



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales**

### **74. Sitzung (öffentlich)**

15. Januar 2025

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:04 Uhr bis 11:41 Uhr

Vorsitz: Josef Neumann (SPD)

Protokoll: Gertrud Schröder-Djug

### **Verhandlungspunkt:**

#### **Null Toleranz für Gewalt im Gesundheitswesen!**

**3**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 18/10531

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

\* \* \*



**Null Toleranz für Gewalt im Gesundheitswesen!**

Antrag  
der Fraktion der FDP  
Drucksache 18/10531

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

**Vorsitzender Josef Neumann:** Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Herzlich willkommen im neuen Jahr zur 74. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Heute haben wir die erste Anhörung des Jahres. Ich begrüße Sie alle, die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die Sitzungsdocumentation, alle Zuschauerinnen und Zuschauer und ganz besonders die Damen und Herren Sachverständige zur heutigen Anhörung.

Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden.

Ich bedanke mich im Namen des Ausschusses, dass Sie heute für die Beantwortung der Fragen zur Verfügung stehen. Vielen Dank auch für die vorab zugesandten Stellungnahmen.

Der Antrag wurde vom Plenum zur alleinigen Beratung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales überwiesen.

Ich weise darauf hin, dass während der Anhörung Bild-, Film- und Tonaufnahmen nicht zugelassen sind.

Zum weiteren Ablauf der Anhörung gebe ich noch folgende Hinweise: Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden ihre Fragen direkt an Sie richten. Ich schlage vor, wir sammeln die Fragen der Fraktionen zunächst in einer ersten Runde und schauen dann, wie es weitergeht.

**Susanne Schneider (FDP):** Ich möchte Ihnen ein frohes, gesundes, glückliches neues Jahr wünschen und bedanke mich ganz herzlich bei den Sachverständigen für Ihre Stellungnahmen und auch, dass Sie uns heute Morgen hier zur Verfügung stehen. Es ist beeindruckend, dass Sie bei dem Nebel den Landtag überhaupt gefunden haben, und vielleicht bringen Sie auch in den Nebel meines Antrags noch ein bisschen Licht.

Meine erste Frage geht an Herrn Dr. Bergmann, an Laura Dalhaus, an Frau Postel oder Dominik Stark von der Pflegekammer und auch an Frau Jessica Odenthal. Ich wüsste gerne Folgendes: Gewalterfahrungen führen nicht nur zu physischen und psychischen Beeinträchtigungen. Solche Erfahrungen sorgen auch dafür, dass die Menschen dann sagen: Okay, ich bin raus aus dem Beruf; mache ich nicht mehr, will ich nicht mehr, brauche ich nicht mehr.

Inwiefern verschärft in dieser Hinsicht zunehmende Gewalt gegenüber den Beschäftigten Ihrer Meinung nach den Fachkräftemangel, den wir da eh schon haben? Und

wie können Betroffene nach Gewalterfahrungen so unterstützt werden, dass ein Berufsausstieg doch verhindert werden kann?

Zweite Frage hätte ich an Frau Odenthal. Sie nennen in Ihrer Stellungnahme einige mögliche Maßnahmen und Praxisbeispiele zum Schutz von Beschäftigten. Können Sie entsprechende Schulungen, aber auch Maßnahmen zur Erfassung von Gewaltvorfällen und zu deren Nachsorge erläutern?

**Daniel Hagemeier (CDU):** Auch im Namen der CDU-Fraktion vielen Dank an die Sachverständigen für Ihre Stellungnahme und natürlich für das neue Jahr 2025 alles Gute und viel Gesundheit! Unsere Fragen richten sich an die KGNW, an die Pflegekammer sowie an den Hausärzteverband.

Welche präventiven und auch reaktiven Maßnahmen halten Sie zum Schutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen für unbedingt erforderlich?

Ist eine verpflichtende Einführung von Sicherheitskonzepten in Krankenhäusern, Pflegeheimen und Arztpraxen der richtige Weg, als Ergänzung z.B. durch Videoüberwachung oder Alarmknöpfe?

Braucht es aus Ihrer Sicht Strafverschärfungen oder mehr Unterstützung auch für die Opfer?

**Christina Weng (SPD):** Ich schließe mich den Neujahrsgrüßen und -wünschen an. Das Jahr ist jung genug, und Gesundheit, glaube ich, kann man gar nicht hoch genug werten. Vielen Dank im Namen meiner Fraktion für die Stellungnahmen und auch, dass Sie sich auf den Weg zu uns gemacht haben.

Ich würde gerne einmal einen größeren Bogen schlagen. Und zwar würde ich mir eine Antwort von Ihnen allen wünschen.

Wir haben inzwischen ja sehr viel mehr Wissen. Wir haben nach dem furchtbaren Vorfall in Essen dieses Thema stark beleuchtet. Die FDP hat mit diesem weiteren Antrag die 23er-Diskussion noch weiter fortgeführt. Wir wissen um die mangelnden Ressourcen. Wir sind in der Krankenhausplanung und bei den baulichen Maßnahmen. Und wir haben die personelle Situation, die wir vorher kannten und die sich nicht geändert hat. Jetzt brauchen wir aber mehr Ressourcen für Präventionsmaßnahmen, für Peer-Entwicklung, für die Zeit, sich in diesen Gruppierungen mit diesem Thema stärker zu beschäftigen, auch in der Verbindung mit der Polizei. Es sind alles Diskussionen, die Zeit brauchen. Und Zeit im Gesundheitswesen ist Geld.

Was ist bei dem Wissen, das wir jetzt haben, der nächste folgerichtige Schritt, der uns weiterhelfen würde?

**Dr. Martin Vincentz (AfD):** Auch ich darf mich zunächst für die eingegangenen Stellungnahmen bedanken, vor allen Dingen für die Möglichkeit der Rückfrage, von der ich jetzt Gebrauch mache. Ich stelle zunächst eine Frage an die Herren Bergmann bzw. Ernst und Riemenschneider.

Es wird aktuell viel diskutiert über bauliche Maßnahmen zur Gewaltprävention. Wie kann das konkret in Praxis bzw. Klinik aussehen: Wie schafft man den Ausgleich zwischen einer der Genesung gedeihlichen Atmosphäre und einem Sicherheitsanspruch der Beschäftigten? Wie soll das vor allen Dingen finanziert werden? Denn das ist sicherlich keine Zusatzinvestition, die man beispielsweise den niedergelassenen Ärzten zusätzlich aufbürden kann.

Die nächste Frage richtet sich an die Herren der Krankenhausgesellschaft. Es gab jetzt Presseberichterstattung über den möglichen Einsatz von Bodycams in einer Klinik in Dortmund. Wie kann man das – auch da sicherlich das Sicherheitsbedürfnis oder auch das Bedürfnis nach beweissicherem Material – mit Datenschutzbedenken und einer Datenschutzkonformität übereinbringen?

Eine letzte Frage an Herrn Bergmann und Frau Dalhaus. In Ihren Stellungnahmen führen Sie als mögliche Ursache für eine gestiegene Gewaltbereitschaft ein gestiegenes Anspruchsdenken an. Wie könnte man dem wieder Herr werden? Was wären da Möglichkeiten, wie man das in der Allgemeinbevölkerung wieder einfängt?

**Meral Thoms (GRÜNE):** Auch von Seiten der grünen Landtagsfraktion herzlichen Dank an alle Sachverständigen, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben.

Das Thema „Gewaltschutz im Gesundheitswesen“ ist ein immens Wichtiges. Es ist eins, wo wir schon ein bisschen länger auf dem Weg sind und das Thema auch parlamentarisch bearbeiten. Es gibt beim Thema „Gewalt“ unterschiedliche Ursachen, Formen und Zielgruppen. Sie repräsentieren als Sachverständige unterschiedliche Einrichtungen und Organisationen.

Meine erste Frage geht an alle. Können Sie noch mal sagen, was Ihre spezifische Perspektive ist? Und wenn Sie schon länger auf dem Weg sind beim Thema „Gewaltschutz“ – das beschreiben Sie auch zum Teil in Ihren Auswertungen: Gibt es besonders gefährdete Gruppen für Gewalt in Ihren Einrichtungen? Kann man das zum Beispiel festmachen an Geschlecht, an Alter, an Merkmalen, oder ist es allgemein ein Thema?

Auch da, wenn Sie schon länger auf dem Weg sind: Was sind aus Ihrer Perspektive Erfolgsfaktoren für den Gewaltschutz? Was haben Sie bisher auf Ihrem Weg für Lessons Learned mitgenommen?

**Vorsitzender Josef Neumann:** Alle Fraktionen haben ihre Fragen gestellt. Die Fragen richteten sich an alle Sachverständigen, die hier anwesend sind. Ich würde vorschlagen, ich gebe Herrn Dr. Bergmann für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, der auch für die Kassenvereinigung Westfalen-Lippe spricht, zuerst das Wort.

**Dr. Frank Bergmann (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein):** Vielen Dank für die Einladung und die Möglichkeit, unsere schriftliche Stellungnahme zu erläutern und auf Ihre Fragen einzugehen. Das Problem, über das wir heute reden, ist in der Tat hochaktuell. Wir haben den Eindruck, dass wir nicht nur eine stetige Zunahme von Gewaltbereitschaft sowohl im Hinblick auf verbale wie auch körperliche Gewalt sehen; wir

haben den Eindruck, dass das Ganze exponentiell zunimmt. Die Schwelle verschiebt sich erheblich. Die Bereitschaft, aggressiv in den unterschiedlichen Formen zu reagieren, steigt. Das geben auch die Zahlen her.

Ich will, bevor ich im Einzelnen auf die Fragen eingehe, einfach kurz sagen: Wir haben aus dem letzten Jahr eine Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die immerhin fast 7.600 Leute beantwortet haben, aus der wir gelernt haben: 85 % derjenigen, die das beantwortet haben, erleben eine Zunahme von verbaler Gewalt, 48 % eine Zunahme von körperlicher Gewalt. Das sind erhebliche Zahlen.

Das mag man auf den ersten Blick gar nicht glauben. Vier von fünf sagen, sie haben im vergangenen Jahr verbale Gewalt erlebt. Von den 7.580 Befragten haben immerhin 1.955, also fast 2.000, im letzten Jahr auch körperliche Gewalt erlebt. Das sind Zahlen, die sicherlich dafürsprechen, dass der Landtag sich mit diesem Thema beschäftigt.

Es ist so, dass wir im ambulanten Bereich in zwei Richtungen gucken. Das eine ist die Regelversorgung in unseren hausärztlichen, fachärztlichen und auch psychotherapeutischen Praxen. Das Zweite ist die Versorgung im organisierten Not- und Bereitschaftsdienst. Wenn ich mit Letzterem anfangen, muss ich sagen: Gerade dort – wir haben unseren Notdienst in Nordrhein wie auch in Westfalen-Lippe in Portalpraxen organisiert, das heißt, wir sind, Ein-Tresen-Modell, zumindest räumlich gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen vom stationären Sektor – erleben wir sehr häufig sehr aggressive Auftritte und Szenen.

Das mag damit zusammenhängen, dass Menschen nicht einsehen, dass es dort dauert. Das mag damit zusammenhängen, dass Menschen nicht einsehen können, dass es auch nicht immer nach der Reihe geht, wie man dort eintrifft, sondern dass akute Fälle mit hohem und dringendem Behandlungsbedarf vorgezogen werden müssen. Möglicherweise spielen auch diese Dinge eine Rolle. Aber wir haben auch schon das Gefühl, dass sich die Erwartung und der Anspruch derjenigen, die dort hinkommen, verändern.

