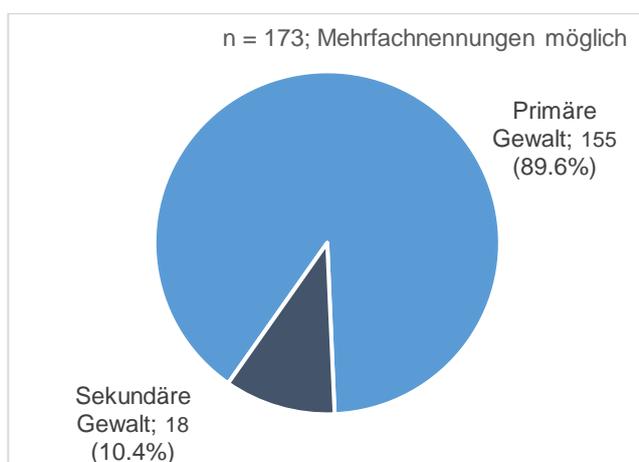
Von 4 922 Rettungsdienstschichten wurden 2 092 mittels Fragebögen dokumentiert, entsprechend einer Rücklaufquote von 42,5 %. In 119 dieser 2 092 Rettungsdienstschichten gab es keine Einsätze, in den restlichen 1 973 Rettungsdienstschichten wurden 7 793 Einsätze absolviert, die als Datengrundlage für die Auswertung dienen. In der ersten Erhebungsphase wurden 1 164 von 2 419 Rettungsdienstschichten dokumentiert, entsprechend einer Rücklaufquote von 48,1 %. Während der zweiten Erhebungsphase wurden 928 von möglichen 2 503 Schichten erfasst. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 37,1 %.

#### 3.2 Allgemeine Gewalterfahrung

In 93 (1,2 %) der 7 793 Einsätze kam es zu insgesamt 173 Gewaltanwendungen gegen das Rettungsdienstpersonal.

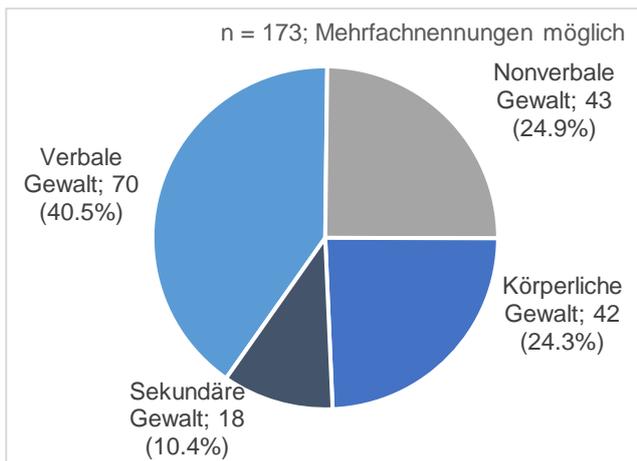
#### 3.3 Formen der Gewalterfahrung

Hinsichtlich der Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Gewalt kam es zu 155 (89,6 %) primären und 18 (10,4 %) sekundären Gewaltanwendungen (Abb. 2).



**Abb. 2:** Hauptformen der Gewalterfahrung von Rettungsdienstmitarbeitern.

Dabei handelte es sich 70 mal (40,5 %) um verbale, 43 mal (24,9 %) um nonverbale, 42 mal (24,3 %) um körperliche und 18 mal (10,4 %) um sekundäre Gewalt, also absichtliche Behinderungen bei der Arbeit (Abb. 3).



**Abb. 3:** Unterformen der Gewalterfahrung von Rettungsdienstmitarbeitern.

Spezifizierte Angaben zur verbalen Gewalt wurden in 35 Fällen gemacht, am häufigsten kam es hier zu Beleidigungen (Tab. 4).

**Tab. 4:** Ausprägungen verbaler Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter.

Ausprägungen verbaler Gewalt	n = 70
Beleidigungen	26 (37,1 %)
Sexistische Äußerungen	1 (1,4 %)
Verbale Androhung körperlicher Gewalt	8 (11,4 %)
Keine Spezifizierung	35 (50,0 %)

Nonverbale Gewalterlebnisse wurden in 26 von 43 Fällen genauer beschrieben (Tab. 5).

**Tab. 5:** Ausprägungen nonverbaler Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter.

Ausprägungen nonverbaler Gewalt	n = 43
Gestische Androhung von Gewalt	20 (46,5 %)
Aggressives Verhalten	4 (9,3 %)
Nonverbale Beleidigung	2 (4,7 %)
Keine Spezifizierung	17 (39,5 %)

In den 42 Fällen von körperlicher Gewalt kam es zu 52 Gewaltanwendungen. Diese reichten von Schubsen bis hin zu Faustschlägen, Fußtritten, Beißen und Spucken (Tab. 6).

**Tab. 6:** Ausprägungen körperlicher Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter.

Ausprägungen körperlicher Gewalt	n = 52 (Mehrfachnennungen möglich)
Rempeln, Stoßen	14 (26,9 %)
Hand- und Faustschlag	13 (25,0 %)
Treten	7 (13,5 %)
Beißen und Spucken	11 (21,2 %)
Sonstiges (z.B. Kneifen, mit Blut spritzen etc.)	7 (13,5 %)

In den 18 Fällen sekundärer Gewalt kam es zu 19 Gewaltanwendungen. Dies waren siebenmal (36,8 %) Behinderungen auf der Anfahrt und während des Patiententransports sowie sechsmal (31,6 %) Behinderungen durch Unfallgaffer, zweimal (10,5 %) wurde die Behandlung im Rettungswagen behindert. Weitere Einzelfälle wurden mit „Abziehen des Mundschutzes bei MRSA in Mund/ Nase“, „Böswillige Alarmierung“, „Streit mit 2. Person“, und „musste den aufgebrachtten Angehörigen beobachten“ beschrieben.

### 3.4 Gewalterfahrung im rettungsdienstlichen Stadt-Land-Vergleich

In ländlichen und städtischen Rettungsdienstbezirken (Tab. 7) wurden ähnlich viele Gewaltanwendungen beobachtet. Ebenso machte es keinen signifikanten Unterschied, ob es sich um Gewalterfahrungen in kleineren (Einwohnerzahl unter 200 000) oder größeren (Einwohnerzahl über 200 000) Städten und Landkreisen handelte (Tab. 8). Das Bundesland (Tab. 9) hatte hierauf ebenso wenig Einfluss wie der jeweilige Rettungsdienstbezirk (Tab. 10). Die Verteilung der Gewaltformen zeigte ebenso keinen signifikanten Unterschied.

**Tab. 7:** Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in ländlichen und städtischen Rettungsdiensten.

Einsätze	Vergleich Land und Stadt		
	Land	Stadt	
ohne Gewalt	6 118 (98,9 %)	1 582 (98,6 %)	n.s.
mit Gewalt	70 (1,1 %)	23 (1,4 %)	

**Tab. 8:** Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in ländlichen und städtischen Rettungsdiensten nach Einwohnerzahl.

Einsätze	Vergleich Land und Stadt nach Einwohnerzahl				
	Land		Stadt		
	> 200 000 Einwohner	< 200 000 Einwohner	> 200 000 Einwohner	< 200 000 Einwohner	
ohne Gewalt	2 168 (98,6 %)	3 950 (99,0 %)	1 049 (98,6%)	533 (98,5 %)	n.s.
mit Gewalt	30 (1,4 %)	40 (1,0 %)	15 (1,4 %)	8 (1,5 %)	

**Tab. 9:** Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.

Einsätze	Vergleich Bundesland		
	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	
ohne Gewalt	3 207 (98,9 %)	4 493 (98,8 %)	n.s.
mit Gewalt	37 (1,1 %)	56 (1,2 %)	

**Tab. 10:** Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Rettungsdienstbezirken.

Einsätze	Vergleich Rettungsdienstbezirk			
	Nordrhein-Westfalen	Rettungsdienstbezirk Koblenz	Rettungsdienstbezirk Montabaur	
ohne Gewalt	3 207 (98,9 %)	729 (98,4 %)	3 764 (98,8 %)	n.s.
mit Gewalt	37 (1,1 %)	12 (1,6 %)	44 (1,2 %)	

### 3.5 Gewalterfahrung nach Geschlecht der Rettungsmittelbesatzung

Bei 7 641 Einsätzen wurden Angaben zum Geschlecht der Besatzungen gemacht. Insgesamt waren 11 981 (79,3 %) männliche und 3 122 (20,7 %) weibliche Rettungsdienstmitarbeiter in unterschiedlichen Zusammensetzungen beteiligt. Davon waren 3,8 % rein weibliche, 62,7 % rein männliche und 33,4 % gemischt geschlechtliche Teams, wobei dies keinen Einfluss auf die Gewalthäufigkeit hatte (Tab. 11).

**Tab. 11:** Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Abhängigkeit vom Geschlecht der Rettungsmittelbesatzung.

Einsätze	Vergleich Geschlechter der Besatzung des Rettungsmittels			
	nur weiblich	nur männlich	gemischt geschlechtlich	
ohne Gewalt	289 (98,3 %)	4 734 (98,8 %)	2 526 (98,9 %)	n.s.
mit Gewalt	5 (1,7 %)	58 (1,2 %)	29 (1,1 %)	

### 3.6 Gewalterfahrung nach Qualifikation der Rettungsmittelbesatzung

Von 7 675 Einsätzen, in denen Angaben zum Einsatz eines Notarztes gemacht wurden, war in 942 Fällen (12,3 %) ein Notarzt beteiligt, wobei dann die Häufigkeit der Gewalterfahrung signifikant geringer war (Tab. 12). Notärzte erfuhren in diesen fünf Einsätzen je dreimal verbale, nonverbale und körperliche Gewalt sowie einmalig sekundäre Gewalt.

**Tab. 12:** Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Abhängigkeit von der Präsenz des Notarztes.

Einsätze	Vergleich Rettungsmittel ohne oder mit Notarzt		
	ohne Notarzt	mit Notarzt	
ohne Gewalt	6 646 (98,7 %)	937 (99,5 %)	p<0,05
mit Gewalt	87 (1,3 %)	5 (0,5 %)	

### 3.7 Gewalterfahrung nach Jahreszeit

Während der beiden Untersuchungszeiträume im Frühjahr beziehungsweise Sommer (Tab. 13) wurden ähnlich viele Gewaltanwendungen beobachtet. Ebenso zeigte sich kein jahreszeitlicher Unterschied in den Ausprägungen der Gewalterfahrung.

**Tab. 13:** Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter im Frühjahr und Sommer.

Einsätze	Vergleich Jahreszeiten		
	Frühjahr	Sommer	
ohne Gewalt	4 313 (98,9 %)	3 387 (98,7 %)	n.s.
mit Gewalt	48 (1,1 %)	45 (1,3 %)	

### 3.8 Gewalterfahrung nach Wochentag

Gewalterfahrungen waren am Wochenende, vor allem samstags, signifikant häufiger als an anderen Wochentagen (Tab. 14). Das Motiv „Intoxikation“ war dabei in 65,2 % der Fälle an Samstagen die Ursache für die Gewalterfahrung, wohingegen dies von Sonntag bis Freitag in 52,9 % der Fall war.

**Tab. 14:** Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter im Vergleich der Wochentage.

Wochentag	Einsätze		
	ohne Gewalt	mit Gewalt	
Montag	1 308 (99,5 %)	6 (0,5 %)	p<0,01
Dienstag	1 232 (98,8 %)	15 (1,2 %)	
Mittwoch	1 126 (99,0 %)	11 (1,0 %)	
Donnerstag	1 083 (98,6 %)	15 (1,4 %)	
Freitag	1 127 (98,9 %)	13 (1,1 %)	
<b>Samstag</b>	<b>985 (97,7 %)</b>	<b>23 (2,3 %)</b>	
Sonntag	839 (98,8 %)	10 (1,2 %)	

### 3.9 Gewalterfahrung nach Einsatzzeit

Von den Einsätzen mit Gewalterfahrung entfielen auf die Abend- und Nachtstunden von 19:00 Uhr – 7:00 Uhr 44 (47,3 %) und auf die Zeit von 7:00 Uhr bis 19:00 Uhr 36 (38,7 %) Einsätze, 13 mal (14,0 %) fehlte dazu eine Angabe. Da die Uhrzeit der Einsätze ohne Gewalterfahrung nicht erfasst wurde, kann aus diesen Angaben keine Aussage darüber getroffen werden, ob Gewalterfahrungen abends und nachts häufiger waren. Kam es bei den Einsätzen zu Gewalt, war das Gewaltmotiv „Intoxikation“ in 31 von 44 Einsätzen (70,5 %) abends und nachts signifikant häufiger als tagsüber in 14 von 36 Einsätzen (38,9 %) (p<0,01).

