



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

8. Sitzung (öffentlich)

18. Januar 2023

Düsseldorf – Haus des Landtags

9:35 Uhr bis 11:50 Uhr

Vorsitz: Josef Neumann (SPD) (Vorsitzender)

Daniel Hagemeier (CDU) (stellv. Vorsitzender)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

Verhandlungspunkt:

Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen!

3

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/970

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

* * *

Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen!

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/970

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

Vorsitzender Josef Neumann: Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich begrüße alle Ausschussmitglieder sehr herzlich zu unserer 8. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Des Weiteren begrüße ich die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die sonstigen Zuschauerinnen und Zuschauer sowie die Mitarbeiterin des Sitzungsdokumentarischen Dienstes. Ganz besonders begrüße ich natürlich die Damen und Herren, die wir heute als Sachverständige anhören werden.

Wir sind noch immer am Beginn des neuen Jahres. Ich wünsche Ihnen allen deshalb ein gutes, gesundes und erfolgreiches neues Jahr und vor allem ein Jahr, von dem ich hoffe, dass der Zauber des Friedens unser Land bzw. diese Welt erreichen möge.

Die heutige Anhörung erfolgt aufgrund des Antrags der SPD-Fraktion. Dieser Antrag wurde vom Plenum am 28. September 2022 zur Federführung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie zur Mitberatung an den Innenausschuss überwiesen. Die Einladung zur heutigen Tagesordnung ist Ihnen mit der Nummer E 18/179 bekannt gegeben worden.

Ich freue mich, dass die Sachverständigen den Mitgliedern des Ausschusses für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stehen. Außerdem danke ich Ihnen herzlich, dass Sie alle vorab eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Die letzte Stellungnahme ging heute ein und wurde ebenfalls ausgelegt sowie kurzfristig versandt. Darüber hinaus liegt am Eingang des Plenarsaals ein Tableau mit einer Übersicht der Sachverständigen und der Stellungnahmen aus.

Ich mache darauf aufmerksam, dass diese Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Damit erklären Sie sich mit Ihrer Teilnahme an dieser Anhörung einverstanden. Außerdem weise ich darauf hin, dass Bild-, Film- und Tonaufnahmen während der Anhörung nicht zugelassen sind.

Im Plenarsaal darf weder gegessen noch getrunken werden. Hinter der Wand, die sich hinter mir befindet, stehen jedoch Getränke bereit, falls Sie Durst verspüren.

Meine Damen und Herren Sachverständige, zum Ablauf der Anhörung gebe ich folgende Hinweise: Ein mündliches Eingangsstatement als Erläuterung Ihrer schriftlichen Stellungnahmen ist nicht vorgesehen, sondern die Abgeordneten werden in Kenntnis dieser Stellungnahmen direkt Fragen an Sie richten, die wir zunächst sammeln. Die Abgeordneten bitte ich in diesem Zusammenhang, die Sachverständigen konkret zu benennen, an die Sie Ihre Fragen richten. Wenn Sie auf die Fragen der Abgeordneten antworten, aktivieren Sie bitte das Mikrofon vor Ihnen. Dazu dient Ihnen der runde Knopf auf dem Tisch.

Damit sind wir am Beginn der ersten Fragerunde, für die sich Herr Kollege Rodion Bakum von der antragstellenden Fraktion der SPD, Herr Kollege Marco Schmitz, Herr

Kollege Dr. Vincentz, Frau Kollegin Wenzel, Frau Kollegin Gebauer und Frau Kollegin Weng gemeldet haben. Herr Bakum, Sie haben das Wort.

Rodion Bakum (SPD): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Sehr geehrte Experten! Ich wünsche allen ein frohes neues Jahr und weiterhin eine gute Zusammenarbeit in dem Kreis, den wir haben.

Sehr geehrter Herr Vorsitzender, wir haben den Antrag für diese Anhörung im September des vergangenen Jahres gestellt und im Plenum bereits eine erste Debatte geführt. Das geschah damals unter etwas anderen Vorzeichen, sodass ich darum bitte, zunächst ein paar Sätze zur Erläuterung sagen zu dürfen. – Themen wie den Fachkräftemangel oder die Belastungen durch die Coronapandemie haben wir schon seit vielen Monaten bzw. Jahren. Auch das Thema „Gewalt auf allen Ebenen“ hatten wir noch im vergangenen Jahr, als wir diesen Antrag gestellt haben.

Die Gewaltprävention war schon immer ein Thema. Das haben wir nicht nur in der Debatte festgestellt, sondern das ist auch anhand von Anhörungen und Anträgen in der Vergangenheit sowie anhand von Konzepten der vorherigen Landesregierung wie „#sicherimDienst“, dem Aktionsplan „Gemeinsam gegen Gewalt“ und neuerdings dem Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe zu erkennen.