Wir stellen fest, dass viele, die dort auftauchen, mit dem Anspruch dort hinkommen: Ich möchte jetzt und auf der Stelle behandelt werden, egal, ob es jetzt etwas ganz Akutes ist, eine akute Erkrankung, oder ob es etwas ist, was schon chronisch ist, was seit Wochen besteht, wobei die Betroffenen – das umfasst immerhin 70 % derjenigen, die wir im ambulanten vertragsärztlichen Dienst in unseren Notdienstpraxen sehen – schon vorher oder auch in den nächsten Tagen ihren Hausarzt oder Facharzt aufsuchen sollten. Sie müssen nicht zwingend eine notdienstliche Behandlung haben. Das, was man damit machen kann, darauf kann man vielleicht in einem zweiten Teil eingehen.

Tatsache ist – das war auch Teil der ersten Frage –, dass diejenigen, die verbale Gewalt, also Drohungen in jeglicher Form – die KVWL hat in einem Beispiel darauf hingewiesen, das geht bis hin zu Morddrohungen und „wir werden Ihnen auflauern!“ –, auch körperliche Gewalt erleben, sei es in einer Notdienstpraxis, wo medizinische Fachangestellte arbeiten, die von unserer Gesellschaft, der GMG (Gesundheitsmanagementgesellschaft) organisiert und eingeteilt werden, häufig sagen: „Das wollen wir uns nicht antun. Wir machen das gerne, aber das wollen wir uns nicht antun. Dafür

sind wir nicht da.“ Genau das gleiche erleben wir in den Praxen, dort, wo sich an den Anmeldungen der Praxen ähnliche Szenen abspielen.

Wie kann man die Opfer schützen? Der beste Schutz ist Prävention. Man muss dem Ganzen vorbeugen. Wir wollen ja nach Möglichkeit vermeiden, dass man diejenigen hinterher betreuen muss, dass sich die Arbeitgeber, die Praxisinhaber oder in dem Fall wir als KV, wenn es um Notdienstpraxen geht, uns um diejenigen kümmern müssen, dass wir psychotherapeutische Angebote machen und vermitteln. Das ist ja gar keine Frage. Die Möglichkeiten bestehen und die nutzen wir auch. Aber wesentlich für uns ist in der ganzen Diskussion: Wie können wir das Ganze vermeiden?

Sicherheitskonzepte sind unvermeidlich. Dazu gehört in den Praxen und Notdienstpraxen eine Videoüberwachung. Dazu gehört – das muss man leider sagen – inzwischen obligatorisch die Möglichkeit, Alarm zu geben, also Alarmknöpfe. Denn es spielt sich nicht nur – wie etwa in der Anmeldung der Portalpraxis – in einem semiöffentlichen Bereich ab, wo möglicherweise die Chance besteht, dass das jemand mitbekommt. Das Ganze spielt sich zum Teil in den Behandlungszimmern ab. Dort braucht es Alarmknöpfe. Es ist nicht selten, dass eine Kollegin oder ein Kollege alleine damit konfrontiert ist. Das ist in der Notdienstpraxis ein Problem. Das ist aber auch in der Regelversorgung ein Problem.

Sie haben danach gefragt: Gibt es besonders vulnerable Gruppen? Ja, denken Sie zum Beispiel an eine psychotherapeutische Praxis. Da ist nicht selten die Situation, dass eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut alleine ist. Möglicherweise ist gar kein Personal mehr vorne da, sondern die sind ganz alleine in der Praxis. Dann entsteht ganz besonders Sorge und Angst: Wie gehe ich mit einer solchen Situation um?

Wir als Kassenärztliche Vereinigung können natürlich Angebote machen und machen Angebote. Wie können wir schulen? Was können wir tun? Wir schulen dann in der Frage: Wie kann man Konflikte deeskalieren? Wie können Gespräche an der Anmeldung geführt werden, dass man möglichst an den Erwartungen arbeitet, dass man die Aufregung runterregelt? Das gelingt manchmal, aber nicht immer. Das sind Dinge, die wir tun, die zu einem professionellen Auftritt derjenigen, die die Patienten entgegennehmen oder behandeln, dazugehört.

Ich denke, je nach Standort der Portalpraxis und der Klinik, in der sich die Portalpraxis befindet, wird man auch über weitergehende Maßnahmen sprechen müssen, also den Einsatz von Sicherheitspersonal. Denn wir wissen: Es gibt Standorte, wo die Krankenhäuser entsprechendes Personal einsetzen. Da brauchen wir das auch in der Portalpraxis, um dem notfalls auch mit entsprechendem Personal entgegentreten zu können.

Insofern, und weil die Zahlen und die Verhältnisse so sind, wie ich sie gerade grob skizziert habe und wie sie aus allen Stellungnahmen hervorgehen, würden wir es sehr begrüßen, wenn es auch eine Strafverschärfung an der Stelle gäbe. Denn da würden wir auf die abschreckende Wirkung von scharfen Strafen setzen, vor allem, wenn die dann auch durchgesetzt werden können.

Sie haben das Ressourcenproblem angesprochen. Ich sage mal so: Ja, das ist für uns alle ein riesengroßes Problem. Sie wissen, dass wir über Ressourcenmangel nicht nur

im stationären Sektor, sondern auch im ambulanten sprechen. Uns fehlen alleine im Landesteil Nordrhein rund 500 Hausärzte. Der Mangel fängt aber auch in den Facharztpraxen an.

Wir reden über Ressourcenprobleme, auch im Bereich der Medizinischen Fachangestellten. Da hat sich längst auch eine kompetitive Situation zwischen dem vertragsärztlichen Sektor und dem stationären Sektor eingestellt. Das heißt, alle Praxen sind dringend auf der Suche nach gut ausgebildeten Medizinischen Fachangestellten. Die skizzierte Problematik berührt unmittelbar diesen Punkt, weil sich natürlich eine jede überlegt: Gehe ich an die Front, an die Anmeldung einer Arztpraxis, oder suche ich mir möglicherweise eine andere Stelle, wo ich in ein großes Team eingebunden bin und in anderen Bereichen, beispielsweise in einem Krankenhaus, arbeiten kann?

Insofern ist das für die personelle Ressourcendiskussion ein großes und wichtiges Thema. Aber es ist auch so: Wenn wir darüber sprechen, was wir für bauliche Veränderungen brauchen, dann reden wir über vielleicht etwas höhere Tresen. Da reden wir über etwas stabilere Abgrenzungen. Das ist ja nicht schön. Eigentlich wollen wir offen unseren Patienten gegenüber treten. Gut, alle haben sich während der Coronapandemie daran gewöhnt, dass es Spuckschutz gibt, dass da Plexiglaswände stehen. Möglicherweise stehen die da demnächst aus anderen Gründen nicht aus Plexiglas, sondern aus stabilerem Glas.

All das kostet aber Geld, genauso wie die Videoüberwachung oder die Installation von Alarmknöpfen in der ganzen Praxis, in allen Behandlungsräumen Geld kostet. Auch das ist in der aktuellen Situation für die Praxen ein großes Problem.

Vielleicht ein ganz kurzer Hinweis, wie wir dem überhaupt begegnen können.

**Vorsitzender Josef Neumann:** Dr. Bergmann, Sie haben jetzt 11 Minuten gesprochen. Wir haben sieben Sachverständige.

**Dr. Frank Bergmann (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein):** Dann mache ich hier erst mal einen Cut. Kein Problem.

**Dr. Matthias Ernst (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen [per Video zugeschaltet]):** Zunächst herzlichen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zu diesem uns allen sehr wichtigen und sehr präsenten Thema, verbunden mit einem gelingenden 2025 auch für Sie.

Das Thema „Gewalt in den Krankenhäusern“ ist ein extrem präsent. Da reden wir über alle Formen der Gewalt, der körperlichen und der verbalen. Diese Entwicklung ist nicht neu. Aber die Intensität und die Zunahme ist da. Da sind auch die Krankenhäuser auf verschiedenen Ebenen gefordert und sind auch aktiv. Ich darf in diesem Zusammenhang einmal verweisen auf den aufgrund verschiedener Initiativen entstandenen Leitfaden der Krankenhausgesellschaft gegen Gewalt im Krankenhaus, die unter der Einbindung von Praktikern vor Ort als Checkliste entwickelt wurde. Dieser Leitfaden gibt viele Anregungen, was man machen kann, wie man es machen kann.



Ich halte es im Übrigen immer für wichtig, sehr zielgerichtet zu gucken. Wir werben, und das wäre auch mein Wunsch, um sehr konkrete Unterstützung der Maßnahmen. Denn es muss im Sinne konkreter Maßnahmen für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Krankenhäusern sichtbar werden, ankommen. Es muss also sehr zielfokussiert passieren.

Sie hatten unter anderem gefragt, wie die Priorisierung von Maßnahmen ist. Wir haben die präventiven Maßnahmen, sicherlich auch nicht zu vergessen nachsorgende Maßnahmen. Am Ende ist es dann auch eine Ressourcenfrage. Wir werden viel über Personal sprechen. Ich halte es für wichtig – Sie konnten das auch in unserer Stellungnahme sehen, Thema „Personal“ im Sinne von Befähigung, Schulung, Einführung mit ganz banalen Sachen in die normalen Personalentwicklungsprogramme –, unsere Führungskräfte zu sensibilisieren. Das hört sich einfach an, ist aber etwas, was Zeit kostet, neben dem Aufwand für die Schulungen an sich.

Das ist aber eines der aus meiner Sicht zentralen Themen, wie wir uns hier besser aufstellen und unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Schulungskonzepte gestuft in den unterschiedlichsten Bereichen anbieten. Da reden wir nicht nur – das ist mir auch noch mal wichtig – über die Notaufnahmen, sondern wie wir das in die Fläche bringen.

Zum Thema „Strafverschärfung“. Auch da haben wir uns klar positioniert. Es muss spürbar sein, es muss eine klare Regelung im Sinne einer Strafverschärfung sein. Das ist ein wichtiges Signal. Es müssen auch sehr zeitnah, auch das ist wichtig, Urteile gefällt werden. Die Forderung ist nach einem halben Jahr, vergleichbar mit schwerem Betrug, einem schweren wirtschaftlichen Schaden. Denken Sie nur daran: Als Opfer von Gewalt sind die Mitarbeitenden oft berufsunfähig, finden lange Zeit nicht wieder in ihren regulären Beruf zurück und tragen massive Schäden davon. Insofern halten wir die von uns geforderte Strafverschärfung für angemessen.

Bauliche Maßnahmen, auch das ist ein wichtiger Punkt. Schutzraum Krankenhaus und Persönlichkeitsrechte – da haben Sie recht. Ich glaube, es kam von Herrn Vincentz, der gesagt hat: Wie kann es uns gelingen, bauliche Maßnahmen, sehr wohl unter Einbindung der Praktiker, Rückzugsmöglichkeiten, Fluchtwege in bestehende Baukonzepte einzubringen? Das kostet Geld, ja. Es gilt, über bestehende Bausubstanzen Umbaumaßnahmen, Panikräume, Fluchträume so gut zu konzipieren, dass es einem Krankenhaus die vertrauensvolle Atmosphäre nicht nimmt, gleichwohl aber den Mitarbeitenden die Möglichkeit gibt, sich für den Fall der Fälle in Sicherheit zu bringen.