### 3.10 Gewalterfahrung nach Dienstlänge

Die Länge der Dienstschrift hatte keinen Einfluss auf die Häufigkeit der Gewalterfahrung. In 4 273 Einsätzen während einer Schicht mit einer Dauer von zwölf oder weniger Stunden kam es zu 47 Gewalterfahrungen (1,1 %), in 3 487 Einsätzen im Rahmen von Diensten mit einer Dauer über 12 Stunden wurde von 39 Gewalterfahrungen (1,1 %) berichtet.

### 3.11 Täterprofil

Gewalt anwendende Personen waren 74 mal (77,9 %) die Patienten, sechsmal (6,3 %) Angehörige und zwölfmal (12,6 %) Passanten oder Verkehrsteilnehmer (im Folgenden unter „Passanten“ zusammengefasst). Dreimal (3,2 %) fehlten Angaben zur Person.

### 3.12 Angriffsmotiv

Eine Alkohol- oder Drogenintoxikation war das häufigste Angriffsmotiv aller Gewalterfahrungen (Tab. 15). Unter psychischen Erkrankungen wurde achtmal eine allgemeine „psychische Erkrankung“ sowie viermal „Demenz“ genannt. Unter Sonstiges wurden viermal somatische Erkrankungen beziehungsweise Symptome wie „Hypoglykämie“, „zerebrales Geschehen“ und „Schmerzen“ sowie sechsmal spezielle Verhaltensweisen wie beispielsweise „Neugier“ aufgeführt. In zwei Fällen fehlte eine Spezifizierung.

**Tab. 15:** Angriffsmotive gegen Rettungsdienstmitarbeiter.

Angriffsmotive	n = 106 (Mehrfachnennungen möglich)
Intoxikation (Alkohol und sonstige Drogen)	52 (49,1 %)
Vorsatz	16 (15,1 %)
Psychische Erkrankung	12 (11,3 %)
Angst	9 (8,5 %)
Sonstiges	12 (11,3 %)
Fehlende Angabe	5 (4,7 %)

Bei den Erlebnissen primärer Gewalt wurde das Motiv „Intoxikation“, bei sekundärer Gewalt das Motiv „Vorsatz“ signifikant häufiger als Angriffsursache genannt (Tab. 16).

**Tab. 16:** Vergleich der Angriffsmotive von primärer und sekundärer Gewalt.

Angriffsmotiv	Vergleich der Gewaltformen		
	Primäre Gewalt	Sekundäre Gewalt	
Keine Intoxikation	51 (32,9 %)	11 (61,1 %)	p<0,05
Intoxikation	104 (67,1 %)	7 (38,9 %)	
Angriffsmotiv	Vergleich der Gewaltformen		
	Primäre Gewalt	Sekundäre Gewalt	
Kein Vorsatz	132 (85,2 %)	10 (55,6 %)	p<0,01
Vorsatz	23 (14,8 %)	8 (44,4 %)	

Wenn der Patient der Täter war, war eine Alkohol- oder Drogenintoxikation signifikant häufiger das Angriffsmotiv (Tab. 17).

**Tab. 17:** Vergleich der Angriffsmotive von Patienten und anderen Tätern.

Angriffsmotiv	Vergleich der Täter		
	Täter „Patient“	Anderer Täter	
Keine Intoxikation	26 (35,1 %)	15 (78,9 %)	p<0,01
Intoxikation	48 (64,9 %)	4 (21,1 %)	

### 3.13 Art des Rettungseinsatzes

Einsätze mit Gewalterfahrung waren 84 mal (90,3 %) „normale Einsätze“, zweimal (2,2 %) Verkehrsunfälle beziehungsweise Großveranstaltungen und einmal eine Massenschlägerei (1,1 %). Viermal (4,3 %) fehlte eine Angabe zur Einsatzart.

### 3.14 Polizeibeteiligung

An 46 der Einsätze mit Gewalt war die Polizei nicht beteiligt (47,9 %), bei 23 (24,0 %) Einsätzen wurde sie nachgefordert und 22 mal (22,9 %) war sie bereits vor Ort. Fünfmal (5,2 %) handelte sich um eine Straftat, die zum rettungsdienstlichen Einsatz führte. War das Angriffsmotiv eine Intoxikation, so war die Polizei signifikant häufiger an dem Einsatz beteiligt (Tab. 18).

**Tab. 18:** Vergleich der Polizeibeteiligung nach Angriffsmotiven.

Polizeibeteiligung	Angriffsmotiv		
	Intoxikation	Keine Intoxikation	
Ohne Polizei	18 (39,1 %)	28 (60,9 %)	p<0,01
Mit Polizei	34 (72,3 %)	13 (27,7 %)	

### 3.15 Davongetragene Schäden

Nach drei der 93 Einsätze mit Gewalterfahrung wurden körperliche oder psychische Folgen für das Rettungsdienstpersonal dokumentiert, entsprechend einem Anteil von 0,04 % an allen Einsätzen und 3,2 % der Fälle mit Gewalterfahrung. In allen drei Fällen handelte es sich bei dem Täter um den Patienten; als mutmaßliches Angriffsmotiv wurde eine Intoxikation genannt. Ebenso war die Polizei an allen drei Einsätzen beteiligt.

Der erste Fall führte zu einem „Hämatom am Unterschenkel“ durch „Rempeln/ Stoßen“, wobei es zusätzlich zu verbaler und nonverbaler Gewalt kam. In diesem Einsatz war die Polizei beim Eintreffen des Rettungsdienstes bereits vor Ort. Maßnahmen wurden im Anschluss jedoch nicht ergriffen.

Im zweiten Fall stellte sich nach verbaler und nonverbaler Gewalt sowie dem Herumspritzen mit Blut durch den Patienten ein „Gefühl der Angst“ bei der Rettungsmittelbesatzung ein, sodass die Polizei seitens der Rettungsmittelbesatzung nachgefordert wurde. Anschließend erfolgte eine Einsatznachbesprechung.

Im dritten Fall wurde der Rettungsdienstmitarbeiter vom Patienten getreten, woraufhin es zu „Bauchschmerzen“ kam. Auch hier wurde die Polizei nachgefordert, Maßnahmen wurde jedoch keine eingeleitet.

### 3.16 Eingeleitete Maßnahmen

In keinem der drei Fälle mit physischen oder psychischen Folgeschäden hatte dies eine Krankmeldung oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Als Konsequenz auf die Gewalterfahrung wurden in 82 Fällen (87,2 %) keine weiteren Maßnahmen ergriffen, sechsmal (6,4 %) eine Meldung an den Vorgesetzten verfasst und je einmal (1,1 %) als Konsequenz eine offizielle Einsatznachbesprechung und die Eingabe in ein Dokumentationssystem angegeben. Viermal (4,3 %) wurde eine Anzeige erstattet. Insgesamt handelte es sich bei der Hälfte der eingeleiteten Maßnahmen um Fälle verbaler Gewalt, in sieben Fällen (31,8 %) um körperliche Gewalterfahrungen. Aus nonverbalen Gewalterfahrungen wurden viermal (18,2 %) Konsequenzen gezogen, wohingegen sekundäre Gewalt dies nie zur Folge hatte.

## 4. Diskussion

Die vorliegende Studie liefert aussagekräftige Daten zu Gewaltanwendungen gegen Rettungsdienstmitarbeiter in zehn deutschen Rettungsdienstbezirken in einem definierten Zeitraum von insgesamt vier Wochen. Die Dokumentation aller Einsätze mit und ohne Gewalterfahrung erfolgte einsatzbegleitend während der Dienstschicht. Damit kann im Gegensatz zu früheren retrospektiven Untersuchungen ein Recall-Bias ausgeschlossen werden (Auer, 2009; Baumann, 2014; Dressler, 2017b; Maguire et al., 2018b; Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Vorderwülbecke et al., 2015; Weigert und Feltes, 2018).

Die Rücklaufquote von 42,5 % kann vor allem hinsichtlich des prospektiven Studiendesigns im Vergleich mit anderen, retrospektiven Studien als zufriedenstellend bewertet werden (Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Rückschlüsse und Vergleiche mit bisherigen Studien sind daher möglich und aussagekräftig.

Bei 93 (1,2 %) von 7 793 dokumentierten Einsätzen kam es zu Gewaltanwendungen gegen die Rettungsdienstmitarbeiter; in 89,6 % handelte es sich um primäre Gewalt (40,5 % verbale Gewalt, 24,9 % nonverbale Gewalt sowie 24,3 % körperliche Gewalt) und in 10,4 % der Gewaltanwendungen um sekundäre Gewalt (Behinderungen der rettungsdienstlichen Tätigkeit). Da die vorliegende Studie die einzige Studie ist, die bis dato Gewaltanwendungen gegen Rettungsdienstmitarbeiter prospektiv erfasst hat, ist ein direkter Vergleich mit früheren retrospektiven Untersuchungen nur eingeschränkt möglich. Obwohl der Anteil der Einsätze mit Gewaltanwendungen mit etwas mehr als einem Prozent gering erscheint, sollte berücksichtigt werden, dass die Gesamtzahl der Rettungsdiensteinsätze in Deutschland in den letzten Jahren gestiegen ist und somit die absolute Anzahl der Rettungsdiensteinsätze mit Gewalterfahrungen in der subjektiven Bewertung durch den jeweiligen Rettungsdienstmitarbeiter dennoch als hoch bewertet wird (Bundesanstalt für Straßenwesen, 2020). Nachdem es auch in Deutschland schon zu schwersten Gewaltanwendungen bis hin zu Tötungsdelikten gegen Mitarbeiter von Gesundheitsberufen gekommen war (Mäulen, 2013; Püschel und Cordes, 2001), traten in unserer Untersuchung schwerste Gewaltanwendungen und Waffengewalt glücklicherweise nicht auf, sondern es handelte sich bei der körperlichen Gewalt häufig

um leichtere Attacken, in gut einem Drittel der Fälle allerdings auch um Schläge oder Tritte. Diese Differenzierung der Gewaltausprägung deckt sich im Wesentlichen mit den Ergebnissen bisheriger retrospektiver Befragungen aus Deutschland (Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018).

Wir beobachteten lediglich einen Trend zu mehr Gewalterfahrungen in städtischen gegenüber ländlichen Rettungsdienstbezirken. In Metropolen mit über 500 000 Einwohnern kommt es zu deutlich mehr Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter (Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Die beiden in unsere Untersuchung eingeschlossenen Großstädte hatten jedoch lediglich knapp 320 000 beziehungsweise 115 000 Einwohner, wodurch die unterschiedlichen Ergebnisse erklärt werden können.

Unabhängig von der Geschlechterzusammensetzung der Besatzungen beobachteten wir ähnlich wie in früheren Untersuchungen eine ähnliche Häufigkeit von Gewalterfahrungen (Petersen et al., 2016; Weigert und Feltes, 2018).

Dagegen kam es bei notärztlich besetzten Rettungsteams seltener zu Gewalt. Hierfür könnten mehrere Gründe verantwortlich sein. Zum einen impliziert die Anwesenheit des Notarztes eine größere Schwere der Erkrankung des zu versorgenden Patienten, was einen Übergriff erschwert; zum anderen genießt der Notarzt möglicherweise eine größere Autorität, die die Hemmschwelle für einen Angriff erhöht. Darüber hinaus können eine bessere Ausbildung des Notarztes sowie die Möglichkeit, spezielle medikamentöse Maßnahmen bei Erregungszuständen einzusetzen und daher eine Eskalation der Situation zu verhindern, eine mögliche Erklärung liefern. Häufig ist die medikamentöse Beruhigung des Patienten die letzte Instanz zur Beruhigung der Situation, bevor es zu einer Gewalterfahrung kommen könnte, wenn Maßnahmen wie Kommunikation und deeskalierendes Verhalten versagt haben (Hirsch und Steinert, 2019; Pajonk und D'Amelio, 2008). Verschiedene Studien legen daher unter dem Begriff „Rapid Tranquilization“ die medikamentöse Intervention mittels Benzodiazepinen und/ oder Antipsychotika als letzten Aspekt der Deeskalation nahe (Hirsch und Steinert, 2019; Pajonk und D'Amelio, 2008). Interessanterweise wurde auch in einer kürzlich veröffentlichten Studie aus dem indischen Rettungsdienst berichtet, dass

Rettungsdienstmitarbeiter mit einem höherwertigen Ausbildungsgrad seltener von Gewalt betroffen waren (Lindquist et al., 2019).