Seit September ist jetzt aber einiges passiert, und manche werden sicherlich sagen, dass man gewisse Dinge durchaus hätte ahnen können. Ob jedoch das Ausmaß abzusehen war, wie es am Ende gekommen ist, wage ich zu bezweifeln. Ich nenne als Beispiel nur den Fachkräftemangel, der insbesondere in diesem Winter in der Kinder- und Jugendmedizin in den Kliniken, aber auch ambulant durchgeschlagen ist. Das hat uns natürlich sehr beschäftigt. Des Weiteren haben wir im September des vergangenen Jahres bereits nach Lieferengpässen bei Arzneimitteln gefragt. Die Auswirkungen, die das alles am Ende hatte, wurden zumindest nach den Antworten, die wir erhalten haben, auch seitens der Landesregierung nicht in vollem Ausmaß gesehen.

Wir sind alle keine Hellseher. Allerdings konnten wir feststellen, dass durch solche Ereignisse die Belastung sowohl bei den Patientinnen und Patienten als auch beim Personal im Gesundheitswesen, bei den Rettungsdiensten und bei den öffentlichen Diensten natürlich steigt und die Zündschnur immer kürzer wird. Darüber hinaus beinhaltet Silvester – das wissen wir alle – zwar immer ein gewisses Potenzial für Gewaltexzesse, aber das Ausmaß, das wir jetzt zum Beispiel auch in NRW in den Städten Essen, Duisburg, Hagen oder Bonn erleben mussten, ist Anlass, dem Thema unserer Anhörung noch einmal eine besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Für die Stellungnahmen und die Beiträge der Fraktionen bin ich außerordentlich dankbar. Denn dieses Thema ist immer und insbesondere unter den aktuellen Aspekten wichtig, weil vor allem die Coronapandemie die Lage ein Stück weit verändert hat. Darüber hinaus kamen in den Stellungnahmen Themen wie Rassismus oder Sexismus auf. Diese beiden Aspekte haben wir in unserem Antrag nicht explizit genannt. Wir müssen sie aber mitdenken und debattieren, und wir müssen zum Ziel haben, in aller Breite darüber zu sprechen. Vor diesem Hintergrund möchte ich drei Fragen stellen.

Meine erste Frage richtet sich an alle Sachverständigen. Wie bewerten Sie die bisherige Umsetzung und die Wirkung bestehender Gewaltpräventionskonzepte wie „Gemeinsam gegen Gewalt“ oder „#sicherimDienst“, aber auch von Konzepten, die Sie aus Ihren jeweiligen Organisationen kennen?

Meine beiden weiteren Fragen richten sich an Herrn Dr. Ernst, Frau Postel, Frau Albrecht und Herrn Igl. Welche Aspekte sollte eine mögliche Studie zur Gewaltprävention in Gesundheitseinrichtungen beinhalten, um landesweit eine vollumfassende Strategie zu entwickeln? Auf welchen Ebenen und mit welchen Inhalten, welcher Frequenz und welchen Teilnehmern sollten Runde Tische organisiert werden, um das Thema „Gewaltprävention“ in unseren Institutionen zu verankern? – Das waren meine Fragen für die erste Runde. Vielen Dank.

Marco Schmitz (CDU): Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Namens meiner Fraktion wünsche ich Ihnen allen ein frohes neues Jahr! Den Sachverständigen danke ich herzlich für die schriftlichen Stellungnahmen.

Kollege Bakum hat schon vieles angesprochen, und seiner ersten Frage, die an alle Sachverständigen gerichtet ist, möchte ich mich anschließen. Könnten Sie noch einmal grundsätzlich erläutern, was hinter den entsprechenden Konzepten steht?

Außerdem habe ich Fragen an Herrn Dr. Ernst, Herrn Blum und Frau Postel.

Herr Dr. Ernst und Herr Blum, Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme davon, dass körperliche, psychische und verbale Gewalt gegen Beschäftigte im Gesundheitswesen Teil eines gesamtgesellschaftlichen Phänomens sei, weil die Bindungskraft eines vom gesellschaftlichen Konsens getragenen Wertekanons schwinde. Wie meinen Sie das? Sehen Sie das auch speziell im gesundheitlichen oder im pflegerischen Bereich? Denn die Menschen, die in diesen Berufen tätig sind, haben einen besonderen Wertekanon, weil sie sich für Menschen einsetzen. Es wäre spannend, dazu etwas zu hören.