Natürlich gehören dazu auch Alarmsysteme und Notfallknöpfe. Das ist in vielen Einrichtungen bereits etabliert.

Das Thema „Videoüberwachung“ erfordert auch einen sehr sorgsamem Umgang. Ich halte es für zwingend erforderlich, da zielgerichtet vorzugehen. Da muss man sicherlich den gesamten Kontext sehen. Das sind Krankenhäuser je nach Region, je nach Leistungsbereichen. Die Notaufnahmen sind sicherlich ein Fokusbereich. Wie kann es uns gelingen, dort zum Beispiel über Videoüberwachungssysteme mehr Prävention in Abwägung der Persönlichkeitsrechte unserer Patientinnen und Patienten herzustellen?

In Summe, und vielleicht schließe ich damit, wäre der Wunsch der KGNW, am Ende eine Unterstützung unserer Krankenhäuser in einer Form herbeizuführen trotz – das ist hinlänglich bekannt – extrem schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in einer historischen Defizitkrise. Diese Investitionen, die erforderlich sind, sind letztlich Umverteilungen. Es ist hochpriorisiert bei vielen Kolleginnen und Kollegen in der Unternehmensleitung unserer Krankenhäuser. Dennoch würden wir uns, gerne zweckgebunden, ein Maßnahmenprogramm für die Umsetzung dieser skizzierten Maßnahmen wünschen.

Erlauben Sie mir abschließend den Hinweis: null Toleranz. Auch das ist etwas, was zwingend Teil der Unternehmenskultur sein muss und in jedem Krankenhaus Chefsache des Topmanagements ist. Das heißt, auch da eine klare Nulltoleranz-Linie zu fahren, damit wir unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern diese Wertschätzung gegenüber bringen und auch den Rücken stärken. Denn oft genug, das wissen Sie auch, wird teilweise schon einiges an Gewalterfahrungen akzeptiert, quasi zum Job zugehörig. Das darf gar nicht erst sein. Das kann nicht sein. Da müssen wir gemeinsam alles dagegensetzen, um diese rote Linie aufrechtzuerhalten.

**Dr. Laura Dalhaus (Hausärztinnen- und Hausärzterverband Westfalen Lippe):** Vielen Dank für die Einladung. – Eine Sache ist bisher nicht zur Sprache gekommen. Dazu möchte ich explizit Stellung nehmen.

Ich habe in der Medizin alles erlebt, was man erleben kann, als Chirurgin und Notärztin auf der Straße, im Schockraum, auch was Gewalt angeht; aber es gibt in den Hausarztpraxen einen ganz entscheidenden Unterschied. Das ist die persönliche Bedrohung. Im Krankenhaus, in der Notaufnahme sind Sie relativ anonym. Auch auf der Straße sind Sie relativ anonym, wenn Sie die Einsatzkleidung, den Arztkittel wieder ausziehen. Das ist in den Praxen nicht der Fall. Deshalb ist die Bedrohung da viel unmittelbarer, und sie ist auch deutlich nachhaltiger.

Ein Wort ist auch noch nicht gefallen. Das ist die Bedrohung im Internet. Da kommt ein ganz entscheidender Punkt dazu: Ich darf mich dagegen nicht wehren. Wenn ich aus medizinisch nachvollziehbaren Gründen oder schlicht und ergreifend, weil ich es nicht darf, bestimmte Dinge nicht rezeptiere – BTM, Physiotherapie; das Fass möchte ich hier gar nicht aufmachen – und ich daraufhin im Internet beleidigt werde, darf ich aufgrund der Schweigepflicht dazu nicht mal Stellung nehmen.

Das heißt, wir haben in den ambulanten Praxen eine ganz besondere Situation – weniger die körperliche Gewalt, die die Kollegen in der Notaufnahme eher kennen, aber eine persönliche Erfahrung, eine persönliche Bedrohung. Das ist vielleicht mancherorts sogar zu vergleichen mit dem öffentlichen Druck, den der eine oder andere Pfarrer, der eine oder andere Bürgermeister in einer Kommune kennt.

Zum Zweiten, und dafür möchte ich werben: Es ist immer sehr teuer und in der Medizin grundsätzlich zweite Wahl, Symptome zu bekämpfen und die Symptombekämpfung zu finanzieren. Ich würde immer dafür werben, die Ursachenbekämpfung zu finanzieren. Und als Ursachen haben wir zwei Dinge.

Punkt eins: in der Tat das gesteigerte Anspruchsdenken. Wir Deutschen gehen einfach zu häufig zum Arzt. Punkt. 24/7, 365 Tage im Jahr eine hochmoderne, fachärztliche Versorgung: Es muss den Menschen, den Bürgern klargemacht werden, dass das nicht mehr zu finanzieren ist.

Punkt zwei: Die Menschen erleben in existenzieller Not einen dysfunktionalen Staat. Das muss ich so klar sagen. Warum? Die Hausarztpraxis ist die Schnittstelle für sämtliche Sozialversicherungen. Meine Unterlagen werden für alle möglichen weiteren staatlichen Stellen angefordert. Wenn die Deutsche Rentenversicherung acht Monate für die Bearbeitung eines Übergangsgelds braucht und der Sacharbeiter meinen Patienten sagt „fragen Sie doch mal den Vermieter, ob der auf Ihre Miete verzichtet“, dann bekommt mein Praxispersonal diese Wut und diese Aggression mit.

Das heißt, das Gesundheitssystem und seine handelnden Personen sind in dem Fall Repräsentant eines dysfunktionalen Gesundheitssystems, was sich konkret auf das Leben und Erleben der Menschen auswirkt. Deshalb mein klarer Appell – ich weiß, wir sind hier in NRW, es ist ein Ausschuss im Landtag: Wir müssen dringend die Ursachen bekämpfen. Auf jeden Fall ist eine Strafverschärfung, glaube ich, das entscheidende Momentum, um abzuschrecken. Aber jetzt Töpfe aufzumachen, um ein Problem zu beheben, ohne die Ursachen anzugehen, halte ich, ehrlich gesagt, für den völlig falschen Weg.

**Sandra Postel (Pflegekammer NRW):** Ich werde erst mal etwas Grundsätzliches sagen, dann konkret zum Thema Gewalterfahrungen an Dominik Stark abgeben, und dann die konkreten Fragen bearbeiten. Zum einen würden wir das ganze Thema „Gewalterfahrung“ – Frau Schneider, das haben Sie angesprochen – darüber gut darstellen können. Bei Frau Thoms und Herrn Hagemeyer ging es um reaktive und präventive Maßnahmen bis hin zu den konkreten Fragen von Frau Weng, wo die Ressourcen hin müssen.

Ich möchte vorher ganz klar sagen, damit das deutlich wird, von unserem Ethos als Gesundheitsleistungserbringer\*innen gesehen: Wir wollen allen die Versorgung zukommen lassen, die gebraucht wird. Das knüpft an das an, was Frau Dr. Dalhaus gesagt hat. Die Situation, dass jemand in die Praxen und Einrichtungen kommt, das tut er nicht aus einem kriminellen Gedanken heraus, sondern er ist in einer existenziell bedrohlichen Situation, und es kommt hier zu einem falschen Verhalten. Natürlich werden wir immer Respekt einfordern wollen, zum einen für unsere Kolleginnen und Kollegen – Herr Ernst hat es klar gesagt: Die Oberste Heeresleitung ist hier gefragt. Die Haltung muss klar unterstützt werden.

Zu guter Letzt müssen wir alle von Ihnen in der Politik auch geschützt werden, und zwar grundsätzlich, damit wir klarhaben: Es geht nicht um Kriminalisierung, es geht um Systembearbeitung, damit die Menschen die Versorgung erhalten, die sie brauchen.

Eines steht auch fest: Gewalt ist ein hoch unökonomischer Aspekt im System. Er kostet wahnsinnig viel Geld. Das können wir sicherlich mit einer besseren Ressourcenverteilung besser aufarbeiten.

**Dominik Stark (Pflegekammer NRW):** Ich berichte aus der direkten Praxis. Zu meinem Hintergrund: Ich bin selber tätig als Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Intensivpflege und Anästhesie auf der Intensivstation und in der zentralen Notaufnahme, also genau in dem Brennpunkt in einem Krankenhaus, wo es zu sehr vielen Gewaltübergriffen kommt. Erst in der letzten Woche in meinen Schichten hatten wir genau wieder diese Erfahrung, dass wir eine sehr grobe physische Gewalt erleben mussten, die mit einer Fixierung geendet ist, also einer Situation, die für alle Beteiligten nicht in Ordnung und nicht schön ist.

Zu der Frage, welche Auswirkungen das auf das Personal hat, kann ich sagen: Es gibt leider keine belastbaren Zahlen in diesem Zusammenhang, dass wir sagen können: Soundso viele Menschen sind aufgrund von einer gewissen Gewalttat aus diesem Beruf ausgetreten.

Es gibt in der Praxis die Erfahrungen, dass viele Kolleginnen und Kollegen die Bereiche, in denen sehr viel Gewalt passiert, verlassen, ihre Arbeitszeit reduzieren oder im Endeffekt in einem Coolout-Syndrom enden, indem sie sagen: Mir ist vieles egal. Ich versuche, nur noch das zu machen, was ich gewährleisten kann, weil die Situation teilweise so gefährlich für mich ist und ich mich nicht mehr traue, vielleicht auch alleine mit einer Patientin oder einem Patienten in einen Behandlungsraum zu gehen.

Das sind alles zusätzliche Belastungen, die in der Praxis zu den anderen Rahmenbedingungen, die uns die Arbeit sehr erschweren, noch hinzukommen. Wir haben es gerade auch aus dem Bereich der hausärztlichen Versorgung gehört: Die Verschiebung in unserem System führt dazu, dass wir in den Notaufnahmen ein sehr hohes Aufkommen von Patientinnen und Patienten haben, die an dieser Stelle nicht richtig sind, die dort eigentlich nicht versorgt werden müssten. Und wir müssen dann am Ende des Tages in der Praxis mit den Aggressionen, mit Frust etc. umgehen können. Das sorgt für Frustration beim Personal. Aus persönlicher Erfahrung weiß ich, dass es Tendenzen gibt, dass Menschen den Beruf deshalb verlassen oder ihre Position wechseln. Auch glaube ich, dass wir hier einen großen Dunkelzifferbereich haben, wobei wir mit Nachdruck versuchen müssen, hier Zahlen zu kriegen.

Eine Frage, die ich gerne aufnehmen möchte, ist die vulnerable Gruppe, nach der gefragt wurde. Ich kann sagen, dass in den letzten Jahren, insbesondere meine Kolleginnen und Kollegen mit Migrationshintergrund, sehr häufig von Gewalt betroffen sind. Das ist ein Riesenproblem. Ich habe die Sorge, dass wir politisch da nicht gut genug hinsehen. Denn wir müssen unsere Kolleginnen und Kollegen schützen. Es kann nicht sein, dass sie nach Deutschland kommen, hier arbeiten und dann aufgrund ihrer Herkunft Gewalt erfahren. Da müssen wir verschärft drangehen. Das ist gerade in der Praxis ein Riesenproblem.

**Sandra Postel (Pflegekammer NRW):** Um das auch noch mal kurz zu verstärken: Wir wissen aus der Gewaltforschung, dass Diskriminierungsmerkmale sich potenzieren, was Gewalterfahrungen angeht. Deswegen ist das ein wesentlicher Punkt, auf den man sowohl in Qualifizierungsmaßnahmen als auch in unserer gesamten Stimmung in Deutschland eingehen muss.