Ähnlich wie in anderen Studien beobachteten wir eine Häufung der Gewalt am Wochenende, im Besonderen am Samstag, sowie abends beziehungsweise nachts (Baumann, 2014; Maguire et al., 2018b; Maguire und O'Neill, 2017; Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Dabei dominierten Intoxikationen abends beziehungsweise nachts als Gewaltmotiv. Der nachgewiesene Zusammenhang zwischen erhöhtem Alkohol- und Drogenkonsum im Nachtleben sowie daraus resultierendem erhöhtem Aggressionspotenzial und Gewalt erklärt die vorliegende Korrelation zwischen erhöhter Gewalterfahrung an Wochenendabenden beziehungsweise in der Nacht durch intoxikierte Personen (Beck und Heinz, 2013; Nordfjaern, 2017; Pajonk und D'Amelio, 2008; Schläfke et al., 2010; Schnitzer et al., 2010).

Der Großteil der Gewalterfahrungen geschah in normalen, rettungsdienstlichen Einsätzen. Großveranstaltungen, Massenschlägereien oder Verkehrsunfälle spielten dagegen wie auch in der Untersuchung von Schmidt und Feltes (2012) keine Rolle. Hinsichtlich medialer Berichte von Übergriffen auf Rettungskräfte vor allem zu Veranstaltungen wie Karneval oder Silvester gilt festzuhalten, dass keiner der beiden Termine oder vergleichbare Ereignisse in den Studienzeitraum fielen (Freund, 2018; Meurer, 2019; Schwetje, 2018; Tretbar, 2020). Vor allem der erste Zeitraum wurde bewusst in die Zeit nach Karneval gelegt, um die Gewalterfahrungen von Rettungsdienstmitarbeitern in ihrer alltäglichen Arbeit zu erheben und eine Vergleichbarkeit der beiden Untersuchungszeiträume sicherzustellen. Andernfalls wäre die Gewalterfahrung durch eine solche Veranstaltung gegebenenfalls falsch hoch im Vergleich zu einem Erhebungszeitraum ohne besonderes Ereignis ausgefallen. Bezüglich der Gewalterfahrung von Rettungsdienstmitarbeitern zu besonderen gesellschaftlichen Veranstaltungen bedarf es daher eigener Untersuchungen, die den Gewalterfahrungen im rettungsdienstlichen Alltag gegenübergestellt werden könnten.

Eine chinesische Studie konnte eine Korrelation zwischen der Arbeitsbelastung des Gesundheitspersonals und der Gewaltausübung durch Patienten und Besucher im

Krankenhaus zeigen (Huang et al., 2020). Die Vermutung, dass Gewalterfahrungen durch längere Dienstsichten und eine hieraus resultierende höhere Arbeitsbelastung begünstigt würden, konnten wir allerdings nicht nachweisen. Ebenso zeigte sich bei den Formen der Gewalterfahrung in Bezug auf die Tageszeit kein Unterschied zur Gesamtverteilung.

Im Einklang mit früheren Untersuchungen waren es in unserer Studie in fast 80 % der Fälle die Patienten selbst, die Gewalt anwendeten (Baumann, 2014; Dressler, 2017b; Maguire et al., 2018b; Maguire und O'Neill, 2017; Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Dies geschieht häufig als Abwehrreaktion auf diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (Dressler, 2017b; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Die häufigste Ursache eines Angriffs durch Patienten war dabei eine Intoxikation, was sich mit dem allgemeinen Bild der Gewalterfahrung innerhalb dieser Studie deckt. Primäre Gewalt wurde dabei signifikant häufiger angewendet als sekundäre Gewalt, da im Rahmen der sekundären Gewalt häufig eine räumliche Distanz zum Einsatzgeschehen besteht.

Anders verhielt es sich bei Gewaltanwendungen durch Passanten, die in einem signifikant höheren Anteil aus Vorsatz heraus handelten. Passanten wird demnach in einem deutlich höheren Maße ein bewusstes Handeln unterstellt als Patienten. Passanten sind häufig primär nicht am Einsatzgeschehen beteiligt, können daher die etwaige Gefahr der Notfallsituation nicht richtig einschätzen und handeln aus diesem Grund egoistisch (Maybaum, 2017; Weigert und Feltes, 2018). Fühlen sie sich durch den Rettungsdiensteinsatz in ihrer persönlichen Freiheit beschränkt, reagieren sie gegebenenfalls aggressiv. Hierbei dominierte vor allem verbale sowie sekundäre Gewalt, da diese, beispielsweise im Vergleich zu körperlicher Gewalt, auch bei fehlender direkter Beteiligung am und räumlicher Distanz zum Einsatzgeschehen möglich sind (Weigert und Feltes, 2018).

Angehörige waren für circa 6 % der Gewaltanwendungen verantwortlich. Sie reagieren mitunter aggressiv, wenn sie rettungsdienstliche Maßnahmen nicht wünschen oder verstehen oder wenn andererseits Maßnahmen bei fehlender Indikation oder

offensichtlicher Aussichtslosigkeit nicht ergriffen werden (Mäulen, 2013; Pajonk und D'Amelio, 2008).

Rettungseinsätze aufgrund psychischer Störungen sind mit etwa 15 % häufig und viele dieser Patienten leiden unter Erregungszuständen, oftmals ausgelöst oder verstärkt durch Alkohol oder Drogen (Pajonk und D'Amelio, 2008; Steinert und Traub, 2016). Auch in unserer Studie waren die Gründe für Gewaltanwendungen in 49,1 % der Fälle Alkohol- oder Drogenintoxikationen beziehungsweise in 11,3 % psychische Erkrankungen, was sich mit früheren Ergebnissen deckt (Auer, 2009; Maguire et al., 2018b; Petzäll et al., 2011; Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Hierbei handelte es sich in vier Fällen um eine Kombination von Alkohol- und Drogenintoxikation mit einer psychischen Erkrankung. In vier Fällen handelte es sich bei der psychischen Erkrankung um eine Demenz. Verhaltensweisen wie gesteigertes Aggressionspotenzial und auch Gewalt von demenzkranken Patienten sind häufig, weshalb es eines geschulten Umgangs mit diesem Patientenkontext bedarf, da andernfalls Symptome wie Aggressivität zusätzlich gesteigert werden können (Hessler et al., 2018; Kratz, 2017). Auch in der Behandlung Demenzkranker mit aggressivem Verhalten wird die pharmakologische Intervention bei Versagen nichtmedikamentöser Maßnahmen empfohlen (Kratz, 2017).

Da der Rettungsdienst häufig vor der Polizei am Notfallort eintrifft, sind die Rettungsdienstmitarbeiter meist zunächst alleine mit der Gewaltsituation konfrontiert (Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012). Auch in unserer Untersuchung war die Polizei lediglich in etwa einem Viertel der Fälle bereits vor Ort, in etwa einem weiteren Viertel wurde die Polizei zur Unterstützung nachalarmiert. Hinsichtlich einer frühzeitigen Alarmierung der Polizei zeigen die Ergebnisse, dass die Polizei bei Intoxikationen, die zu Gewalterfahrungen geführt haben, signifikant häufiger am Einsatz beteiligt war als bei anderen Angriffsmotiven. Auch in einer vorherigen Studie konnte gezeigt werden, dass in als kritisch bewerteten Situationen die Polizei zeitgleich mitalarmiert wurde (Weigert und Feltes, 2018). Im Hinblick auf eine merkmalsorientierte Alarmierung der Polizei zu rettungsdienstlichen Einsätzen könnte das Stichwort „Intoxikation“ somit als ein Item zur Bewertung des Gefahrenpotenzials dienen.

Während leichte körperliche oder psychische Folgen der Gewaltanwendung für die Rettungsdienstmitarbeiter nach 0,04 % aller Rettungseinsätze beziehungsweise 3,2 % der Fälle mit Gewalterfahrung in unserer Untersuchung selten waren, berichteten bis zu 10 % der Teilnehmer früherer deutscher Befragungen über Schlafstörungen oder depressive Verstimmungen oder vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nach Gewalterfahrungen (Baumann, 2014; Dressler, 2017b; Schmidt und Feltes, 2012). Zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit kam es in der vorliegenden Studie hingegen nie. Allerdings gilt hierbei zu beachten, dass sich spezifische Traumafolgestörungen wie beispielsweise die posttraumatische Belastungsstörung häufig erst nach „einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2021), zeigen. Da die Rettungsdienstmitarbeiter in der vorliegenden Studie ihre Einschätzung jedoch unmittelbar nach der Gewalterfahrung abgegeben haben, kann das Auftreten psychischer Folgeschäden in weiteren als den drei genannten Fällen nicht ausgeschlossen werden. In internationalen Studien wurden zudem auch Frakturen und Stichwunden bis hin zu einer Amputation registriert (Maguire et al., 2018b; Maguire und O’Neill, 2017).

Ohnehin erscheinen im internationalen Vergleich vor allem die Folgen der Gewalterfahrungen der vorliegenden Studie harmloser zu sein. In den USA werden jährlich zwischen 250 und 560 Gewaltdelikte gegen Paramedics registriert und mindestens ein Paramedic im Dienst getötet (Maguire et al., 2018b; Maguire und O’Neill, 2017). In Australien beklagt keine andere Berufsgruppe höhere Verletzungs- oder Todesraten und einer kanadischen Umfrage aus dem Jahr 2014 zufolge wurden 75 % der Rettungsdienstangehörigen innerhalb eines Jahres Opfer von Gewalt (Bigham et al., 2014; Maguire et al., 2018b). Auch 80 beziehungsweise 66 % der Teilnehmer zweier schwedischer Studien aus den Jahren 2002 und 2011 berichteten über Gewalterfahrungen (Petzäll et al., 2011; Suserud et al., 2002). Allein gegen die 4 500 Mitarbeiter des Londoner Rettungsdienstes gab es im Jahr 2013 fast 600 Gewaltattacken (Dean, 2014). In einer internationalen Studie gaben zudem 7 % der von körperlicher Gewalt betroffenen Rettungsdienstmitarbeiter an, zumindest vorübergehend arbeitsunfähig gewesen zu sein (Maguire et al., 2018b).

Zudem sind Gewalthandlungen für den Rettungsdienst häufig nicht vorhersehbar (Dressler, 2017b; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Andererseits kann sich Gewalt im Rettungsdienst auch aus der Interaktion zwischen Patienten, Dritten und Rettungsdienstmitarbeitern, unter anderem durch inadäquate Äußerungen oder Handlungen des Rettungsdienstpersonals, heraus entwickeln (Heil et al., 2019).

Das Thema „Aggression und Gewalt“ sollte regelmäßig in Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für das Rettungsdienstpersonal integriert werden (Maguire et al., 2018a; Ziegenfelder, 2017). Rettungsdienstmitarbeiter geben selbst an, sich in dem Bereich der Gewaltprävention nicht ausreichend ausgebildet zu fühlen und dahingehend geschult werden zu wollen (Hofmann und Hachenberg, 2019; Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Trainingspädagogische Schulungsmaßnahmen hinsichtlich der frühzeitigen Erkennung und Vermeidung potenziell konfliktreicher Situationen, des Umgangs mit Konflikten und der Weiterentwicklung von Kompetenzen der Kommunikation und Deeskalation sind von besonderer Bedeutung im Hinblick auf eine erfolgreiche Gewaltprävention (Heil et al., 2019; Pajonk und D’Amelio, 2008; Ziegenfelder, 2017). Dabei gilt es auch zu bedenken, dass Gewalt nicht nur vom Angreifer initiiert wird, sondern auch das Verhalten des Rettungsdienstmitarbeiters darüber entscheidet, ob eine Situation eskaliert (Freund, 2018; Heil et al., 2019; Pajonk und D’Amelio, 2008; Scheunflug und Klewer, 2013). Außerdem sollte beachtet werden, dass es bislang keinen Nachweis über den Erfolg von Präventionsmaßnahmen gibt und dies durch weitere Studien untersucht werden müsste (Hofmann und Hachenberg, 2019; Maguire et al., 2018b; Maguire und O’Neill, 2017).