Der Pflegekammer NRW einen herzlichen Glückwunsch zur ihrer Konstituierung vor Weihnachten; viele von uns sind auch vor Ort gewesen. Ich freue mich, dass wir hier jetzt eine starke Stimme und einen Ansprechpartner für die Pflege haben. Schön, dass Sie an dieser Anhörung teilnehmen!

Frau Postel, wie gedenken Sie in Ihrem neuen Aufgabengebiet, den Gewaltschutz im Gesundheitswesen einzuarbeiten? Wie schaffen Sie es, die Kolleginnen und Kollegen vor Gewalt zu schützen? Wie schaffen Sie es außerdem, dass dieses Thema in den Fortbildungen Berücksichtigung findet, aber auch präventiv darauf eingegangen wird? Wie sieht sich die Pflegekammer also künftig in diesem Bereich, um den nötigen Gewaltschutz und eine Prävention zu ermöglichen? – So viel erst einmal in der ersten Fragerunde. Herzlichen Dank.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich darf mich den Neujahrswünschen und dem Dank für die schriftlichen Stellungnahmen anschließen.

Viele wichtige Fragen wurden bereits gestellt. Ich habe noch eine Frage an alle Sachverständigen. Mich interessiert – in der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft klingt es ein wenig an und Herr Kollege Schmitz hat es gerade ausgeführt –, ob es über, ich sage einmal, entsprechende Pathologien oder auch über die Coronapandemie hinaus gesellschaftliche Phänomene oder Tendenzen gibt, die für die zunehmende Gewalt als Ursache oder als Auslöser gesehen werden.

Jule Wenzel (GRÜNE): Einen schönen guten Morgen! Auch ich wünsche allen ein frohes neues Jahr. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Sachverständige, vielen Dank, dass Sie heute den Weg zu uns gefunden haben, um die Debatte zu diesem sehr wichtigen Thema mit Ihrer Expertise voranzutreiben. Ich möchte jetzt mehrere Fragen an Sie richten.

Frau Dr. Khan-Gökkaya, unser Gesundheitssystem braucht Menschen mit internationaler Geschichte. Aktuell haben jede achte Pflegekraft und jeder siebte Arzt/Ärztin einen internationalen Hintergrund, und dieser Anteil wird steigen. Warum ist es wichtig, Diskriminierung und Rassismus als eine Form von Gewalt zu betrachten? Welche Arten von Diskriminierung und Rassismus gibt es im Gesundheitswesen?

Herr Igl, wie wirken sich Gewalterfahrungen im Gesundheitswesen auf die Betroffenen aus?

Dem herzlichen Glückwunsch zur Errichtung der Pflegekammer möchte ich mich anschließen. Meine Fragen an Sie, Frau Postel, und an Herrn Dr. Ernst von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen lauten: Welche Gewalt erleben die Beschäftigten in den Kliniken? Wie beurteilen Sie die Datenlage? Erkennen Sie einen Trend in den letzten Jahren? – Vielen Dank.

Yvonne Gebauer (FDP): Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich wünsche Ihnen namens der FDP-Fraktion ein hoffentlich friedvolles Jahr 2023 und vor allem Gesundheit. Den Sachverständigen danke ich herzlich für die Stellungnahmen und habe in diesem Zusammenhang einige Fragen.

Meine erste Frage richtet sich an Herrn Dr. Ernst, Herrn Blum und Frau Strobel. In der Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen wird von einem zusätzlichen Konfliktpotenzial in Bezug auf die Folgen der Pandemie gesprochen. Diesbezüglich würde ich von Ihnen gerne konkreter wissen, wie sich das äußert und ob Sie mit der Aufhebung der Coronamaßnahmen einen Rückgang der entsprechenden Konflikte erwarten.

Frau Strobel, Sie haben in Ihrer Stellungnahme Deeskalationstrainingsmaßnahmen und die Gewaltprävention als einen Bestandteil der Aus- und Fortbildung begrüßt. In diesem Zusammenhang weisen Sie aber auch auf die fehlenden zeitlichen Kapazitäten für die Inhalte in der Ausbildung hin. Wie und mit welchen Maßnahmen ließe sich die notwendige Gewaltprävention sinnvoll in die Aus- und Fortbildung integrieren?

Frau Postel, Sie haben diese Aspekte in Ihrer Stellungnahme ebenfalls angesprochen. Ich bitte Sie, in diesem Zusammenhang darzulegen, wie die Gewaltprävention sinnvoll in die Weiterbildung integriert werden kann. – Vielen lieben Dank.