Wir haben es vorhin gehört, da würde ich vollkommen zustimmen. Wir saßen vor zwei Jahren schon mal hier. Frau Weng hat es angesprochen. Die Situation der Gewalterfahrungen hat sich eher verstärkt, als dass sie geringer worden ist. Das ist etwas, das einen auch frustrieren kann. Wir arbeiten auch mit Ihnen hier schon so lange an dem Thema, es gibt einen Runden Tisch gegen Gewalt. Die Maßnahmen wurden auch in den Blick genommen. Aber wir können nicht sagen, dass da konkret genug getan wird, und zwar im Zeitgeist eines Wahlkampfes, der stattfindet: Es regnet sich eins zu eins bei unseren Kollegen ab, was auf der politischen Bühne in Berlin passiert.

Ganz konkret reaktive und präventive Maßnahmen: Wir haben das Thema „Qualifizierung“ angesprochen. Ich möchte noch mal auf das wichtige Thema „Patientensteuerung“ eingehen. Das sind Grundsätze, die in den unterschiedlichen Stellungnahmen angesprochen worden sind. Wir haben keine gute Patientensteuerung in Deutschland.

Wir hatten ein Fallbeispiel – das könnte Herr Stark auch noch mal anführen –: Wir wissen eigentlich, dass jemand in die Notaufnahme kommt, der da überhaupt nicht hingehört. Er wird abgewiesen, auch in guter Abstimmung. Trotzdem entsteht danach eine Großkaskade. Es kommt zur Beschwerde. Chefärzte vor Ort trauen sich danach nicht mehr, jemanden abzuweisen. Es gibt eine Anordnung, dass jeder aufgenommen werden muss. Und auf einmal sind wir genau in der anderen Situation. Im Grunde sind die Systeme alle da. Wir nutzen sie an vielen Stellen nicht konsequent vor Angst, dass es rechtlich zu Schwierigkeiten kommt.

Das wiederum führt zu diesem Overcrowding-Effekt. Der Overcrowding-Effekt bedeutet, dass sich Patienten nicht gesehen fühlen, dass sie Angst haben, dass sie übersehen, vergessen werden. Das erhöht das Gewaltpotenzial maximal. Deswegen muss das Thema „Patientensteuerung“ in Deutschland angegangen werden. Es gibt sehr gute internationale Beispiele.

Das wäre eine grundsätzliche Bearbeitung und würde vielleicht auch dazu führen, dass wir gar nicht so viel in Baumaßnahmen investieren müssen – immer mit dem Blick darauf: Wir können auf zwei Ebenen Baumaßnahmen betrachten, einmal auf der Ebene Schutz und Sicherheit. Das heißt Hochziehen der Wände. Das führt allerdings wirklich nicht zur Übersichtlichkeit; da ist einfach die Frage, in welche Richtung wir hier agieren wollen.

Wir brauchen übersichtliche Räumlichkeiten. Wir brauchen Räumlichkeiten, in denen Menschen gesehen werden und nicht, um sich abzuschotten. Deswegen sind wir in unserer Stellungnahme so weit gegangen zu sagen: Diese Wege, die gegangen werden, zum Beispiel Saferooms in den Notaufnahmen aufzubauen, halten wir für eine Dynamik der Abschottung, die da entsteht, die eher kontraproduktiv ist.

Das Thema „Sicherheitspersonal“ wäre, wenn es refinanziert wäre, natürlich eine Möglichkeit. Kollegen aus dem Sicherheitspersonal, die in einem professionellen Team mitarbeiten, müssen extrem gut geschult werden. Wir stellen immer wieder in Refinanzierungsmaßnahmen fest, dass teilweise zwar etwas zur Verfügung gestellt wird, aber die Kollegen – ich nenne sie jetzt bewusst Kollegen – müssen im System tatsächlich ankommen und dürfen nicht wie ein Fremdkörper vorne vor der Tür stehen. Sonst habe ich eher eine Eskalationsstufe als eine Deeskalationsstufe.

Wenn wir also über Maßnahmen sprechen, müssen wir immer auch über Schulungsmaßnahmen sprechen, was es bedeutet, wenn wir das so umsetzen wollen.

**Jessica Odenthal (Klinikum Leverkusen, Stabsstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement):** Ich greife neben meinen Vorrednern noch einmal das Thema auf, möchte aber den Sichtpunkt ein bisschen wandeln und statt Gefährdung einmal über Sicherheit sprechen.

Wann fühlt sich ein Mitarbeiter sicher in einem Unternehmen? Wann ist Gewalt, die wir aus unserem Alltag leider nicht mehr wegdiskutieren können, kein Faktor, den Arbeitsplatz zu verlassen? Da ist das Unternehmen eine ganz wichtige Stellschraube. Eine Nulltoleranzpolitik, wie Dr. Ernst schon gesagt hat, ist unerlässlich. Aber danach muss etwas folgen. Es braucht eine systematische Erfassung – nicht nur eine Erfassung von Mitarbeitenden, die letzten Endes ausfallen, sondern auch die verbale Erfassung in einem Unternehmen: Wo haben wir Schwerpunkte? Das muss nicht immer in Form von Namensnennung geschehen, sondern es sollten auch anonyme Meldungen möglich sein.

Wir müssen die Mitarbeiter vorbereiten. Sie müssen die Kompetenzen haben, sich selbst in Gewaltsituationen schützen zu können und die Selbstwirksamkeitserwartung zu haben, eine Situation, die aufgrund einer Krise potenziell explosiv ist, heil verlassen zu können, aber auch intern zu wissen: Wie sind meine Meldewege? – Da kommt das Thema „Sicherheitskonzepte“ zum Tragen. Und vor allen Dingen: Wer ist mein fester Ansprechpartner im Unternehmen? Wie ein Brandschutzbeauftragter sollte ein Gewaltschutzbeauftragter fester Ansprechpartner sein, der dieses Thema tagtäglich in den Unternehmen, in der Gesellschaft publik macht und sagt: Das ist nicht Teil unseres Alltags. Das brauchen wir nicht. Wir wenden uns gezielt dagegen, dass dieses Thema präsent bleibt.

Dieser Ansprechpartner kann auch im ersten Schritt begleiten. Das ist diese Unterstützung, diese Sicherheit, die das Personal wahrnimmt. Wir stellen zum Beispiel konsequent für jeden Gewaltvorfall einen Strafantrag vom Klinikum aus. Wir freuen uns, wenn der Mitarbeiter uns unterstützt und sich dem anschließt. Aber es ist nicht verpflichtend. Wir sagen als Außenwirkung, als Signal auch an unsere Mitarbeitenden: Wir beziehen die Polizei mit ein. Wir brauchen diesen Schutz. Wir brauchen die Zusammenarbeit. Und das trägt sich auch im Kollegium fort.

Es gibt Vorfälle auf einer Station – nehmen wir das Thema „sexualisierte Gewalt“, was gerade bei unseren jungen Auszubildenden ein großes Thema ist –: Fühle ich mich sicher? Fühle ich mich unterstützt? Für uns ist es wichtig, dass die Leute wissen: Dieses Unternehmen unterstützt mich.

Dabei kann auch die Politik unterstützen – sei es in Form einer Regelung zur Unterstützung, bauliche Maßnahmen umzusetzen, die Förderung von Schulungen, aber auch dadurch, dass etwa ein Beauftragter zum Thema „Gewalt“ zum System einfach dazugehört.

**Vorsitzender Josef Neumann:** Danke schön. – Aus dem Elisabeth-Krankenhaus in Essen, wo es zu diesem Thema auch die eine oder andere Schlagzeile gegeben hat, Frau Sturm.

**Simone Sturm (Elisabeth-Krankenhaus Essen):** Ich bin heute gekommen als Vertreterin einer Einrichtung, die von Gewalt sehr betroffen war. Nach dem 20. September – dieses Datum hat sich bei uns im Elisabeth-Krankenhaus eingeprägt – sind wir auch in den Medien stark vertreten gewesen.

Ich möchte nicht das, was von den Vorrednern schon gesagt wurde, wiederholen. Vieles habe ich wiedergefunden, auch den Hinweis, insbesondere von Frau Dr. Dalhaus und Frau Postel, dass wir als Einrichtungen insofern machtlos sind; denn diese Gesellschaftsveränderungen merken wir natürlich auch in unseren Notaufnahmen.

Ich glaube, da ist es auch noch mal ein Unterschied, wo sich eine solche Einrichtung oder ein Krankenhaus befindet. Leidvoll ist es im Elisabeth-Krankenhaus Essen so: Wir haben 65.000 Menschen jährlich in den Notaufnahmen. So viele Kontakte haben wir; um sich mal eine Größenordnung vorzustellen. Mit diesen 65.000 Menschen in der Notaufnahme, aber auch auf der Station – bei den stationären Fällen gibt es Wiederkehrer, es gibt die Suchterkrankten, die Obdachlosen – ist so ein Krankenhaus in der Nähe eines Hauptbahnhofes in einer Großstadt in NRW auch noch mal ein bisschen anders, als wenn ich über eine kleine Eifelklinik spreche.

Deswegen zu der Frage nach der Gießkanne: Die Gefährdungsanalysen müssen erst mal individuell sein. Das Prinzip Gießkanne ist, glaube ich, hier nicht richtig. Man muss gucken: Welche besonderen Gefährdungen hat hier eigentlich welche Institution, welche Einrichtung?

Herr Dr. Bergmann sprach eben von Portalpraxen. Das ist im Grunde ähnlich wie unsere Notaufnahmen. Wir können nicht sagen: Wir behandeln hier keine Patienten. Auch wenn der schwierige Fall, der schon gewalttätig war, uns zum dritten Mal in einer Nacht vom Rettungsdienst vor die Tür gestellt wird, dann können wir die Tür nicht zumachen. Wir haben eine Verpflichtung, diesen Patienten zu behandeln.

So gesehen ist noch mal sehr zu unterstützen, dass man sich mit Blick auf die Aufgabe der Gesundheitseinrichtung Gedanken macht, was man da den Menschen zum Teil auch zumutet. Das ist sicherlich nicht nur in den Praxen und Krankenhäusern so, sondern gilt auch für Einrichtungen in der Suchtberatung und was es auch immer sein mag.

Sie haben konkret gefragt: Gibt es gefährdete Gruppen? Das kam von Ihnen, aus der grünen Fraktion. Erst mal, würde ich sagen, gilt das für alle Berufsgruppen. Die sind gleichermaßen gefährdet, besonders aber die in der Patientenversorgung direkt Tätigen. Das ergibt sich von selbst. Aber es ist schon so, dass die Pflegenden in doppelter Hinsicht besonders gefährdet sind. Sie können sich einer solchen Gefahr oder Situation schlechter entziehen.

Ich kann als Pflegekraft auf einer Station nicht sagen, „ich gehe nicht zu dem Bett,“ „ich gehe nicht zu dem Patienten, der mir das dritte Mal schon an den Po gefasst hat“. Das geht nicht. Ich muss diesen Patienten trotzdem versorgen, während andere

Berufsgruppen vielleicht schon mal die Kontaktmöglichkeiten reduzieren können. Das kann die Pflege nicht. Es ist eine sehr intime, sehr körpernahe Tätigkeit. Insofern sind Pflegenden da vielleicht auch ein bisschen anders betroffen.