Das Thema „Gewaltprävention“ hat bislang in der rettungsdienstlichen oder ärztlichen Ausbildung wenig Beachtung gefunden (Petersen et al., 2016; Püschel und Cordes, 2001; Scheunflug und Klewer, 2013). Zwar beinhaltet der Lernzielkatalog der Ausbildung von Rettungshelfern immerhin neun Unterrichtseinheiten zum Thema soziale Kompetenz einschließlich des Umgangs und der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, was bei einer theoretischen Gesamtbildungsdauer von 80 Unterrichtseinheiten immerhin gut 10 % der Lehrinhalte entspricht (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2018). Jedoch können in dieser, absolut gesehen, kurzen Ausbildungsdauer höchstens rudimentäre Kenntnisse der genannten Qualitäten gelehrt werden. Die

tatsächliche Beherrschung dieser Fertigkeiten und deren Umsetzung können hierdurch jedoch nicht erwartet werden. Im Rahmen der darauf aufbauenden Ausbildung von Rettungssanitätern wird dieser Aspekt lediglich um die Lehrinhalte „Gefahren an der Einsatzstelle“ und „Selbstschutz“ ergänzt, obwohl die theoretische Gesamtausbildungsdauer von 160 Unterrichtseinheiten mehr Zeit für diese Unterrichtsfelder bieten würde (Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2018). Eine inhaltliche Erweiterung dieser Punkte fand in der mittlerweile eingestellten Ausbildung von Rettungsassistenten nicht statt, wenn auch durch die höhere theoretische Gesamtausbildungsdauer mehr Unterrichtszeit hierfür zur Verfügung stand (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1989). Eine Änderung des Lernzielkatalogs zeigt sich durch die Einführung des Notfallsanitätergesetzes und damit einhergehend der Ausbildungs- und Prüfungsordnung (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020c). Hier wurde erstmals neben der „Kommunikation und Interaktion [...] mit kranken und verunfallten Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen“ unter besonderer Berücksichtigung ihrer persönlichen physischen, psychischen sowie soziokulturellen Situation ein Fokus auf die Art der verbalen und nonverbalen Kommunikation einschließlich der Reflexion des eigenen Kommunikationsverhaltens gelegt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020c). Hinzu kam erstmalig auch der Begriff der „Deeskalation“ im Umgang mit „Krisen- und Konfliktsituationen“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020c). Diese beiden Unterrichtskomplexe umfassen 220 von insgesamt 1 920 theoretischen Unterrichtsstunden (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020c). Die Ausbildung von Notfallsanitätern bietet daher erstmals ausreichend Zeit und die rechtliche Grundlage zur Vermittlung geforderter Kenntnisse und Fertigkeiten sowie deren Anwendung aus dem Bereich der Gewaltprävention. In der Ausbildung von Notärzten sind zwar explizit die Aspekte „Gewaltprävention“, „Deeskalation“ und „Umgang mit Gewaltvorfällen“ vorgesehen, allerdings steht hierfür nur durchschnittlich eine Unterrichtseinheit zur Verfügung (Bundesärztekammer, 2020). Eine fundierte Schulung hinsichtlich gewaltpräventiver Maßnahmen kann dahingehend bezweifelt werden. Die Weltgesundheitsorganisation forderte bereits im Jahr 2002 in ihrem „Weltbericht Gewalt und Gesundheit“ den „Einbau der Gewaltprävention in die Curricula für MedizinerInnen und PflegefachschülerInnen“.

Die Weltgesundheitsorganisation spricht in diesem Bericht in Bezug auf Gewalterfahrungen ferner von primärer, sekundärer und tertiärer Prävention (World Health Organization, 2002). Überträgt man dieses Konzept auf die Prävention von Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter, so bedarf es zur Primärprävention in der Aus- und Weiterbildung von Rettungsdienstpersonal der Vermittlung des Verständnisses für die Entstehung und Verlaufsformen von Aggressionen (Pajonk und D'Amelio, 2008; Ziegenfelder, 2017). Diese können zum einen aus medizinischen Faktoren wie Schmerzen, psychischen Erregungszuständen, Alkohol- oder Drogenintoxikationen, aber auch soziokulturellen Ursachen wie Angst, dem massiven Eingriff in die Privatsphäre, einem unterschiedlichen Normen- und Werteverständnis sowie der Extremsituation des rettungsdienstlichen Einsatzes resultieren (Ziegenfelder, 2017). Der Rettungsdiensteinsatz ist für Patienten und Angehörige im Gegensatz zum Rettungsdienstmitarbeiter häufig keine alltägliche, sondern eine „Ausnahmesituation“ mit etwaiger existenzieller Bedrohung des eigenen Lebens und der Gesundheit (Ziegenfelder, 2017). Die Verunsicherung und Ängste, die aus dieser Bedrohungslage resultieren, können letztlich zu Aggressionen und Gewalt führen (Ziegenfelder, 2017). Aus dem Wissen um die Entstehungsursachen und den Verlauf von Aggressionen könnten Rettungsdienstmitarbeiter die richtigen Maßnahmen der Deeskalation ableiten (Pajonk und D'Amelio, 2008).

Insbesondere der richtige Umgang mit alkohol- oder drogenintoxikierten Patienten und Patienten mit psychopathologischen Erregungszuständen sollte intensiv geübt werden (Pajonk und D'Amelio, 2008; Ziegenfelder, 2017). Allerdings ist hierbei auch zu berücksichtigen, dass eine verbale Deeskalation einen kommunikationsfähigen Patienten voraussetzt, sodass der Effekt bei einem intoxikierten Patienten angezweifelt wird (Hofmann und Hachenberg, 2019). Ein besonderer Aspekt kommt hierbei der Schulung des Umgangs mit Demenzkranken zu, da der falsche Umgang Aggressionen und folglich auch Gewalt überhaupt erst initiieren kann (Kratz, 2017).

Darüber hinaus sollte „interkulturelle Kompetenz“ Beachtung finden (Ziegenfelder, 2017). Vorherige Studien konnten zeigen, dass bei Tätern mit Migrationshintergrund die Situation aufgrund kultureller Differenzen eskalieren kann und dass Rettungsdienstmitarbeiter sich diesbezüglich Schulungen wünschen (Dressler, 2017a; Schmidt und Feltes, 2012;

Weigert und Feltes, 2018). Das bessere Verständnis anderer Kulturen und Normen könnte Rettungsdienstmitarbeitern dabei helfen, gewaltpräventiv zu arbeiten (Ziegenfelder, 2017).

Rettungsdienstmitarbeiter geben zudem häufig an, dass sie aufgrund fehlender Vorabinformationen unvorbereitet in eine Gewaltsituation kommen (Dressler, 2017b; Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Daher sollten auch Leitstellendisponenten geschult werden. Unsere und frühere Ergebnisse können dazu beitragen, mögliche Gefahrenpotenziale anhand der Notfallmeldung frühzeitig zu erkennen und zu kommunizieren (Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Darüber hinaus sollte erwogen werden, bei bestimmten Konstellationen und Stichworten im Notruf (z.B. alkoholisierte Mann zwischen 20 und 40 Jahren Samstag abends) primär die Polizei oder das Ordnungsamt zur Unterstützung und Absicherung des Rettungsdienstes zu alarmieren.

Ein Aspekt im Rahmen der Sekundärprävention von Gewalterfahrungen ist der „Eigenschutz“ (Pajonk und D’Amelio, 2008; Ziegenfelder, 2017). Sollten Maßnahmen wie Kommunikation oder sonstiges deeskalierendes Verhalten keine Wirkung zeigen, gilt es, dies zu erkennen und sich sowie andere in Sicherheit zu bringen (Pajonk und D’Amelio, 2008; Ziegenfelder, 2017).

Selbstverteidigungskurse oder gar die Ausstattung mit Schutzwesten oder Pfefferspray werden dagegen hierzulande eher kritisch gesehen, da diese in bestimmten Situationen sogar zu einer Eskalation beitragen könnten (Hofmann und Hachenberg, 2019; Ziegenfelder, 2017). So spricht man im Rahmen des „kognitiven Lernens“ auch davon, dass gewisse Objekte wie Waffen oder in diesem Fall bereits Schutzwesten als „aggressive Hinweisreize“ gelten und daher als Auslöser oder Verstärker von Aggressionen dienen können (Pajonk und D’Amelio, 2008). Die Hauptaufgabe des Rettungsdienstes besteht im Rahmen der Daseinsvorsorge in der medizinischen Hilfeleistung für Menschen in Notsituationen und auch viele Rettungsdienstmitarbeiter sehen sich selbst als „neutrale Helfer“ (Kühn et al., 2010; Scheunflug und Klewer, 2013). Dieses Selbstverständnis widerspricht jedoch dem durch Schutzwesten zur

Selbstverteidigung oder gar Pfefferspray zum Angriff vermittelten Eindruck. Eine Abgrenzung von der Polizei fällt dann zusätzlich schwer, da viele Täter ohnehin schon aufgrund des Tragens einer Uniform nicht zwischen Polizei und Rettungsdienst differenzieren und so ihre Ablehnung gegenüber der Polizei auf den Rettungsdienst übertragen (Dressler, 2017a; Maybaum, 2017; Parth und Schmalenberg, 2016). Auch das Tragen von Videokameras durch Rettungsdienstpersonal zur Aufzeichnung von Gewalterfahrungen wird zum Teil kritisch gesehen, da auch hierdurch angespannte Situationen eskalieren könnten (Dean, 2014).

Andere Überlegungen gehen zur Implementierung von „elektronischen [...] Notfallmeldesystemen“, bei denen in einer Gefahrensituation durch einen Knopfdruck auf den Melder eine stille Alarmierung etwa von Ordnungsamt oder Polizei ausgelöst werden kann (Hofmann und Hachenberg, 2019; Müller, 2018).

Hinsichtlich der Tertiärprävention von Gewalterfahrungen im Rettungsdienst liegt der Fokus auf einer entsprechenden Nachsorge. Gewalterfahrungen werden allerdings selten offiziell dokumentiert oder zur Anzeige gebracht und führen auch selten zu Nachbesprechungen oder gar ärztlicher oder psychologischer Nachbetreuung (Scheunflug und Klewer, 2013; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Auch in unserer Untersuchung wurden fast 90 % der Fälle von den Betroffenen nicht weiterverfolgt. Früheren Befragungen zufolge kann dies mehrere Gründe haben. Viele Betroffene betrachten die Attacken häufig als „Bagatelle“, was sich durch die auch in dieser Studie häufigen Erfahrungen mit verbaler und nonverbaler Gewalt und die selten davon getragenen physischen oder psychischen Schäden erklärt (Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Rettungsdienstmitarbeiter scheinen sich zum Teil vor allem mit verbaler und nonverbaler Gewalt bereits arrangiert zu haben, da solche Gewalterfahrungen ihrer Meinung nach zum Beruf gehörten und sie deshalb keine Meldung erstatteten (Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018).

Andere wiederum halten entweder den Aufwand einer Meldung für zu hoch, gegebenenfalls, weil der Meldeweg gar nicht bekannt ist, oder erwarten aus einer etwaigen Meldung keine Konsequenzen (Dressler, 2017a; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Einige Betroffene haben dabei bereits die Erfahrung gemacht,

dass eine Strafanzeige von der Staatsanwaltschaft nicht weiterverfolgt wurde oder aber eingeleitete Verfahren wegen mangelndem hinreichenden Tatverdachts oder fehlendem öffentlichen Interesses eingestellt wurden (Dressler, 2017a; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Die genaue landes- oder bundesweite Erfassung von Daten bezüglich angezeigter Gewalterfahrungen von Rettungsdienstmitarbeitern im Dienst und dem anschließenden Verfahrensverlauf gestaltet sich schwierig. In früheren Studien konnte erfasst werden, dass zwischen circa 22 und 60 % der Verfahren eingestellt wurden, die Betroffenen häufig jedoch auch keine Aussage diesbezüglich treffen konnten, da sie entweder über den Verfahrensverlauf nicht informiert waren oder die Ermittlungen zum Zeitpunkt der Befragung noch andauerten (Dressler, 2017a; Weigert und Feltes, 2018). Der weitere Verlauf der vier Fälle der vorliegenden Studie, in denen eine Anzeige erstattet wurde, konnte aufgrund des prospektiven Studiendesigns nicht erfasst werden. Aus Gründen des Datenschutzes war zudem eine nachträgliche Befragung nicht möglich. Der Aspekt des fehlenden öffentlichen Interesses widerspricht dabei der „öffentliche[n] Aufgabe der organisierten nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr und der staatlichen Daseinsvorsorge“ des Rettungsdienstes (Bundesärztekammer, 2021). Vielen Rettungsdienstmitarbeitern fehlt dadurch die öffentliche und juristische Wertschätzung ihrer Arbeit, was eine gewisse Resignation und daraus resultierende Nichtmeldungen von Gewalterfahrungen zur Folge hat (Dressler, 2017a; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018).