Und es sind Frauen in besonderem Maße hinsichtlich der sexualisierten Gewalt betroffen. Sie hatten eben schon darauf hingewiesen. Im Grunde wird das nicht erfasst, weil die Pflegenden oder überhaupt die Mitarbeiter in den Einrichtungen es fast als selbstverständlich ansehen, dass es sexistische Bemerkungen gibt. Ich will sie hier gar nicht alle wiederholen. Wir kennen diese Bemerkungen.

Das geht durchaus – genauso, wie Sie das sagten, Frau Dr. Dalhaus – personenbezogen. Da stehen die Namen. Da heißt es: „Ich weiß, wo du wohnst, ich komme heute Abend mal vorbei.“ Auch so etwas gibt es da, sodass wir uns inzwischen angewöhnt haben, den Mitarbeitenden freizustellen, ob sie ihren vollen Namen auf den Namensschildern haben möchten. Das hatten wir früher nicht, weil wir immer gesagt haben, Corporate Design, es ist wertschätzender, den Namen zu haben.

Davon mussten wir uns schon oft verabschieden, weil es da um den Schutz von Mitarbeitenden geht. Wenn das hilft, dann sind es eben auch solche Maßnahmen.

Sie hatten die Frage gestellt, was die nächsten Schritte nach dem Vorfall vom 20.09. sind. Ich kann jetzt nicht alles aufzählen, aber ich kann versichern, dass dieses Erlebnis im Elisabeth-Krankenhaus zu wirklich sehr konkreten Schritten geführt hat. Es sind bauliche Maßnahmen angeleiert worden. Wir hatten eine viel engere Kooperation mit der Polizei und der Berufsgenossenschaft.

Die Kooperation mit der Polizei haben wir als sehr wertvoll empfunden, mit Handlungsempfehlungen für uns – es gab auch ein Gutachten –, sodass die Frage nach einem Notknopf für uns nicht mehr vordergründig ist, sondern andere Empfehlungen – das ist sicher individuell für jede Einrichtung zu sehen – wie, den Mut zu haben, sich präventiv an die Polizei zu wenden und nicht erst, wenn die Gewalt ausgeübt wurde. Da haben wir eine ganze Liste. Diese Kooperation und der Austausch waren wirklich sehr wichtig. Vielleicht kann man so etwas stärker institutionalisieren.

Ich nehme das Beispiel Brandschutz. Da ist es auch so, dass die Feuerwehr immer schon einen Auftrag hat, mit beim Brandschutz zu helfen. Genauso könnte das auch in der Zusammenarbeit mit der Polizei aussehen. Das wäre vielleicht so eine Idee, wie man diesen Einrichtungen helfen könnte.

Ganz konkret ist es auch so: Wir hatten vorher schon einen Sicherheitsdienst. Wir haben den jetzt rund um die Uhr, im Moment mit zwei bis drei Personen. Das werden wir in der Größenordnung nicht halten können. Da ist dann die Frage, welche finanziellen Hilfen in der Zukunft weiter möglich sind.

Die Außentüren wurden verschlossen. Wir haben ein neues Schließkonzept. Wir haben eine neue Hausordnung. Die Frage ist, wie man die Hausordnung dann umsetzt; dass man die Pflegekraft nicht mit den Menschen auf der Station alleine lässt, die sich nicht an die Ordnung halten. Das geht nicht. Die Pflegekraft kann eine solche Auseinandersetzung nicht alleine im Patientenzimmer führen.



Damit sind viele Fragen verbunden. Es ist auch kein Prozess, bei dem ich sagen würde, wir haben jetzt alles im Griff, sondern es ist tatsächlich eine längerfristige Arbeit. Die KGNW hat einen Leitfaden herausgegeben, den wir sehr hilfreich finden. Wir sind dabei, diese Konzepte der Reihe nach zu prüfen und Schritt für Schritt in die Umsetzung zu gehen.

Fluchräume spielen durchaus eine Rolle, aber mehr in der Hinsicht, dass wir eigentlich definieren: In jedem Bereich gibt es oben eine Tür. Da kann man hinrennen, und die kann man zuziehen; die kann von außen nicht geschlossen werden.

Das sind nur so kleine Beispiele. Die Erarbeitung findet in Kooperation mit unserer technischen Abteilung statt. Es mussten sehr viele Ressourcen an verwendeter Arbeitszeit einfließen, was uns sicherlich auch in Zukunft beschäftigen wird.

Diese Ressourcen, die man einbringen muss, fehlen uns an anderer Stelle in der Patientenversorgung, in der Planung. Da wünschen wir uns von der Politik etwas mehr Bereitschaft, auch solche Ressourcen oder solche Projekte zu fördern, weil das wirklich in die Hunderttausende geht, wenn man alles zusammenrechnet.

**Vorsitzender Josef Neumann:** Damit sind wir am Ende der ersten Fragerunde. – Es gibt schon Wortmeldungen. Daniel Hagemeier, Meral Thoms, Susanne Schneider. Christina Weng. Daniel Hagemeier, bitte schön.

**Daniel Hagemeier (CDU):** Ich habe eine Nachfrage konkret an Frau Dr. Dalhaus. Sie sprachen in Ihren Ausführungen darüber, die Ursachen zu bekämpfen, und hatten Strafverschärfungen mit angesprochen. Gibt es etwas, was Sie sich konkret vorstellen? Was könnte Politik aus Ihrer Sicht kurzfristig umsetzen? Vielleicht haben Sie da einen ersten Ansatz.

Meine zweite Frage geht an alle. Wie erfolgversprechend sind Deeskalationstrainings, Sensibilisierungskampagnen oder auch Respektkampagnen? Ist das etwas, was von Landes- und Bundesseite aus viel stärker unterstützend mit einfließen sollte? Wie sehen Sie das? Vielleicht können Sie auf die Frage, weil sie an alle gerichtet ist, kurz und knapp aus Ihrer Erfahrung und Sicht antworten.

**Meral Thoms (GRÜNE):** Vielen Dank an alle Sachverständigen für die aufschlussreiche erste Runde. Ich habe tatsächlich auch Fragen, die sich an alle richten. Ich greife Impulse auf, die von Herrn Stark kamen. Er hat von der hohen Dunkelziffer berichtet, die wir bei Gewalttaten haben. Deswegen die Frage an alle: Gibt es eine systematische Erfassung von Gewalttaten, oder ist das geplant?

Dann hatte Herr Ernst gesagt: Ein Erfolgsfaktor ist, wenn das Management dafür sensibilisiert ist. Gibt es Meldewege über die eigene Organisation hinaus? Wenn ich – jetzt nur als Beispiel – in einer Arztpraxis arbeite und vielleicht in einem seltenen Fall das Management, der leitende Arzt, die leitende Ärztin nicht sensibilisiert sind für das Thema: Gibt es da Meldewege über die Organisation hinaus? Welchen Einfluss hat ein Meldesystem, wenn es da ist – oder auch nicht – auf die Qualität der Nachsorge, also wie Opfer von Gewalt begleitet werden können?

Dann greife ich noch mal heraus, was Herr Stark zu der besonders vulnerablen Gruppe der Beschäftigten mit Migrationshintergrund gesagt hat. Vielleicht mag er und auch die anderen, wenn Sie mögen, dieses Thema näher beleuchten. Was sind die besonderen Herausforderungen? Sind die Organisationen sensibilisiert für dieses wichtige Thema „Diskriminierung“ und auch „Rassismus im Gesundheitswesen“? Das hatten wir als Thema bei der letzten Anhörung.

Dann hätte ich gerne vertiefend eine Einschätzung zu dem Thema „sexualisierte Gewalt“, „Frauen als vulnerable Gruppen“, was Frau Sturm angesprochen hat. Wo müssen wir da besonders drauf achten? Was sind Schutzmaßnahmen, die vielleicht besonders erfolgreich sind, um Frauen zu schützen?

**Susanne Schneider (FDP):** Meine nächste Frage richtet sich auch an alle. Was erwarten Sie denn von Politik und insbesondere von der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen, um den Schutz vor Gewalt gegenüber den Beschäftigten im Gesundheitswesen zu verbessern?

Noch eine Frage, auch an alle: Sie haben in einigen Stellungnahmen angesprochen, dass weder landes- noch bundesweit eine statistische Erfassung von Gewalt im Gesundheitswesen erfolgt und dass eine hohe Dunkelziffer von Gewaltvorfällen bestehen könnte. Jetzt ist die FDP sicher nicht im Verdacht, besonders viel Bürokratie zu wollen. Aber wie könnte die Erfassung von Gewaltvorfällen Ihrer Meinung nach verbessert werden, und das auch relativ unbürokratisch?

Die letzte Frage geht an Frau Odenthal. Ich habe mich vorher mit Ihrem Haus beschäftigt. Sie bieten auch Schulungen für Mitarbeiter\*innen an, wie diese sich vor Gewalt schützen und auch wehren können. Das sind, wenn ich das richtig verstanden habe, richtige Kurse, die Sie da veranstalten. Ich finde es schlimm, dass man das Ganze heutzutage braucht. Es wäre prima, wenn Sie zwei, drei Sätze dazu sagen könnten, was Sie da anbieten.

**Christina Weng (SPD):** Vielen Dank an meine Vorredner für die Fragen. Dunkelziffer finde ich einen wichtigen Aspekt. Die Art der Meldung, um sie tatsächlich so valide zu machen, um daraus dann Maßnahmen herzuleiten, finde ich wichtig. Den Migrationshintergrund hatten wir 2023 tatsächlich schon mal beleuchtet. Vermutlich hat sich die Situation nicht nennenswert geändert. Das wären auch meine Fragen gewesen.

Ich würde sie komplettieren mit Folgendem: Wir haben in Nordrhein-Westfalen in der Größenordnung von ungefähr 18 Millionen Patientenkontakte. Wir haben ungefähr eine Million Vollzeitkräfte in der Pflege, vermutlich mehr durch den Teilzeitaspekt, weil der sehr hoch ist. Wir sprechen jetzt von Karenztagen, die zulasten der Mitarbeitenden gehen sollen, obwohl wir wissen, dass wir hier nicht über Bagatellen sprechen, wir beschäftigen uns mit diesem Tag. Das trifft auch ganz hart das Gesundheitswesen und alle Dienstleistenden. Ist das der richtige Weg?

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank. – Es sind alle angesprochen worden. Bitte schön, Herr Ernst.

**Dr. Matthias Ernst (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen [per Video zugeschaltet]):** Punkt eins war die Nachfrage nach der Respekt-Deeskalationskampagne. Es ist sicherlich, wir haben das in unserer Stellungnahme auch geschrieben, zu begrüßen, da auch ein gemeinschaftliches Bild gegenüber unseren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu haben, die wir schützen wollen, für die wir einstehen im Sinne einer unverhandelbaren Fürsorgepflicht.

Gleichwohl ist da immer die Frage nach der Erwartungshaltung an eine solche Kampagne: Wer ist Empfänger? Welche Erwartungshaltung habe ich? Erreichen wir die Zielgruppe? Das muss auch gut überlegt sein. Es ist etwas, das einen harten präventiven Outcome hat. Da mögen die Kolleginnen und Kollegen aus der operativen Sicht sicherlich auch noch mal ihre Meinung zu beitragen. Ich denke, wir sollten die Kolleginnen und Kollegen immer einbinden, was ihre Erwartungshaltung ist und priorisieren, wie der Erfolg einer solche Respekts- oder Deeskalationskampagne aussehen kann – ich hatte das eingangs erwähnt: eine sehr konkrete Unterstützung in weiteren Maßnahmen unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses.

Frau Sturm hatte sehr eindrücklich die Intensivierung der auch schon bestehenden Maßnahmen geschildert und auch, welcher Aufwand das ist. Das ist keine Akutsituation, sondern ein Dauerlauf. Das ist etwas, was institutionalisiert in bestehende Krankenhausinfrastruktur eingeflochten werden muss. Das sind Maßnahmenkonzepte, die dauerhaft sind. Es ist das Beauftragtenwesen, es sind Schulungen. Das ist etwas, was einen hohen Aufwand erfordert. Aber da führt kein Weg dran vorbei.

Bei der Erfassung ist es sicherlich so, dass wir kein vollständiges Bild über alle Art von Vorfällen von Gewalt haben. Wir haben interne Meldewege. Das ist so. Ich darf das aus der eigenen Erfahrung und aus dem eigenen Haus berichten. Es ist wichtig. Wir müssen es transparent machen. Wir müssen es den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei jedweder Form von Gewalterfahrung niederschwellig über Beauftragte, über zentrale Anlaufstellen, auch intern Anonymität schützend über Meldeportale, die wir im Einsatz haben, möglich machen, da zu berichten und sich an Vertrauenspersonen zu wenden. Und danach müssen Maßnahmen wie eine konsequente Ahndung und Reaktion auf die Gewalt erfolgen und am Ende die gute, begleitete Nachsorge.

Ich habe ein bisschen Bauchschmerzen bei dem Thema „Meldung und Erfassung“ – wie viel brauchen wir? Wir haben jetzt schon einen wahnsinnigen Bürokratieaufwand. Das heißt, zielgerichtet zu gucken, wie wir, das unterstützen wir KGNW-seitig, Transparenz herstellen können. Mögliche Ankerpunkte wären auch die polizeiliche Kriminalstatistik, die da nachgeschärft werden kann, um diese Delikte, diese Gewaltvorfälle vielleicht über ein Meldeportal zielgerichtet zu erfassen.

Die enge Zusammenarbeit mit den Kreispolizeibehörden, auch da sind wir in einem guten Austausch, halte ich für einen der ganz wichtigen Ansatzpunkte, um da zu sensibilisieren, frühzeitig die Kolleginnen und Kollegen der Polizei mit in solche Konzepte einzubinden. Da zu sein, jederzeit erreichbar, auch kurzfristig: Vielleicht wäre das etwas, was man im Rahmen eines Meldeportals übergreifend in den Blick nehmen kann.

Nochmal: Die Bürokratie sollten wir da auf jeden Fall im Blick halten. Wir erleben es im Alltag im Krankenhaus, dass gesagt wird: Ach Mensch, ich habe gar keine Zeit, ich

bin jetzt Betroffene; muss ich das überhaupt melden? Ab welchem Schweregrad eines Gewalterlebnisses muss ich das melden? Da erleben wir alle Schattierungen. Wir haben die klare Haltung, dass wir null Toleranz gegen jedwede Form haben, dann aber auch ein gutes Meldesystem vorhalten, das zeit- und ressourcenschonend wirkt und dort ankommt, wo zentral ausgewertet werden kann.

**Simone Sturm (Elisabeth-Krankenhaus Essen):** Ich fange mal mit dem Thema „Deeskalationstraining“ an. Wie erfolgreich sind die? Die Messbarkeit solcher Maßnahmen ist immer ein bisschen schwierig. Wenn man unser Haus als Beispiel nimmt: Wir hatten schon Deeskalationstrainings, und es gab trotzdem den Vorfall. So einfach ist es dann leider nicht.

In der Stellungnahme habe ich diese Kaskade aufgezeigt, wie diese Gewalt entsteht. Wenn man in dieser Kaskade Risikogruppen mit existenziellen Ängsten hat und ganz am Schluss der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin mit einem persönlichen Fehlverhalten und schwieriger Kommunikation kommt, dann hat man möglicherweise genau dieses Fass, das zum Überlaufen kommt. Und dann kommt es zu Gewalt.

Das würde ich auf jeden Fall immer weiter fortführen und befürworten, weil das die letzte Hürde ist, die bei den Mitarbeitenden liegt. Die halte ich für sehr wichtig. Diese typische Äußerung, „stellen Sie sich mal nicht so an, Sie haben ja nichts“, kann am Schluss auch der Auslöser sein. Insofern halte ich es für richtig.

Respekt-Kampagne sehe ich mit einem Fragezeichen in dieser Akutsituation. Gleichwohl glaube ich, dass Kampagnen dieser Art den Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitswesen auch ein Signal geben können: Wir schätzen euch, wir schätzen die Tätigkeit. Aber das hat den Effekt der Gewaltprävention ehrlicherweise nicht ganz so, zumindest in den Fällen, über die wir hier im Krankenhaus sprechen.

Bei der systematischen Gewalterfassung sehe ich es ähnlich wie Sie, Dr. Ernst. Ich glaube, wir sollten nicht ein neues System aufbauen, sondern lieber über die Berufsgenossenschaften oder Arbeitsunfallerkennung gehen und dieses Berichtswesen so nutzen, dass wir Aussagen in den Einrichtungen treffen können. Auf der anderen Seite aber, was tatsächlich fehlt – das ist mir nach dem Vorfall auch klargeworden –: In der Kriminalstatistik tauchen diese Vorfälle nicht gezielt auf. Hier gibt es wohl keine Kategorie, so wie ich das verstanden habe. Das ist nicht so ganz mein Ressort.

Zum Thema „sexualisierte Gewalt und Schutz für Frauen“: Wie sind Frauen eigentlich zu schützen? Ich glaube, da liegt schon einiges in der Verantwortung der Führungskräfte und der Leitungen der Organisationen. Beispiel: keine Alleinarbeitsplätze. Das gilt natürlich nicht nur für Frauen, aber ist da noch mal besonders relevant.

Man muss aber auch drauf achten, dass sich die Kultur in einer Einrichtung entsprechend entwickeln kann. Wenn es üblich ist, dass auch die Mitarbeitenden sich gegenseitig sexualisierte Sprüche in ihren Funktionsabteilungen zuwerfen, dann entsteht eine Kultur in einem Haus, wo es scheinbar zur Normalität wird. Nicht dass das bei uns so wäre – das hoffe ich nicht –, aber dafür müssen sich Führungskräfte auch einsetzen und Sorge tragen, dass mit Mitarbeitenden, die sich da fehl verhalten, immer wieder das Gespräch gesucht wird, damit so etwas nicht zur Normalität wird.

Die Geschäftsführung und Krankenhausleitung muss dafür Sorge tragen, dass Hausordnungen eingehalten werden. Darauf hatte ich eben schon hingewiesen. Das sind aus meiner Sicht Maßnahmen, die den Schutz der Frauen insbesondere bringen können. Den 100-prozentigen Schutz kann es natürlich nicht geben, aber das sind alles kleine Puzzlestücke und kleine Maßnahmen.

**Jessica Odenthal (Klinikum Leverkusen, Stabsstelle Betriebliches Gesundheitsmanagement):** Erfolgsversprechende Kampagnen: Ich denke, das ist etwas, was die Politik sichtbar macht, was die Beschäftigten vor Ort unterstützt. Denn das ist ein Kulturwandel, wie Frau Sturm schon sagte: Die Pflege kann sich vor allem sexualisierter Gewalt nicht unbedingt entziehen. Aber auch in diesen Fällen, wenn das fünfte Mal die Hand auf dem Po landet, darf sich eine Pflegekraft klar positionieren. Und das wird durch solche Kampagnen auch unterstützt, die den Mitarbeitenden diesen Rückhalt geben: Auch die Politik unterstützt das – nicht nur das einzelne Unternehmen, sondern auch die Politik.

Die systematische Erfassung, nehmen wir die über die Unfallversicherer, ist wichtig. Ja, dann ist aber meist schon eine Arbeitsunfähigkeit erfolgt. Im eigenen Unternehmen ist gucken: Was fällt vor? Zielgerichtete Maßnahmen für Themen wie Diskriminierung, aber auch individuelle Präventionsmaßnahmen einzuleiten, ist einfach unglaublich wichtig. Es ist schön und gut, dass wir das erfassen, dass wir Maßnahmen ableiten. Aber, ehrlich gesagt, wissen wir nicht, welche Maßnahmen welche Wirkung haben.

Wir gucken: Welche Vorfälle haben wir? Welche Maßnahmen? Und welche Maßnahmen haben auch wirklich Effekte zur Folge? Da sind wir jetzt gerade auf dem Weg. Das sehe ich als nächsten Schritt an.

Schutz vor sexualisierter Gewalt spielt schon in der Pflegekräfteausbildung eine Rolle. Auch da muss dieses Thema noch deutlich stärker involviert werden, damit da einfach Kompetenzen aufgebaut werden. Das ist auch das, was wir in unseren Selbstschutztrainings machen. Wir nutzen dazu das berufsspezifische Interventions- und Sicherheitstraining der Polizei NRW, entwickelt in Recklinghausen, das auch Basis für die Initiative von „Sicher im Dienst“ ist und Basis für diese einheitliche Fortbildungskonzeption. Das heißt, das vom Europäischen Institut für Kriminalprävention validierte Programm stellen wir den Mitarbeitenden zur Verfügung.

Und der Erfolg gibt uns recht. Wir haben mit der Pädiatrischen Ambulanz und der Zentralen Notaufnahme gestartet. Die Befragung der Mitarbeitenden, die teilgenommen haben, zeigt signifikant: Danach fühlen wir uns sicherer – nicht, weil ich Gewalt vermeiden kann. Aber wenn ich mit einem Patienten in einem Zimmer alleine bin, weiß ich jetzt, wie ich mich verhalten muss, um sicher aus der Situation rauszukommen. Und es ist Ziel dieser Trainings, diese Sicherheit aufzubauen, dass eben dies geschehen kann.

Unsere Erwartungen an die Politik: Unterstützen Sie uns, gerne auch in Form von Förderprogrammen, dass wir das Thema weiter zum Wohle der Gesundheit unserer Mitarbeitenden vorantreiben können!

**Dominik Stark (Pflegekammer NRW):** Ich möchte auf die Dunkelziffer bei Gewalttaten eingehen und dabei den Blick aus der Praxis heraus geben, warum es oft so schwierig ist, diese Gewalttaten überhaupt erst zu erfassen.

Man muss sich vorstellen: In einer Zentralen Notaufnahme – ich habe einen 8-Stunden-Dienst, nachts zehn Stunden, und am Anfang meiner Schicht beginnt ein physischer Übergriff. Ich kriege einen drüber. Dann ist es oft so, dass die Schicht noch zu Ende gebracht werden muss und man trotzdem weiterarbeitet. Die Meldung wird oft am Ende des Tages leider nicht mehr erfolgen, weil der bürokratische Aufwand, eine Meldung zu erfassen, einen Gewaltübergriff überhaupt in das System, wenn es denn ein System beim Arbeitgeber gibt, hineinzukriegen, sehr hoch ist. Zum einen schreckt das schon viele Kolleginnen und Kollegen ab.