Aus diesem hohen Anteil an Nichtmeldungen kann geschlossen werden, dass viele Betroffene auf eigene Verarbeitungsstrategien vertrauen und persönlich keinen Bedarf einer professionellen Einsatznachbesprechung sehen (Scheunflug und Klewer, 2013). Auch aus diesem Grund fordert Dressler (2017a) vom Arbeitgeber ausgehende, proaktive Nachsorgeangebote bei Gewalterfahrungen. Hierdurch könnten auch etwaige Langzeitfolgen wie posttraumatische Belastungsstörungen präventiv vermieden werden (Dressler, 2017a). Auch in der vorliegenden Untersuchung wurden nur etwa 6 % der Fälle an Vorgesetzte gemeldet und in circa 4 % der Fälle Strafanzeige erstattet. Nur einmal wurde eine offizielle Nachbesprechung angefordert und ein Ereignis in ein Dokumentationssystem eingegeben. Gerade durch eine konsequente Dokumentation von Gewaltanwendungen könnten jedoch künftige Entwicklungen besser erkannt und

Handlungsstrategien abgeleitet werden. Bereits im Jahr 2003 wurde ein entsprechender Fragebogen für Rettungsdienstmitarbeiter von der Weltgesundheitsorganisation entwickelt, der allerdings sehr umfangreich und nur bedingt praxistauglich ist (World Health Organization, 2003). Die Einführung eines einheitlichen digitalen Meldesystems mit einer vereinfachten deutschen Fassung des Fragebogens der Weltgesundheitsorganisation zur Verwendung in deutschen Rettungsdienstorganisationen wäre wünschenswert. Hierdurch könnten Gewalterfahrungen zum einen prospektiv erfasst werden, was einen Recall-Bias in der Datenerfassung verhindern würde, und zum anderen basierend auf den zusätzlichen Informationen aus dem Einsatzprotokoll genaue Daten im Zusammenhang mit der Gewalterfahrung erfasst werden. Anhand dieser Daten könnten einerseits spezifische Ausbildungskonzepte zur Primärprävention entwickelt werden, zum anderen eine Situationsmerkmal-orientierte Alarmierung durch die Leitstelle erfolgen.

Forderungen nach härteren Strafen für Angriffe auf Rettungsdienstpersonal und Mitarbeiter anderer Hilfsorganisationen wurden durch das „Gesetz zur Stärkung des Schutzes von Vollstreckungsbeamten und Rettungskräften“ umgesetzt, welches bei tätlichen Angriffen auf ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter im Rettungsdienst Freiheitsstrafen von bis zu fünf Jahren vorsieht (Jachmann und Stützle, 2017; Maybaum, 2017). Ebenso fand das Vergehen der in dieser Studie benannten sekundären Gewalt Beachtung, indem unter dem „Straftatbestand der ‚Behinderung von hilfeleistenden Personen‘“ oder der Behinderung von Einsatzkräften eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr droht (Jachmann und Stützle, 2017; Maybaum, 2017). Kritik an der fehlenden gesetzlichen Berücksichtigung von Gewalt gegen Ärzte im Not- und Bereitschaftsdienst wurde mit einem Gesetzentwurf „zur Bekämpfung des Rechtsextremismus und der Hasskriminalität“ Folge geleistet, der nun auch Ärzte und sonstiges medizinisches Personal der allgemeinen Notfallversorgung einschließt (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020b; Maybaum, 2017; Maybaum, 2020). Außer Acht bleiben hierbei jedoch nach wie vor Gewalterfahrungen im Rahmen der ambulanten sowie stationären Regelversorgung (Maybaum, 2020).

Vor dem Hintergrund der häufigsten Angriffsmotive wie Alkohol- und Drogenintoxikation oder psychischer Erkrankung bleibt sicherlich fraglich, inwiefern eine verschärfte

Bestrafungsform präventiven Charakter aufweist, da die Berücksichtigung etwaiger Konsequenzen bei diesen Angriffsmotiven durch den Täter außen vor bleibt (Jachmann und Stützle, 2017; Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Hinsichtlich der Außenwirkung und juristischen Stärkung von Einsatzkräften sowie vor allem der Bestrafung sekundärer Gewalt, die in der vorliegenden Studie vor allem von mutmaßlich zurechnungsfähigen Personen aus Vorsatz begangen wurde, könnte die Verschärfung des Gesetzes durchaus zur Prävention von Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter dienen (Jachmann und Stützle, 2017). Darüber hinaus bestehen politische Überlegungen, Verfahren von Gewalt gegen Polizisten und Rettungskräfte unter beschleunigten Bedingungen zu verhandeln, um eine schnellere Bestrafung der Täter zu gewährleisten und auch hierdurch präventiv tätig zu werden (Beerheide, 2020a; Beerheide, 2020b).

#### 4.1 Limitationen

Eine Limitation der Studie ist der relativ kurze Erhebungszeitraum von vier Wochen. Eine längere Erhebungsdauer hätte jedoch wahrscheinlich die vergleichsweise gute Rücklaufquote von 42,5 % durch abnehmende Motivation der Rettungsdienstmitarbeiter zur Dateneingabe negativ beeinflusst. Bereits in der zweiten Erhebungsphase ließ sich ein Rückgang der Rücklaufquote erkennen, was diese Vermutung unterstreicht.

Der Fragebogen hätte noch ausführlicher gestaltet sein und somit noch mehr relevante Daten liefern können. So hätte die Angabe der genauen Einsatzzeit aller Einsätze mit und ohne Gewalt eine genauere Aussage über die Häufigkeit von Gewalt in Abhängigkeit von der Tages- beziehungsweise Nachtzeit und einen statistischen Vergleich zwischen Tages- und Nachtzeit erlaubt. Auch hätte hinsichtlich der Rettungsmittelbesetzung sowohl das Alter als auch die Berufserfahrung der Rettungsdienstmitarbeiter erfragt werden können, woraus etwaige Rückschlüsse auf den Umgang mit Aggressionen und Gewalt möglich gewesen wären. Gleiches gilt für das allgemeine Sicherheitsgefühl der Rettungsdienstmitarbeiter, gegebenenfalls vor und nach einer potenziellen Gewalterfahrung. In zukünftigen Studien sollte ein drittes Geschlechtsmerkmal wie „divers“ in die Geschlechtsauswahl mit eingehen. Ebenso ist zu überlegen, ob eine

Ausweitung der Studie auf den Krankentransport sinnvoll wäre, um mögliche Vergleiche zur Notfallrettung ziehen zu können und den Informationsgewinn zu erhöhen.

Nähere Informationen über den Täter, wie etwa Alter, Geschlecht oder mutmaßliche Herkunft, würden darüber hinaus das Täterprofil schärfen. Dies würde ebenso dazu beitragen, den Ausbildungsbedarf hinsichtlich soziokultureller Kompetenzen zu erfassen (Ziegenfelder, 2017). Gleiches gilt für den Einsatzort, woraus sich vor allem Rückschlüsse für zukünftige Alarmierungen in entsprechende Gebiete ziehen lassen würden, sowohl in Bezug auf besonders gefährdete Stadtteile als auch spezielle Einrichtungen wie etwa Bahnhöfe, Bars, Clubs, Sportstätten oder Einkaufsstraßen (Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Hinsichtlich der geringen Anzahl an ergriffenen Maßnahmen wäre zudem interessant, aus welchem Grund die Rettungsdienstmitarbeiter selten Konsequenzen aus der Gewalterfahrung ziehen. Diesbezüglich gilt ebenfalls zu bedenken, ob die Fragebögen primär von Rettungsdienstmitarbeitern ausgefüllt wurden, die bereits eine Gewalterfahrung gemacht haben, sei es während oder vor der jetzigen Studie, und daher ein größeres persönliches Interesse an der Teilnahme an der Studie hatten. Dies würde jedoch auch bedeuten, dass ein Großteil der Rettungsdienstmitarbeiter, die nicht an der Studie teilgenommen haben, bislang und während des Erhebungszeitraums keine Erfahrung mit Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter gemacht haben und daher die Prävalenz der Gewalterfahrung falsch hoch ausfällt.

Der Hauptgrund für die bewusste Begrenzung des Fragebogens auf eine DIN A4-Seite und somit auch der abgefragten Informationen war der Erhalt der Motivation der teilnehmenden Rettungsdienstmitarbeiter, um eine konstant hohe Rücklaufquote generieren zu können. Darüber hinaus war auch im Sinne des Datenschutzes wichtig, nicht zu genaue Rückschlüsse auf die jeweilige Gewalterfahrung zuzulassen, um die Anonymität der Rettungsdienstmitarbeiter zu wahren.

Es wurden lediglich Rettungsdienste aus Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz einbezogen, was eine Übertragung der Ergebnisse auf das gesamte Bundesgebiet erschwert. Außerdem nahmen mit Bonn und Koblenz zwei Städte mit weniger als 500 000 Einwohnern an der Studie teil. Eine Aussage zur Häufigkeit der Gewalterfahrung des

Rettungsdienstes in Metropolstädten ist damit nicht möglich. Hier wäre eine größere Bereitschaft zur Teilnahme, vor allem von städtischen Rettungsdiensten, wünschenswert, da die Teilnahme von weiteren angefragten Rettungsdiensten meist an fehlendem Interesse oder bürokratischen Entscheidungsprozessen scheiterte.

Die Einschätzung einer Gewalterfahrung bleibt trotz der mündlichen sowie schriftlichen Definitionen in dieser Studie wie auch in anderen Studien eine subjektive Bewertung durch den jeweiligen Rettungsdienstmitarbeiter (Lindquist et al., 2019). So ist es möglich, dass vor allem minderschwere Formen der Gewalt wie verbale oder nonverbale Beleidigungen gar nicht als Gewalt wahrgenommen und somit nicht gemeldet werden, weil diese als „Bagatelle“ bewertet werden und den Rettungsdienstmitarbeiter nicht weiter belasten (Schmidt und Feltes, 2012; Weigert und Feltes, 2018). Ebenso können bestimmte Taten oder Verhaltensweisen als Zeichen der zugrundeliegenden Erkrankung, etwa im Falle einer psychischen Erkrankung oder Alkohol- oder Drogenintoxikation, gewertet und daher ebenfalls nicht gemeldet werden, da diese nicht als vorsätzlicher Angriff auf die eigene Person verstanden werden (Lindquist et al., 2019). Gewalterfahrungen werden daher immer, trotz aller juristischer, gesellschaftlicher oder soziokultureller Definitionen von Gewalt, einer individuellen und subjektiven Bewertung unterliegen.

Darüber hinaus gibt der Fragebogen nur die Möglichkeit, die Gründe für die Gewalterfahrung auf Seiten des Angreifers zu suchen, bietet jedoch keinen Platz zur Selbstreflexion. Zwar liegt laut Staller der Hauptgrund eines Angriffs meist beim Täter, jedoch könnten Rettungsdienstmitarbeiter durch ihr Verhalten eine solche Situation sowohl beruhigen als auch weiter eskalieren lassen (Freund, 2018; Pajonk und D'Amelio, 2008; Scheunflug und Klewer, 2013; Ziegenfelder, 2017). Gewalterfahrungen entstehen demnach häufig aus der Interaktion von Angreifer und Rettungsdienstmitarbeiter, es gilt daher diese Entwicklungen zu erkennen und eine weitere Eskalation zu vermeiden (Heil et al., 2019). Die Abfrage zur selbstkritischen Reflexion des rettungsdienstlichen Verhaltens in der jeweiligen Situation hätte daher ein differenzierteres Bild der Angriffsmotive erkennen lassen, aus dem sich wiederum Rückschlüsse auf geeignete Präventionsmaßnahmen hätten ziehen lassen.

## 5. Zusammenfassung

### 5.1 Hintergrund

Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter im deutschen Rettungsdienst nimmt in der medialen Berichterstattung zu. Die tatsächliche Anzahl der Rettungseinsätze mit Gewalterfahrungen im Verhältnis zur Gesamtzahl der Einsätze ist allerdings unbekannt.

### 5.2 Methoden

In acht ländlichen und zwei städtischen Rettungsdienstbezirken wurden im Jahr 2019 über insgesamt vier Wochen alle Einsätze mit und ohne Gewalterfahrung von den Rettungsdienstmitarbeitern während der Dienstschicht prospektiv dokumentiert.

### 5.3 Ergebnisse

Bei 93 von 7 793 (1,2 %) aller Einsätze kam es zu 173 Gewaltanwendungen. Davon waren 40,5 % verbale, 24,9 % nonverbale und 24,3 % körperliche Gewalt sowie 10,4 % sonstige Behinderungen. Einsätze mit Gewalt waren samstags häufiger als an anderen Wochentagen (2,3 % vs. 0,5-1,4 %,  $p < 0,01$ ). Notärztlich besetzte Rettungsmittel erfuhren seltener Gewalt als solche ohne Notarzt (0,5% vs. 1,3%,  $p < 0,05$ ). Das Geschlecht der Rettungsdienstmitarbeiter und ländliche beziehungsweise städtische Rettungsdienstbezirke sowie die Länge der Dienstschicht hatten keinen Einfluss. Am häufigsten (77,9 %) ging die Gewalt vom Patienten aus. Eine Alkohol- oder Drogenintoxikation war in 70,5 % der Fälle insbesondere abends/ nachts das häufigste Gewaltmotiv gegenüber 38,9 % tagsüber ( $p < 0,01$ ). In 87,2 % der Fälle wurden keine weiteren Konsequenzen aus der Gewaltanwendung gezogen.