Auf der anderen Seite muss man sagen, dass das Thema „Gewalt“ – wenn man selber Gewalt erlebt hat – sehr schambehaftet ist. Das muss man auch noch mal sagen. Viele trauen sich vielleicht auch nicht, darüber zu sprechen, insbesondere, wenn es jetzt nichts Offensichtliches ist, also wenn man auf dem Flur sieht, wie vielleicht ein Patient oder eine Patientin jemandem einen drüberhaut. Wenn es andere Dinge sind, sexualisierte Gewalt, verbale Gewalt, dann ist es oft schwierig, das nachzuvollziehen oder überhaupt darzustellen. Dann wird es sehr schnell schambehaftet.

Dann ist es so, dass viele Leute Vertrauen in Meldungen verloren haben. Das habe ich schon vor zwei Jahren gesagt: Wenn Meldungen getätigt wurden, versanden die, nichts passiert. Oft fehlt der Rückhalt, es kommt nicht zur Strafanzeige o.ä. Deswegen begrüße ich es sehr zu hören, dass Arbeitgeber sich dahinter stellen und die Mitarbeitenden stärken und begleiten. Ich glaube, es ist ein essenzieller Punkt, dass man sich sicher fühlt zu sagen: Ich bringe das jetzt zur Anzeige. Ich traue mich, darüber zu sprechen.

Dann haben wir auch über die Statistik gesprochen. Leider werden viele Fälle von der BGB, Unfallkasse etc., wenn sie dort gemeldet sind, erst ab dem dritten Tag Krankheitsausfall in dem Register aufgenommen – viel zu spät. Wir haben gerade gehört: Verbale, sexualisierte Übergriffe müssen nicht unbedingt dafür sorgen, dass ich drei, vier oder fünf Tage zu Hause krankgeschrieben bin. Es kann sein, dass ich vielleicht einen Tag ausfalle. Es kann sein, dass ich gar nicht ausfalle, denn mittlerweile – das muss man sagen – sind wir als Personal im Alltag schon dran gewöhnt, dass wir verbal attackiert werden. Diese ganzen Fälle gehen nicht in die Statistik ein, und das ist ein Riesenproblem.

Meine Kollegin Sonja Wolf, ebenfalls Vorstandsmitglied von der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen, die heute leider erkrankt ist und nicht dabei sein kann, ist gerade in dem Prozess, ein übergreifendes Meldesystem zu entwickeln. Ich glaube, dass das ein wichtiger Schritt ist, dass es vernünftig ist, dass wir uns da dransetzen. Ich glaube auch, weil das gerade an anderer Stelle gesagt wurde, dass es essenziell ist, dass wir nicht immer das Rad neu erfinden, sondern dass wir auch mal über den Tellerrand schauen, miteinander sprechen und Systeme weiterentwickeln und gemeinsam Lösungen finden.

Fakt ist aber, dass es eine Möglichkeit geben muss, dass man zum einen Hinweise geben kann, dass man sich anonym melden kann, aber dann auch immer mit der nötigen Unterstützung sagen kann: Jetzt traue ich mich, den Schritt zu machen, auch die Strafanzeige zu erstatten und das Ganze sozusagen öffentlich zu machen. Aber dafür braucht unser Personal, insbesondere kann ich dort für die Pflege sprechen, brauchen unsere Kolleginnen und Kollegen die Unterstützung, um diesen Schritt zu wagen.

Vielleicht noch der letzte Punkt, weil ich direkt drauf angesprochen wurde, zum Thema „Migrationshintergrund“. Ein konkretes Beispiel kann ich Ihnen traurigerweise aus der letzten Woche berichten, dass ein Kollege von mir von der Patientin nicht mehr betreut werden wollte. Sie hat gesagt: „Ich möchte nicht mehr von jemandem betreut werden, der der deutschen Sprache nicht zu 100 % mächtig ist.“ Das sind leider alltägliche Sätze, die fallen. Für meinen Kollegen ist das eine enorme Kränkung, weil der schon ziemlich lange in Deutschland ist, sich hier hochgearbeitet hat, sehr qualifiziert ist, herausragende Arbeit leistet. Das sind leider immer wieder so Aussagen ...

Leider ist das noch ein Satz, der harmlos ist. Teilweise kommen da noch viel schlimmere Dinge. Das findet leider mittlerweile tagtäglich in vielen Bereichen, auch in den Notaufnahmen statt. Das ist etwas, warum ich auch meine, dass wir da schärfer hinschauen und etwas machen müssen, um die Kollegen zu schützen.

**Sandra Postel (Pflegekammer NRW):** Noch ein letzter Satz zu den Respekt-Kampagnen: Noch vor zwei Jahren hätte ich gesagt: „Mein Gott, nicht schon wieder eine Kampagne! Bringt uns das wirklich nach vorne?“ Ich glaube aber, aktuell geht es extrem um das Thema „Haltung“, wirklich von vornherein, von den Einrichtungen, von den Leitungen, aber auch von der Politik eine klare Nulltoleranzhaltung gegenüber Gewalt deutlich zu machen.

Damit verbunden muss die Awareness untergebracht werden, dass Meldungen okay sind. Wir kriegen immer wieder Rückmeldungen – ich bin selber auch in einer Initiative –, wo sich Kollegen aktuell gehäuft melden, weil sie sagen: Ich kann in der Einrichtung nicht mehr arbeiten. Ich bin krank geworden aufgrund von rassistischen Übergriffen. Gibt es eine Möglichkeit? Weil es dank Personalmangel kein Problem ist, eine neue Stelle zu kriegen, gehen sie dann da weg. Und wenn man fragt, ob sie es bei der BGW gemeldet haben, sagen sie: „Nee, komm, will ich gar nicht.“

Wir sind offensichtlich, was diese Transparenzfrage angeht, noch nicht an dem Punkt, dass wir sagen können: Das bringt etwas. Bei einer gemeinsamen Respektkampagne, ein gemeinsames „Melden ist wichtig“, da könnte Politik viel leisten.

Letzter Punkt zu dem Thema, was Politik noch konkret leisten kann, ist dieser Anspruch an Behördenzusammenarbeit. Wir haben unterschiedliche Register. Wir haben eben wieder gehört, dass Themen teilweise nicht aufgegriffen werden.

Das liegt auch daran, dass wir ein sehr unterschiedliches Gewaltverständnis in den unterschiedlichen Behörden haben, was wirklich Gewalt ist, wann etwas zur Meldung kommen muss: BGW erst mit Krankheitstagen; die haben ihren Grund, ein Register zu führen. Andere haben andere Gründe. Das Strafregister kommt dazu. Deswegen haben wir gesagt: Wir brauchen ein Melderegister für unsere Berufsangehörigen, was

auf Offenheit setzt und wo wir unser Gewaltverständnis sehr breit setzen, was auch verbale Übergriffe und ähnliches mit reinnimmt, einfach als zusätzliches Angebot. Das wird aber nur funktionieren, wenn wir das vernetzen. Und diese Vernetzung wird nur mit Digitalisierung funktionieren.

**Dr. Laura Dalhaus (Hausärztinnen- und Hausärzteverband Westfalen Lippe):** Wir in der Praxis haben in der Tat einen Vorteil gegenüber den Krankenhauseinrichtungen, nämlich das Hausrecht. Wir haben Hausrecht. Das heißt, wenn sich jemand danebenbenimmt, in welcher Form auch immer, dann werden Gelbe und Rote Karten verteilt. Die Rote Karte heißt Platzverweis, und die Person kann sich bitte eine neue Praxis suchen. Das ist ein großer Vorteil.

Ursache ist das Abwägen von zwei Interessen, einmal das Interesse Schutz des Personals, das Interesse, respektvoll behandelt zu werden, das Interesse nicht verbal angegangen zu werden – auf der anderen Seite das Interesse, dass jeder Patient Anspruch auf Hilfe hat. Und wer die nicht bekommt, da folgt sofort dieses Ominöse „unterlassene Hilfeleistung“. Das ist das Problem.

Es klang eben auch schon an. Wenn man wirklich den Schritt geht und sagt, hier sind Vorfälle passiert und ich möchte nicht, dass dieser Patient aus nachvollziehbaren Gründen noch mal in unserem Haus behandelt wird, dann ist das derart schwierig zu verargumentieren, dass das eigentlich nicht möglich ist und die Chefärzte in der obersten Etage dann sagen: Komm, vergiss es! Da steht immer der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung im Raum.

Da wäre es vielleicht schon mal richtig, ganz konkret die Frage zu stellen, wann unterlassene Hilfeleistung zulässig ist. Wenn einer beim Fußball einen Knickfuß bekommen hat, sich in der Notaufnahme aber benimmt wie eine offene Hose – der muss ja dann auch gehen können. Der wird an dem Knickfuß nicht sterben. Das ist dann keine unterlassene Hilfeleistung. Das heißt, ein Maß an Respekt, was jeder in seinem eigenen Haus, in seinem Unternehmen einfordert, muss auch für Institutionen der Gesundheitsversorgung gelten. Da kann nicht das Totschlagargument kommen, dass das unterlassene Hilfeleistung ist.

Ich habe es selbst erlebt, als ich ein BTM-Rezept verweigert habe. Derjenige hat die Polizei gerufen. Ich musste dann aufwändig erklären, warum ich diesem Menschen kein Betäubungsmittel verschreibe. Da muss man klar sagen: Wer hat hier welche Aufgabe? Wie sind bestimmte Dinge definiert? Und das Damoklesschwert der unterlassenen Hilfeleistung kann bitte nicht das Totschlagargument sein, dass sich medizinisches Personal alles und wiederholend gefallen lassen muss.

Das geht dann langsam über in die Frage der Bürokratie. Wo ist Beweislastumkehr? Warum muss das Krankenhaus, das Unternehmen, der Arzt, die Pflegekraft beweisen, dass das keine unterlassene Hilfeleistung war, wenn man schlicht und ergreifend feststellen kann: Hier hat sich jemand nicht an die Regeln des Zusammenlebens gehalten. Und ich rede jetzt nicht von einer Psychose. Das ist ein Krankheitsbild.

Aber bestimmte Regeln des Respekts sind einzuhalten. Wer sich nicht daran hält, verliert eben auch Rechte, in dem Fall Rechte, 24 Stunden am Tag in ein Krankenhaus



zu gehen, was einen immer mit offenen Armen aufnimmt. Ich sehe da ehrlicherweise keine andere Möglichkeit.

Ich sehe auch, wie schwierig das ist. Ich sehe aber auch nicht, warum Menschen in Gesundheitsberufen immer wieder Dinge ertragen müssen mit dem Zusatz „Ja, das gehört zum Job.“ Das macht dann keiner mehr. Und das ist auch keine Frage der Bezahlung. Pflegekräfte rufen schon seit Jahren nicht nach mehr Geld, sondern nach besseren Arbeitsbedingungen. Und dazu gehört auch respektvoller Umgang im Alltag.

**Dr. Frank Bergmann (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein):** Zu den Kampagnen ist viel gesagt worden. Ich glaube, dass Kampagnen, die das Signal von Wertschätzung nach außen geben und auch das Signal geben, dass wir die Dinge sehen und wahrnehmen, dass Politik das auch sieht, sicherlich sehr wertvoll sind. Auf der anderen Seite werden sie keine einzige Straftat verhindern. Das muss man auch sagen. Insofern ist das ein wichtiger Schritt, aber nur ein Baustein. Es braucht viele andere Dinge.