### 5.4 Schlussfolgerung

Zu Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter kam es in etwas mehr als 1 % der Einsätze in städtischen und ländlichen Rettungsdiensten, meist durch die Patienten selbst. Dabei überwog die verbale Gewalt in circa 40 % der Fälle, aber in etwa einem Viertel der Fälle kam es auch zu körperlicher Gewalt. Häufige Auslöser waren Alkohol- oder Drogenintoxikationen mit einer Häufung am Samstag. Notärztlich besetzte Rettungsmittel waren seltener betroffen, dagegen spielte das Geschlecht der Besatzungen der

Rettungsmittel und die Länge der Dienstschrift keine Rolle. Nur ein kleiner Teil der Gewaltanwendungen wurde von den Betroffenen weiterverfolgt, eine systematische Dokumentation und Nachbearbeitung erfolgte praktisch nicht. Dies sollte verbessert werden, um künftige Entwicklungen der Gewalt gegen den Rettungsdienst erkennen und geeignete Maßnahmen ergreifen zu können.

### 5.5 Schlüsselwörter

Notfallmedizin, Rettungsdienst, Gewalt, Stadt-Land-Vergleich, Berufliche Qualifikation

## 6. Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1:</b>	Rettungskette. ....	10
<b>Abb. 2:</b>	Hauptformen der Gewalterfahrung von Rettungsdienstmitarbeitern.....	26
<b>Abb. 3:</b>	Unterformen der Gewalterfahrung von Rettungsdienstmitarbeitern.....	27

## 7. Tabellenverzeichnis

<b>Tab. 1:</b>	Einteilung teilnehmender Rettungsdienste nach Stadt-Land-Vergleich und Einwohnerzahl.....	19
<b>Tab. 2:</b>	Einteilung teilnehmender Rettungsdienste nach Bundesland. ....	19
<b>Tab. 3:</b>	Einteilung teilnehmender Rettungsdienste nach Rettungsdienstbezirken. ....	20
<b>Tab. 4:</b>	Ausprägungen verbaler Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter.....	27
<b>Tab. 5:</b>	Ausprägungen nonverbaler Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter. ....	28
<b>Tab. 6:</b>	Ausprägungen körperlicher Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter.....	28
<b>Tab. 7:</b>	Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in ländlichen und städtischen Rettungsdiensten. ....	29
<b>Tab. 8:</b>	Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in ländlichen und städtischen Rettungsdiensten nach Einwohnerzahl.....	29
<b>Tab. 9:</b>	Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz.....	30
<b>Tab. 10:</b>	Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Rettungsdienstbezirken. ....	30
<b>Tab. 11:</b>	Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Abhängigkeit vom Geschlecht der Rettungsmittelbesatzung. ....	30
<b>Tab. 12:</b>	Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter in Abhängigkeit von der Präsenz des Notarztes. ....	31
<b>Tab. 13:</b>	Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter im Frühjahr und Sommer. ....	31
<b>Tab. 14:</b>	Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter im Vergleich der Wochentage.....	32
<b>Tab. 15:</b>	Angriffsmotive gegen Rettungsdienstmitarbeiter. ....	34
<b>Tab. 16:</b>	Vergleich der Angriffsmotive von primärer und sekundärer Gewalt.....	34
<b>Tab. 17:</b>	Vergleich der Angriffsmotive von Patienten und anderen Tätern.....	35
<b>Tab. 18:</b>	Vergleich der Polizeibeteiligung nach Angriffsmotiven. ....	35

## 8. Literaturverzeichnis

Auer A. Aggressive Übergriffe auf Rettungsdienstmitarbeiter. Daten, Vergleiche, Erfassungsmöglichkeiten. Saarbrücken: VDM, 2009

Baumann P. Aggressive Übergriffe auf Rettungskräfte an Einsatzstellen. Analyse von und Umgang mit Gewalt gegen Rettungskräfte in Hamburg. München: GRIN, 2014

Beck A, Heinz A. Alkoholbezogene Aggression. Soziale und neurobiologische Faktoren. Dtsch Arztebl Int 2013; 110: 711-715

Beerheide R, 2020a: Bayern plant schnellere Strafen für Angriffe auf Einsatzkräfte. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/110840/Bayern-plant-schnellere-Strafen-fuer-Angriffe-auf-Einsatzkraefte> (Zugriffsdatum: 01.01.2021)

Beerheide R, 2020b: Angriffe auf Rettungsdienste auf Rekordniveau. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116018/Angriffe-auf-Rettungsdienste-auf-Rekordniveau> (Zugriffsdatum: 01.01.2021)

Bigham BL, Jensen JL, Tavares W, Drennan IR, Saleem H, Dainty KN, Munro G. Paramedic Self-reported Exposure to Violence in the Emergency Medical Services (EMS) Workplace: A Mixed-methods Cross-sectional Survey. Prehosp Emerg Care 2014; 18: 489-494

Bundesanstalt für Straßenwesen, 2020: Einsatzfahrtaufkommen im öffentlichen Rettungsdienst (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Einsatzanlass. [https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg\\_isgbe5.prc\\_menu\\_olap?p\\_uid=gast&p\\_aid=28084398&p\\_sprache=D&p\\_help=0&p\\_indnr=460&p\\_indsp=&p\\_ityp=H&p\\_fid=#SOURCES](https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=28084398&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=460&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=#SOURCES) (Zugriffsdatum: 10.01.2021)

Bundesärztekammer, 2020: (Muster-)Kursbuch. Allgemeine und spezielle Notfallbehandlung auf der Grundlage der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018. [https://band-online.de/wp-content/uploads/2020/11/20200928\\_MKB\\_Notfallmedizin.pdf](https://band-online.de/wp-content/uploads/2020/11/20200928_MKB_Notfallmedizin.pdf) (Zugriffsdatum: 12.01.2021)

Bundesärztekammer, 2021: Rettungswesen.  
<https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/rettungswesen/>  
(Zugriffsdatum: 12.01.2021)

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2021: ICD-10-GM Version 2021.  
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f40-f48.htm> (Zugriffsdatum: 07.06.2021)

Bundeskriminalamt, 1983: Polizeiliche Kriminalstatistik 1983.  
<https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/PolizeilicheKriminalstatistik/pksJahrbuecherBis2011/pks1983.html> (Zugriffsdatum: 18.10.2020)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1989: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten (RettAssAPrV).  
[http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&jumpTo=bgbl189s1966.pdf](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl189s1966.pdf) (Zugriffsdatum: 30.12.2020)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2019: Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitättergesetz - NotSanG).  
<https://www.gesetze-im-internet.de/notsang/BJNR134810013.html> (Zugriffsdatum: 28.12.2020)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020a: Strafgesetzbuch (StGB). § 240 Nötigung. [http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/\\_\\_240.html](http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/__240.html)  
(Zugriffsdatum: 28.12.2020)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020b: Gesetzesentwurf Rechtsextremismus und Hasskriminalität.  
[https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/RegE\\_Bekaeempfung\\_Hasskriminalitaet.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/Dokumente/RegE_Bekaeempfung_Hasskriminalitaet.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (Zugriffsdatum: 21.12.2020)

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020c: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter (NotSan-APrV).  
<https://www.gesetze-im-internet.de/notsan-aprv/BJNR428000013.html> (Zugriffsdatum: 30.12.2020)

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, 2018: Zusätzliche Geschlechtsbezeichnung "divers" für Intersexuelle eingeführt. Gesetz zur Änderung der in das Geburtenregister einzutragenden Angaben. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2018/12/drittes-geschlecht.html> (Zugriffsdatum: 14.10.2020)

Bundesstadt Bonn, 2020: Organisation des Rettungsdienstes. <https://www.bonn.de/themen-entdecken/sicherheit-ordnung/organisation-rettungsdienst.php> (Zugriffsdatum: 17.10.2020)

Dean L, 2014: London Ambulance Medics Assaulted Almost 600 Times During 2013. <https://www.ibtimes.co.uk/london-ambulance-medics-bitten-spat-hit-fence-post-during-2013-1442652> (Zugriffsdatum: 07.01.2020)

Deutsches Institut für Normung e.V., 2009: DIN 13050. Begriffe im Rettungswesen. <http://materialstandard.com/wp-content/uploads/2019/07/DIN-13050%EA%9E%892009-DE-POOBLiö8.pdf> (Zugriffsdatum: 22.12.2020)

Dressler JL. Gewalttätige Übergriffe auf Rettungskräfte. Forum Kriminalprävention 2017a; 3: 3-6

Dressler JL. Gewalt gegen Rettungskräfte. Eine kriminologische Großstadtanalyse. in: Schöch H, Dölling D, Meier BD, Verrel T, Hrsg. Kriminalwissenschaftliche Schriften 54, Münster: LIT, 2017b: 1-332

Faust V, 2020: Psychiatrie heute. Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln. [https://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Aggression\\_Gewalt\\_u\\_psych\\_Stoerung\\_Teil\\_1\\_Allge.pdf](https://www.psychosoziale-gesundheit.net/pdf/Int.1-Aggression_Gewalt_u_psych_Stoerung_Teil_1_Allge.pdf) (Zugriffsdatum: 28.12.2020)

Freund N, 2018: Gewalt gegen Rettungskräfte. Beleidigt, bedroht, verprügelt. <https://www.sueddeutsche.de/panorama/gewalt-gegen-rettungskraefte-beleidigt-bedroht-verpruegelt-1.3840767> (Zugriffsdatum: 09.10.2020)

Görmann M, Hornsteiner J, 2020: Nach Schock-Video: Auch Politiker fordern drastische Strafen für Unfall-Gaffer. <https://www.merkur.de/bayern/unfall-gaffer-a6-nach-schock->

video-politiker-mit-drastischer-forderung-fuer-gaffer-12306889.html (Zugriffsdatum: 17.10.2020)

Heil V, Staller MS, Körner S. Interaktionsdynamiken in der Entstehung von Gewalt gegenüber Rettungskräften – Eine Pilotstudie. JOMAR 2019; 2: 15

Hessler JB, Schäufele M, Hendlmeier I, Junge MN, Leonhardt S, Weber J, Bickel H. Behavioural and psychological symptoms in general hospital patients with dementia, distress for nursing staff and complications in care: results of the General Hospital Study. Epidemiol Psychiatr Sci 2018; 27: 278-287

Hirsch S, Steinert T. Medikamentöse Notfallbehandlung psychomotorischer Erregungszustände und aggressiven Verhaltens. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 445-452

Hofmann T, Hachenberg T. Gewalt in der Notfallmedizin – gegenwärtiger Stand in Deutschland. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2019; 54; 146-154

Huang J, Zhang M, Liu X. Correlation between patient and visitor violence and workload among public healthcare workers in China: a cross-sectional study. BMJ Open 2020; 10: 1-9

Jachmann M, Stützele P, 2017: Bundestag beschließt besseren Schutz für Beamte und Rettungskräfte. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2017/kw17-de-schutz-rettungskraefte-503660> (Zugriffsdatum: 21.12.2020)

Kratz T. Diagnostik und Therapie von Verhaltensstörungen bei Demenz. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 447-454

Kreis Euskirchen, 2020: Feuerschutz und Rettungsdienst. [https://www.kreis-euskirchen.de/buergerservice/gefahrenvorsorge/feuerschutz\\_rettungsdienst\\_23229.php](https://www.kreis-euskirchen.de/buergerservice/gefahrenvorsorge/feuerschutz_rettungsdienst_23229.php) (Zugriffsdatum: 17.10.2020)

Kühn D, Luxem J, Runggaldier K. Rettungsdienst heute. München: Elsevier Urban & Fischer, 2010

Lindquist B, Koval K, Mahadevan A, Gennosa C, Leggio W, Niknam K, Rao R, Newberry JA, Strehlow M. Workplace violence among prehospital care providers in India: a cross-sectional study. *BMJ open* 2019; 9: 1-8

Löwe-Stura L. Pädagogischer Umgang mit aggressivem Verhalten bei Jugendlichen. Umgang in der Kinder- und Jugendhilfe und Präventionsmaßnahmen. München: GRIN, 2019

Maguire BJ, Browne M, O'Neill BJ, Dealy MT, Clare D, O'Meara P. International Survey of Violence Against EMS Personnel: Physical Violence Report. *Prehosp Disaster Med* 2018b; 33: 526-531

Maguire BJ, O'Neill BJ, O'Meara P, Browne M, Dealy MT. Preventing EMS workplace violence: A mixed-methods analysis of insights from assaulted medics. *Injury* 2018a; 49: 1258-1265

Maguire BJ, O'Neill BJ. Emergency Medical Service Personnel's Risk From Violence While Serving the Community. *Am J Public Health* 2017; 107: 1770-1775

Mäulen B. Vorsicht Patient! Immer mehr schwere Gewaltdelikte gegen Ärzte. *MMW Fortschr Med* 2013; 155: 14-20

Maybaum T, 2017: Bundestag verabschiedet härtere Strafen bei Gewalt gegen Rettungskräfte. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/74426/Bundestag-verabschiedet-haertere-Strafen-bei-Gewalt-gegen-Rettungskraefte#comments> (Zugriffsdatum: 21.12.2020)

Maybaum T, 2020: Härtere Strafen bei Gewalt in Notaufnahmen geplant. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/109504/Haertere-Strafen-bei-Gewalt-in-Notaufnahmen-geplant> (Zugriffsdatum: 21.12.2020)

Meurer C, 2019: Gewalt gegen Rettungskräfte in der Region nimmt zu. [https://www.general-anzeiger-bonn.de/region/koeln-und-rheinland/gewalt-gegen-rettungskraefte-in-der-region-nimmt-zu\\_aid-44010107](https://www.general-anzeiger-bonn.de/region/koeln-und-rheinland/gewalt-gegen-rettungskraefte-in-der-region-nimmt-zu_aid-44010107) (Zugriffsdatum: 09.10.2020)

Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz, 2020: Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie den Notfall- und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz - RettDG -). [http://landesrecht.rlp.de/jportal/portal/t/ka1/page/bsrlpprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js\\_peid=Trefferliste&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-RettDGRPV8P22&doc.part=X&doc.price=0.0#focuspoint](http://landesrecht.rlp.de/jportal/portal/t/ka1/page/bsrlpprod.psml?pid=Dokumentanzeige&showdoccase=1&js_peid=Trefferliste&fromdoctodoc=yes&doc.id=jlr-RettDGRPV8P22&doc.part=X&doc.price=0.0#focuspoint) (Zugriffsdatum: 17.10.2020)

Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2016: Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW - RettG NRW). [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?sg=0&menu=1&bes\\_id=4300&aufgehoben=N&anw\\_nr=2](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?sg=0&menu=1&bes_id=4300&aufgehoben=N&anw_nr=2) (Zugriffsdatum: 17.10.2020)

Ministerium des Innern des Landes Nordrhein-Westfalen, 2018: Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter sowie Rettungshelferinnen und Rettungshelfer (RettAPO). [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?anw\\_nr=2&gld\\_nr=2&ugl\\_nr=215&bes\\_id=38188&aufgehoben=N&menu=1&sg=](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=2&gld_nr=2&ugl_nr=215&bes_id=38188&aufgehoben=N&menu=1&sg=) (Zugriffsdatum: 30.12.2020)

Ministerium des Innern und für Sport des Landes Rheinland-Pfalz, 2020: Rettungsdienst in Rheinland-Pfalz. <https://mdi.rlp.de/de/unsere-themen/bevoelkerungsschutz-und-rettungsdienst/rettungsdienst/rettungsdienst-live/> (Zugriffsdatum: 17.10.2020)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1997: Verwaltungsvorschriften für die Erteilung von Ausnahmen gem. § 4 Abs. 5 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG). [https://recht.nrw.de/lmi/owa/br\\_bes\\_text?anw\\_nr=1&gld\\_nr=2&ugl\\_nr=2129&bes\\_id=509&val=509&ver=7&sg=&aufgehoben=N&menu=1](https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_text?anw_nr=1&gld_nr=2&ugl_nr=2129&bes_id=509&val=509&ver=7&sg=&aufgehoben=N&menu=1) (Zugriffsdatum: 03.01.2021)

Müller S. Gewalt gegen Ärzte nimmt zu. KVNO aktuell 2018; 6-7: 30-31

Nordfjaern T. Violence involvement among nightlife patrons: The relative role of demographics and substance use. *Agress Behav* 2017; 43: 398-407

Pajonk FGB, D'Amelio R. Psychosozialer Notfall – Erregungszustände, Aggression und gewalttätiges Verhalten im Notarzt- und Rettungsdienst. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2008; 43: 514-521

Parth C, Schmalenberg D, 2016: Rettungskräfte begegnen immer häufiger blanken Aggressionen. <http://www.ksta.de/23856526> (Zugriffsdatum: 04.01.2020)

Petersen S, Scheller B, Wutzler S, Zacharowski K, Wicker S. Aggression und subjektive Gefährdung in der Notfallmedizin. Eine Umfrage. *Anaesthesist* 2016; 65: 580-584

Petzäll K, Tällberg J, Lundin T, Suserud BO. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *Int Emerg Nurs* 2011; 19: 5-11

Püschel K, Cordes O. Gewalt gegen Ärzte: Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko. *Dtsch Arztebl* 2001; 98: 153-157

Reichelt J, 2018: Der Hass gegen die Helfer. <https://www.bild.de/news/inland/sanitaeter/retter-angriff-sammler-55070682.bild.html> (Zugriffsdatum: 09.10.2020)

Rengier R. Strafrecht Besonderer Teil II. Delikte gegen die Person und die Allgemeinheit. München: C. H. Beck, 2020

Rettungsdienst Kreis Düren AöR, 2020: Notfallrettung. <https://rdkd.de/leistungen/> (Zugriffsdatum: 17.10.2020)

Scheunflug S, Klewer J. Gewaltsituationen im Rettungsdienst. *Heilberufe Science* 2013; 4: 89-92

Schläfke D, Kupke F, Dette C. Substanzabhängigkeit und Aggressivität. *JNeurolNeurochirPsychiatr* 2010; 11, 70-76

Schmidt J, Feltes T, 2012: Gewalt gegen Rettungskräfte. Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen. [http://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/PDF\\_2012/Gewalt\\_gegen\\_Rettungskraefte.pdf](http://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/PDF_2012/Gewalt_gegen_Rettungskraefte.pdf) (Zugriffsdatum: 02.01.2020)

Schnitzer S, Bellis MA, Anderson Z, Hughes K, Calafat A, Juan M, Kokkevi A. Nightlife violence: a gender-specific view on risk factors for violence in nightlife settings: a cross-sectional study in nine European countries. *J Interpers Violence* 2010; 25: 1094-1112

Schubert K, Klein M. Das Politiklexikon. Bonn: Dietz, 2018

Schwetje S, 2018: Einsatzkräfte bei Karnevalsfeiern angegriffen. <https://www.n-tv.de/panorama/Einsatzkraefte-bei-Karnevalsfeiern-angegriffen-article20280034.html>  
(Zugriffsdatum 22.12.2020)

Selg H, 2020: Aggression. <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/aggression/337>  
(Zugriffsdatum 28.12.2020)

Steinert T, Traub HJ. Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke. Bundesgesundheitsbl 2016; 59: 98-104

Suserud BO, Blomquist M, Johansson I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. Accid Emerg Nurs 2002; 10: 127-135

Tretbar C, 2020: „Die Gewalt in der Silvesternacht entsetzt mich“. <https://www.tagesspiegel.de/berlin/feuerwehr-chef-beklagt-uebergriffe-auf-einsatzkraefte-die-gewalt-in-der-silvesternacht-entsetzt-mich/25382272.html>  
(Zugriffsdatum 22.12.2020)

Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M, Schneider A, Linde K. Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte. Eine bundesweite Befragungsstudie. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 159-165

Weigert M, Feltes T, 2018: Gewalt gegen Einsatzkräfte der Feuerwehren und Rettungsdienste in Nordrhein-Westfalen. [https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/PDF\\_2018/Abschlussbericht\\_Gewalt\\_gegen\\_Einsatzkraefte.pdf](https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/PDF_2018/Abschlussbericht_Gewalt_gegen_Einsatzkraefte.pdf) (Zugriffsdatum: 11.10.2020)

World Health Organization, 2002: World report on violence and health. [https://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/WHO\\_summary\\_ge.pdf](https://www.gewaltinfo.at/uploads/pdf/WHO_summary_ge.pdf) (Zugriffsdatum: 17.10.2020)

World Health Organization, 2003: Workplace Violence in The Health Sector – Country Case Studies Research Instruments. [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf?ua=1](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf?ua=1) (Zugriffsdatum: 07.01.2020)

Ziegenfelder R. Gewalt gegen Rettungsdienstpersonal. Retten 2017; 6: 12-16

Zimbardo PG, Gerrig RJ. Psychologie. Berlin: Springer, 1999

## 9. Anhang

### 9.1 Teilnehmende Rettungsdienste

<b>Kreisfreie Städte</b>
Stadt Bonn
Stadt Koblenz
<b>Landkreise</b>
Altenkirchen
Cochem-Zell
Düren
Euskirchen
Mayen-Koblenz
Neuwied
Rhein-Lahn-Kreis
Westerwaldkreis

## 9.2 Fragebogen

Fragebogen zur Studie „Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter“RETTUNGSDIENSTBEZIRK Kreis MusterstadtRETTUNGSMITTELBESETZUNG**1. Besatzungsmitglied:**

Geschlecht:

- 
- Weiblich
- 
- 
- Männlich

Berufliche Qualifikation:

- 
- Rettungshelfer
- 
- 
- Notfallsanitäter
- 
- 
- Rettungsassistent
- 
- 
- Rettungsassistent
- 
- 
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**2. Besatzungsmitglied:**

Geschlecht:

- 
- Weiblich
- 
- 
- Männlich

Berufliche Qualifikation:

- 
- Rettungshelfer
- 
- 
- Notfallsanitäter
- 
- 
- Rettungsassistent
- 
- 
- Rettungsassistent
- 
- 
- Sonstige: \_\_\_\_\_

KEINE GEWALTERFAHRUNG

Falls Sie in diesem Dienst gar nicht beziehungsweise nur in einzelnen Einsätzen in Kontakt mit verbaler, nonverbaler oder körperlicher Gewalt gekommen sind, notieren Sie dies bitte hier:

Anzahl der Einsätze (gesamt): \_\_\_\_\_ Anzahl der Einsätze **ohne** Gewalterfahrung: \_\_\_\_\_

Länge des Dienstes (in Stunden): \_\_\_\_\_ Dienstdatum: \_\_\_\_\_

GEWALTERFAHRUNG (zutreffendes ankreuzen bzw. frei formuliert spezifizieren)

Einsatzdatum: \_\_\_\_\_ Alarmierungszeit: \_\_\_\_\_

**1. Ich bin verbal angegriffen worden. (Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen)**

- 
- Nein
- 
- Ja, „schlimmstes“ Wort (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_

**2. Ich bin nonverbal angegriffen worden. (Androhung von Gewalt durch Gesten)**

- 
- Nein
- 
- Ja, gegebenenfalls spezifizieren: \_\_\_\_\_

**3. Ich bin körperlich angegriffen worden.**

- 
- Nein
- 
- Ja,
- 
- Rempeln/ Stoßen
- 
- Hand/- Faustschlag
- 
- Treten
- 
- 
- Beißen/ Spucken
- 
- Waffe: \_\_\_\_\_
- 
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**4. Ich bin während des Einsatzes mutwillig in meiner Arbeit anderweitig beeinträchtigt worden.**

- 
- Nein
- 
- Ja,
- 
- Behinderung auf der Anfahrt
- 
- Aufreißen der Fahrzeugtür
- 
- 
- „Unfall-Gaffer“
- 
- Diebstahl
- 
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**5. Ich habe psychische/ körperliche Schäden davon getragen.**

- 
- Nein
- 
- Ja, \_\_\_\_\_

**6. Der Täter war ...**

- 
- der Patient
- 
- ein Angehöriger
- 
- ein Passant
- 
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**7. Das Angriffsmotiv des Täters war (vermutlich) ...**

- 
- Angst
- 
- Intoxikation
- 
- Vorsatz
- 
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**8. Der Angriff erfolgte im Zusammenhang mit einem/ einer ...**

- 
- „normalen“ Einsatz
- 
- Verkehrsunfall
- 
- Großveranstaltung
- 
- Massenschlägerei
- 
- 
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**9. Die Polizei war am Einsatz beteiligt.**

- 
- Nein
- 
- Ja,
- 
- bereits vorher vor Ort
- 
- nachgefordert
- 
- 
- (V.a.) Straftat, die zum Rettungseinsatz führte

**10. Aufgrund der Geschehnisse werde ich folgende Maßnahmen ergreifen:**

- 
- Keine
- 
- Strafanzeige erstatten
- 
- Meldung an meinen Vorgesetzten
- 
- 
- (eigene) ärztliche Behandlung/ Krankschreibung
- 
- Sonstiges: \_\_\_\_\_



### 9.3 Dokumentationsanleitung zum Fragebogen

#### Dokumentationsanleitung zum Fragebogen der Studie „Gewalt gegen Rettungsdienstmitarbeiter“

##### Definitionen von Gewalt

Zur Vereinheitlichung des Gewaltbegriffs sind im Folgenden die sich auf den Fragebogen beziehenden Definitionen von Gewalt aufgeführt.

**Verbale Gewalt:** Bei verbaler Gewalt handelt es sich um jegliche Form von mündlich vorgebrachten Lautäußerungen wie Beleidigungen, Beschimpfungen oder Bedrohungen, aber auch rassistische oder sexistische Aussagen.