Was die Erfassung angeht: Wir haben uns bisher im KV-System einen Überblick verschafft über Umfragen, die wir teils auf Landesebene, teils auf Bundesebene gemacht haben. Ich werde aber nolens volens jetzt, jedenfalls in der KV Nordrhein, darüber nachdenken, ob wir eine Meldestelle etablieren und das systematisch erfassen, einfach, damit wir da auch regelmäßig Zahlen haben und die Tendenz erkennen können. Das scheint leider, muss man ja sagen, notwendig zu sein.

Was die ganz besondere Problematik der Angriffe auf Personen mit Migrationshintergrund angeht – Herr Stark, Sie haben das auch noch mal sehr deutlich gesagt –, da planen wir gemeinsam als KV-Systeme, als Kammern, der Krankenhaussektor und Fachgesellschaften eine gemeinsame Kampagne, die in Kürze starten soll, um auch diesen speziellen Aspekt zu beleuchten, der sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich wirklich unerträglich ist.

Frau Schneider, Sie haben gefragt: Was sind die ganz konkreten Erwartungen? Ich denke, ganz konkrete Erwartungen sind auf der einen Seite eine Strafrechtsverschärfung und mit der entsprechenden Wirkung darauf hin. Dazu habe ich vorhin schon etwas gesagt.

Das Nächste ist: Wenn wir Maßnahmen im Krankenhaus, aber auch in den Praxen, umsetzen, wie z.B. eine Videoüberwachung – sei es in den Notdienstpraxen oder aber auch in der Regelversorgung in unseren hausärztlichen Praxen oder an den Anmeldungen der Psychotherapeuten –, dann brauchen wir auch da Rückendeckung dafür, dass das alles legal ist, dass nicht der nächste Patient kommt und sagt: „Hier sind meine Persönlichkeitsrechte verletzt.“ Die müssen wir beachten. Das wollen wir auch vollumfänglich. Das muss alles einen legalen Rahmen haben. Es muss sicher sein, dass wir in dem Rahmen rechtssicher agieren.

Als Nächstes müssen wir über die damit verbundenen Kosten sprechen. Da würden wir uns wünschen, dass es eine Unterstützung gibt.

Aber ich will noch mal einen Schritt weitergehen. Frau Dalhaus hat in ihrem ersten Beitrag völlig zu Recht gesagt, in den Praxen werden – und das ist nicht nur bei den

Hausärzten so, das ist beispielsweise auch in meiner Praxis für Psychiatrie und Neurologie sehr häufig der Fall – ganze Scherbenhaufen auf den Schreibtisch gekippt, die mit dem primären medizinischen Problem vergleichsweise wenig zu tun haben. Das ist der ganze Ballast und all das – Sie haben das eben dargestellt, Frau Dalhaus –, von dem sich Menschen belastet fühlen, wobei sie glauben, dass sie das in der Arztpraxis ausleben können und wollen. Ich kann das zum Teil auch sehr gut nachvollziehen.

Gleichwohl müssen wir – das ist das Thema „Steuerung“, was Frau Postel eben eingefordert hat – über eine bessere Steuerung reden. Wir haben dafür Konzepte, insbesondere beginnend im Notdienstbereich. Da gibt es sehr gute medizinische Ersteinschätzungen, und wir können auf der Basis steuern. Wir können steuern in die Notdienstpraxis. Wir können den Hausbesuch im Notdienst steuern. Wir können in die Videosprechstunde steuern und vieles andere mehr. Diese Konzepte liegen auf dem Tisch.

Wenn wir das umsetzen, muss es aber auch eine Verbindlichkeit haben. Das ist wichtig. Wenn das nur eine Option ist, und man sagt: „Sie können morgen zu Ihrem Hausarzt gehen, das reicht völlig aus bei dem Problem, das Sie haben, wir können Ihnen eine Videosprechstunde anbieten,“ und er macht die Videosprechstunde, wo alles besprochen wird, und geht dann trotzdem noch in zwei weitere Portalpraxen, dann haben wir nichts gewonnen. Wir brauchen an der Stelle eine verbindliche Lösung, dass Patienten sich auch daran halten müssen. Das ist in Zukunft sehr wichtig. Sonst kriegen wir auch den Ressourcenmangel, den wir haben, in überhaupt keiner Weise gesteuert und bewältigt. Das ist ein ganz wichtiger Punkt.

Man darf nicht vergessen: Wir haben in Deutschland ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem. Das gerät in Vergessenheit. Vielleicht müssten wir daran auch arbeiten. Das hat leider dazu geführt, dass wir eine Flatrate-Mentalität haben. Wenn jeder zwei Hausärzte hat, und jeder zwei, drei, vier Zweitmeinungen einholt, dann ist das nicht mehr finanzierbar. Das ist etwas, was wir gerade im Moment beobachten. Auch an dieser Haltung müssen wir dringend arbeiten.

Dann bin ich bei dem Punkt „Karenztage“ und „Arbeitsunfähigkeit“. Sie haben das eben angesprochen. In der Tat haben wir das Problem, dass wir in Deutschland steigende Zahlen bei Arbeitsunfähigkeiten haben. Das ist so, auch im internationalen Vergleich. Ich glaube nicht, dass wir das Problem durch eine reine Verschiebung von Finanzen, indem wir den ersten Tag zulasten der Arbeitnehmer gehen lassen, lösen. Das wäre sicherlich zu kurz gesprungen.

Gleichwohl müssen wir an dem Problem arbeiten. Da gilt das Gleiche, was ich eben gesagt habe, für die Belastungen, mit denen Patienten in die Praxen kommen. Über die Arbeitsunfähigkeitszeit und über Krankschreibungen werden viele Probleme gelöst, die im weiteren Sinne ein medizinisches Problem darstellen. Da sind Konflikte am Arbeitsplatz und vieles andere zu nennen, wobei versucht wird, etwas über Arbeitsunfähigkeitszeiten zu lösen, was da eigentlich nicht hingehört.

Insofern braucht es dafür Lösungen. Ob ein Karenztag das Richtige ist, das wage ich stark zu bezweifeln.

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank, Herr Dr. Bergmann. – Wenn ich in die Runde schaue, habe ich noch eine Wortmeldung.

**Thorsten Klute (SPD):** Ich hätte noch eine Nachfrage ausdrücklich an die Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhausgesellschaft, weil das die beiden Organisationen sind, die sich in ihrer schriftlichen Stellungnahme ausdrücklich zur Rechtstechnik der Umsetzung der Strafrechtsverschärfung geäußert hatten.

Da gibt es unterschiedliche Ansätze. Sie haben sich beide dafür ausgesprochen, das in den §§ 113 bis 115 des Strafgesetzbuches zu regeln. Da geht es um Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte, was Ärztinnen und Ärzte und auch Pflegepersonal zumindest in den gewöhnlichen medizinischen Einsätzen nicht sind.

Der andere Ansatz ist, es im Rahmen der Strafzumessung der Schuld als quasi gesetzgeberischen Auftrag an Gerichte in § 46 Strafgesetzbuch zu regeln. Warum sprechen Sie sich ausdrücklich dafür aus, das in dem Paragrafen – Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte – und nicht im Rahmen der Strafzumessung zu regeln?

**Dr. Frank Bergmann (Kassenärztliche Vereinigung Rheinland):** Aus unserer Sicht, ich bin kein Justiziar, wäre beides sinnvoll, zunächst einmal die Gruppe der Pflegenden, der Medizinischen Fachangestellten und Ärztinnen und Ärzte in den Kreis mit aufzunehmen. Vollstreckungsbeamte und andere heißt ja zunächst einfach nur, dass dort auch die Schwelle gesenkt wird und dass da eine gewisse Sensibilität da ist, als Eingangsmöglichkeit hier einen entsprechenden Tatbestand zu schaffen. Das Nächste ist dann mehr auf Ebene der Strafzumessung und der Umsetzung. – Gerne beides.

**Dr. Matthias Ernst (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen [per Video zugeschaltet]):** Ich bin jetzt auch kein Jurist. Aber ich meine, dass die Notarzteinsätze schon eine Berücksichtigung finden, insofern da auch eine gleiche Aufnahme des erweiterten [akustisch unverständlich].

Im Grunde sind wir flexibel, wo und wie die Strafverschärfung erfolgt. Wir halten aber nach wie vor eine Verschärfung für indiziert und weiterhin – das wird deutlich, auch in Absprache mit dem Kollegen des Justizministeriums und den Polizeibehörden, mit denen wir auch im Dialog sind – eine schnelle Ahndung und eine schnelle Verurteilung im Falle eines solchen Vergehens. Wie gesagt, da sind wir flexibel. Wenn wir den Personenkreis definieren, würden wir den gerne einheitlich im Gesetzbuch unterbringen.

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank. – Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht.

Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, null Toleranz für Gewalt im Gesundheitswesen! Im Grunde genommen ist es so, dass in einer Gesellschaft Anstand und Respekt Normalität sein sollten und es dieses Thema eigentlich gar nicht geben dürfte. Das, was wir heute früh gehört haben, zeigt, dass wir eine große Herausforderung in unserem Gesundheitswesen haben, wenn es um den Schutz des dort tätigen Personals geht.

Wir werden dieses Thema noch einige Zeit begleiten müssen, weil die Lösungen sicherlich nicht einfach sind. Sich diesem Thema zu stellen und nicht zuzulassen, dass Menschen, die dort arbeiten, bedroht werden, muss, denke ich, unser gemeinsames Ziel sein.

Ich danke den Sachverständigen, dass Sie uns heute zur Verfügung gestanden haben. Die heutige Sitzung wird protokolliert. Das Protokoll wird veröffentlicht. Alles kann nachgelesen werden.

Die Ausschussmitglieder sehe ich heute noch mal um 15:30 Uhr zur ordentlichen Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Den Sachverständigen wünsche ich einen guten Nachhauseweg. – Vielen Dank.

gez. Josef Neumann  
Vorsitzender

**Anlage**

28.01.2025/30.01.2025

**Anhörung von Sachverständigen**  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

**Null Toleranz für Gewalt im Gesundheitswesen!**  
Antrag der Fraktion der FDP, Drucksache 18/10531

am Mittwoch, dem 15. Januar 2025  
10.00 Uhr – ca. 12.00 Uhr, Raum E3 D01, Livestream

## T a b l e a u

<b>eingeladen</b>	<b>Teilnehmer/innen</b>	<b>Stellungnahme</b>
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Düsseldorf	<b>Dr. Frank Bergmann (KVNO)</b>	<b>18/2219</b>
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe Dortmund		<b>18/2225</b>
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V. Düsseldorf	<b>Dr. Matthias Ernst Hilmar Riemenschneider</b>	<b>18/2250</b>
Lars Rettstadt Vorsitzender Hausärztinnen und Hausärzteverband Westfalen-Lippe e.V. Unna	<b>Dr. Laura Dalhaus</b>	<b>18/2227</b>
Sandra Postel Präsidentin Pflegekammer NRW Düsseldorf	<b>Sandra Postel Dominik Stark</b>	<b>18/2234</b>
Jessica Alica Odenthal Klinikum Leverkusen gGmbH Betriebliches Gesundheitsmanagement Leverkusen	<b>Jessica Odenthal</b>	<b>18/2279</b>
Simone Sturm Pflegedirektorin Elisabeth-Krankenhaus Essen	<b>Simone Sturm</b>	<b>18/2235</b>
Anja Weber Vorsitzende Deutscher Gewerkschaftsbund – NRW Düsseldorf	<i>keine Teilnahme</i>	<b>18/2272</b>