**Nonverbale Gewalt:** Mit nonverbaler Gewalt sind vor allem Androhungen von Gewalt durch Gestik und Mimik gemeint. Beispielhaft seien hier das angedeutete „Halsdurchschneiden mit dem Daumen“ oder das „Erschießen mit zwei Fingern“ aufgeführt.

**Körperliche Gewalt:** Die körperliche Gewalt umfasst alle Formen eines Angriffs, bei dem das Opfer von einem Körperteil des Täters (durch z. B. Rempeln/ Stoßen/ Ziehen, Hand-/ Faustschlag, Treten, Beißen, Spucken) oder auch mit einer **Waffe** (z. B. Messer, Pistole, Schlagwerkzeug) attackiert wird.

##### Abschnitt „Rettungsdienstbezirk“ (Seite 1)

In diesem Abschnitt ist der jeweilige Rettungsdienstbezirk des teilnehmenden Rettungsdienstes bereits angekreuzt und muss daher nicht mehr ausgefüllt werden.

##### Beispiel:

---

RETTUNGSDIENSTBEZIRK

Kreis Musterstadt

##### Abschnitt „Rettungsmittelbesatzung“ (Seite 1)

In diesem Abschnitt sollen beide Besatzungsmitglieder hinsichtlich des Geschlechts und der beruflichen Qualifikation aufgeführt werden.

##### Beispiel:

###### RETTUNGSMITTELBESATZUNG

1. *Besatzungsmitglied:*

*Geschlecht:*

Weiblich

Männlich

*Berufliche Qualifikation:*

Rettungshelfer

Notfallsanitäter

Rettungssanitäter

Notarzt

Rettungsassistent

Sonstige: \_\_\_\_\_

2. *Besatzungsmitglied:*

*Geschlecht:*

Weiblich

Männlich

*Berufliche Qualifikation:*

Rettungshelfer

Notfallsanitäter

Rettungssanitäter

Notarzt

Rettungsassistent

Sonstige: \_\_\_\_\_

---

**Abschnitt „KEINE GEWALTERFAHRUNG“ (Seite 1)**

Sollte es während eines Dienstes zu keiner Gewalterfahrung gekommen sein, kann dies an dieser Stelle zusammenfassend für alle Einsätze während eines Dienstes zum Dienstende hin eingetragen werden. Der Abschnitt „GEWALTERFAHRUNG“ kann in diesem Fall ignoriert werden.

**Beispiel:**KEINE GEWALTERFAHRUNG

Falls Sie in diesem Dienst gar nicht beziehungsweise nur in einzelnen Einsätzen in Kontakt mit verbaler, nonverbaler oder körperlicher Gewalt gekommen sind, notieren Sie dies bitte hier:

Anzahl der Einsätze (gesamt): 6 Anzahl der Einsätze ohne Gewalterfahrung: 6  
 Länge des Dienstes (in Stunden): 12 Dienstdatum: 01.01.2019

**Abschnitt „GEWALTERFAHRUNG“ (Seite 1)**

**FALL A:** Sollte es während eines Dienstes zu **einer** Gewalterfahrung gekommen sein, kann dies an dieser Stelle für den jeweiligen Einsatz eingetragen und gegebenenfalls spezifiziert werden. Die Einsätze, die ohne Gewalterfahrung geblieben sind, können dann im Abschnitt „KEINE GEWALTERFAHRUNG“ aufgeführt werden.

**Beispiel:**KEINE GEWALTERFAHRUNG

Falls Sie in diesem Dienst gar nicht beziehungsweise nur in einzelnen Einsätzen in Kontakt mit verbaler, nonverbaler oder körperlicher Gewalt gekommen sind, notieren Sie dies bitte hier:

Anzahl der Einsätze (gesamt): 6 Anzahl der Einsätze ohne Gewalterfahrung: 5  
 Länge des Dienstes (in Stunden): 12 Dienstdatum: 01.01.2019

GEWALTERFAHRUNG (zutreffendes ankreuzen bzw. frei formuliert spezifizieren)

Einsatzdatum: 01.01.2019 Alarmierungszeit: 14.23

1. Ich bin verbal angegriffen worden. (Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen)  
 Nein  Ja, „schlimmstes“ Wort (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_
2. Ich bin nonverbal angegriffen worden. (Androhung von Gewalt durch Gesten)  
 Nein  Ja, gegebenenfalls spezifizieren: \_\_\_\_\_
3. Ich bin körperlich angegriffen worden.  
 Nein  Ja,  Rempeln/ Stoßen  Hand/- Faustschlag  Treten  
 Beißen/ Spucken  Waffe: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_
4. Ich bin während des Einsatzes **mutwillig** in meiner Arbeit anderweitig beeinträchtigt worden.  
 Nein  Ja,  Behinderung auf der Anfahrt  Aufreißen der Fahrzeugtür  
 „Unfall-Gaffer“  Diebstahl  Sonstiges: \_\_\_\_\_
5. Ich habe psychische/ körperliche Schäden davon getragen.  
 Nein  Ja, Platzwunde an der Stirn
6. Der Täter war ...  
 der Patient  ein Angehöriger  ein Passant  Sonstiges: \_\_\_\_\_
7. Das Angriffsmotiv des Täters war (vermutlich) ...  
 Angst  Intoxikation  Vorsatz  Sonstiges: \_\_\_\_\_
8. Der Angriff erfolgte im Zusammenhang mit einem/ einer ...  
 „normalen“ Einsatz  Verkehrsunfall  Großveranstaltung  Massenschlägerei  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
9. Die Polizei war am Einsatz beteiligt.  
 Nein  Ja,  bereits vorher vor Ort  nachgefordert  
 (V.a.) Straftat, die zum Rettungseinsatz führte
10. Aufgrund der Geschehnisse werde ich folgende Maßnahmen ergreifen:  
 Keine  Strafanzeige erstatten  Meldung an meinen Vorgesetzten  
 (eigene) ärztliche Behandlung/ Krankschreibung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**FALL B:** Sollte es während eines Dienstes zu **mehr als einer** Gewalterfahrung gekommen sein, kann dies auf einem **zweiten, neuen Fragebogen** im Abschnitt „**GEWALTERFAHRUNG**“ eingetragen werden. In diesem Fall heften Sie die beiden Fragebögen bitte mit einem Heftgerät zusammen, sodass erkenntlich wird, dass es sich um mehr als eine Gewalterfahrung innerhalb eines Dienstes gehandelt hat. Damit müssen auf dem zweiten, neuen Fragebogen auch keine weiteren Angaben außer im Abschnitt „**GEWALTERFAHRUNG**“ gemacht werden.

### Beispiel:

#### KEINE GEWALTERFAHRUNG

Falls Sie in diesem Dienst gar nicht beziehungsweise nur in einzelnen Einsätzen in Kontakt mit verbaler, nonverbaler oder körperlicher Gewalt gekommen sind, notieren Sie dies bitte hier:

Anzahl der Einsätze (gesamt): 6 Anzahl der Einsätze ohne Gewalterfahrung: 4

Länge des Dienstes (in Stunden): 12 Dienstdatum: 01.01.2019

#### GEWALTERFAHRUNG (zutreffendes ankreuzen bzw. frei formuliert spezifizieren)

Einsatzdatum: 01.01.2019 Alarmierungszeit: 14.23

- Ich bin verbal angegriffen worden. (Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen)  
 Nein  Ja, „schlimmstes“ Wort (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_
- Ich bin nonverbal angegriffen worden. (Androhung von Gewalt durch Gesten)  
 Nein  Ja, gegebenenfalls spezifizieren: \_\_\_\_\_
- Ich bin körperlich angegriffen worden.  
 Nein  Ja,  Rempeln/ Stoßen  Hand-/ Faustschlag  Treten  
 Beißen/ Spucken  Waffe: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ich bin während des Einsatzes mutwillig in meiner Arbeit anderweitig beeinträchtigt worden.  
 Nein  Ja,  Behinderung auf der Anfahrt  Aufreißen der Fahrzeugtür  
 „Unfall-Gaffer“  Diebstahl  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ich habe psychische/ körperliche Schäden davon getragen.  
 Nein  Ja, Platzwunde an der Stirn
- Der Täter war ...  
 der Patient  ein Angehöriger  ein Passant  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Das Angriffsmotiv des Täters war (vermutlich) ...  
 Angst  Intoxikation  Vorsatz  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Der Angriff erfolgte im Zusammenhang mit einem/ einer ...  
 „normalen“ Einsatz  Verkehrsunfall  Großveranstaltung  Massenschlägerei  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Die Polizei war am Einsatz beteiligt.  
 Nein  Ja,  bereits vorher vor Ort  nachgefordert  
 (V.a.) Straftat, die zum Rettungseinsatz führte
- Aufgrund der Geschehnisse werde ich folgende Maßnahmen ergreifen:  
 Keine  Strafanzeige erstatten  Meldung an meinen Vorgesetzten  
 (eigene) ärztliche Behandlung/ Krankschreibung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### 2. Fragebogen (an 1. Fragebogen angeheftet)

#### GEWALTERFAHRUNG (zutreffendes ankreuzen bzw. frei formuliert spezifizieren)

Einsatzdatum: 01.01.2019 Alarmierungszeit: 17.54

- Ich bin verbal angegriffen worden. (Beleidigungen, Beschimpfungen, Bedrohungen)  
 Nein  Ja, „schlimmstes“ Wort (falls erinnerlich): \_\_\_\_\_
- Ich bin nonverbal angegriffen worden. (Androhung von Gewalt durch Gesten)  
 Nein  Ja, gegebenenfalls spezifizieren: \_\_\_\_\_
- Ich bin körperlich angegriffen worden.  
 Nein  Ja,  Rempeln/ Stoßen  Hand-/ Faustschlag  Treten  
 Beißen/ Spucken  Waffe: \_\_\_\_\_  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ich bin während des Einsatzes mutwillig in meiner Arbeit anderweitig beeinträchtigt worden.  
 Nein  Ja,  Behinderung auf der Anfahrt  Aufreißen der Fahrzeugtür  
 „Unfall-Gaffer“  Diebstahl  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Ich habe psychische/ körperliche Schäden davon getragen.  
 Nein  Ja, \_\_\_\_\_
- Der Täter war ...  
 der Patient  ein Angehöriger  ein Passant  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Das Angriffsmotiv des Täters war (vermutlich) ...  
 Angst  Intoxikation  Vorsatz  Sonstiges: „Sensationslust“
- Der Angriff erfolgte im Zusammenhang mit einem/ einer ...  
 „normalen“ Einsatz  Verkehrsunfall  Großveranstaltung  Massenschlägerei  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Die Polizei war am Einsatz beteiligt.  
 Nein  Ja,  bereits vorher vor Ort  nachgefordert  
 (V.a.) Straftat, die zum Rettungseinsatz führte
- Aufgrund der Geschehnisse werde ich folgende Maßnahmen ergreifen:  
 Keine  Strafanzeige erstatten  Meldung an meinen Vorgesetzten  
 (eigene) ärztliche Behandlung/ Krankschreibung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Abschnitt „KOMMENTARE“ (Seite 2)

Falls weitere Erläuterungen oder Anmerkungen zu Ihrer Gewalterfahrung gemacht werden wollen, können diese im Abschnitt „**KOMMENTARE**“ aufgeführt werden.

## 9.4 Eingesetzte Rettungsmittel

	Rettungswachen	RTW	NEF	N-KTW
<b>Kreisfreie Städte</b>				
Stadt Bonn	4	17	3	0
Stadt Koblenz	5	6	1	2
<b>Landkreise</b>				
Altenkirchen	5	6	3	2
Cochem-Zell	5	4	1	2
Düren	9	18	6	0
Euskirchen	9	11	4	0
Mayen-Koblenz	5	5	2	2
Neuwied	8	7	4	3
Rhein-Lahn-Kreis	8	7	2	3
Westerwaldkreis	8	9	2	3
<b>Gesamt</b>	<b>66</b>	<b>90</b>	<b>28</b>	<b>17</b>

RTW = Rettungswagen, NEF = Notarzt-Einsatzfahrzeug,  
N-KTW = Notfallkranwagen

## **10. Danksagung**

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Rudolf Hering für die vorbildliche Unterstützung, Betreuung und gute Zusammenarbeit während der Studie und der Erstellung dieser Dissertationsarbeit.

Darüber hinaus danke ich allen ärztlichen Leitern Rettungsdienst sowie Mitarbeitern der Rettungsdienste der Landkreise Altenkirchen, Cochem-Zell, Düren, Euskirchen, Mayen-Koblenz, Neuwied, Rhein-Lahn und Westerwald sowie der Städte Bonn und Koblenz für die Teilnahme an der Studie.