Christina Weng (SPD): Frau Strobel, Sie sehen Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei den ambulanten Pflegediensten und in der stationären Altenpflege spezifischer bzw. aus einem anderen Blickwinkel. Könnten Sie die Alleinstellungsmerkmale dieser Institutionen oder dieser Berufsgruppe in Bezug auf Gewalterfahrungen konkreter darlegen?

Vorsitzender Josef Neumann: Vielen Dank, Frau Kollegin Weng. – Weitere Wortmeldungen liegen mir nicht vor. Damit beginnen wir mit der Beantwortung der von den Abgeordneten gestellten Fragen. Da mehrere Fragen an alle Sachverständigen gerichtet wurden, schlage ich vor, dass wir dabei anhand der Reihenfolge des Tableaus vorgehen. Damit haben Herr Dr. Ernst und Herr Blum das Wort.

Dr. Matthias Ernst (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Wir bedanken uns herzlich für die Einladung zu dieser Anhörung. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen vertritt 340 Krankenhäuser, und ich möchte mich in diesem Zusammenhang explizit für die Hervorhebung dieses für uns sehr wichtigen, bedeutsamen Themas bedanken, das in der Vergangenheit vielleicht auch nicht zuletzt in der Öffentlichkeit nicht die Aufmerksamkeit erhalten hat, die es verdient. Das hat sich ein Stück weit verändert. Insofern ist es gut, dass wir hier darüber sprechen und unsere Erfahrungen mitteilen.

Ich darf vorweg schicken, dass Gewalterfahrungen für unsere Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern keine neue Erfahrung sind. Das betrifft sicherlich nicht nur die Bereiche mit Publikumsverkehr und die Bereiche, die man vielleicht zunächst im Blick hat, nämlich die Notaufnahmen und die ersten Anlaufstellen, sondern das dringt durch die gesamte Organisationseinheit „Krankenhaus“. Im Sinne der Antwort und der Haltung sowie der die gesamte Einrichtung umfassenden Konzeptstellungen ist das wichtig.

Wir sprechen über verbale, körperliche oder auch sexualisierte Gewalt, und diese Fälle sind deutlich mehr geworden. Ich habe mich im Vorfeld dieser Anhörung einmal in den Organisationseinheiten unseres Krankenhauses umgehört. Wir verfügen zwar über vielfältige Erfahrungen, aber die Studienlage ist nicht so, dass wir alles evidenzbasiert und was Trends anbelangt, zu Papier bringen und Rückschlüsse ziehen können, um im weiteren Verlauf Ansatzpunkte zu erhalten. Allerdings muss ich schon feststellen – ich darf das so wiedergeben –, dass die Intensität dieser Fälle deutlich zugenommen hat und bei den per se doch resilienten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die auch in Krisenzeiten einen super Job gemacht haben, die Toleranz spürbar weiter zurückgegangen ist. Das merken wir auch im Klinikum.

Die Hemmschwellen sind geringer, und die Lunte bis zur Eskalation von Gewaltpotenzialen ist kürzer bzw. kurz geworden. Dafür gibt es zahlreiche Beispiele, wie sie jetzt unter anderem medial im Zusammenhang mit den Testvorgaben des St. Willibrord-Spitals in Emmerich im Januar veröffentlicht wurden. Wie Sie wissen, ist für Patientenbesuche ein negativer Coronaschnelltest über eine Selbstauskunft ausreichend. Krankenhäusern mit sich in der Nähe befindlichen Testzentren ist es allerdings durchaus erlaubt und zugestanden, dennoch Coronatests zu verlangen. Das Unverständnis der Besucherinnen und Besucher des Klinikums darüber war derart groß, dass sich das Klinikum daraufhin

entschied, dieses Testzentrum einzustellen und dieses so nicht weiter umzusetzen. Das wollte ich beispielhaft dafür nennen, wie schnell Menschen mit Unverständnis reagieren, aggressiv werden und mit Gewalt reagieren.

Ich möchte an dieser Stelle auch deutlich machen, weil das eine Frage war, dass die Krankenhäuser bei diesem Thema sicherlich nicht bei null anfangen. In vielen Krankenhäusern gibt es sowohl geübte, routinierte Abläufe hinsichtlich Präventionsmaßnahmen und einer standardisierten Aufnahme von Vorfällen über Gewalterfassungsbögen, als auch eine Nachsorge für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Das DKI hat das – wir haben darauf in unserer Stellungnahme hingewiesen – im Jahr 2019 über eine bundesweite Umfrage dokumentiert. Das Bild in diesem Zusammenhang ist jedoch bunt und in allen unseren Einrichtungen damit nicht unbedingt komplett homogen.

Mir ist die Feststellung wichtig, dass wir diese Erfahrungen durch die Coronapandemie sicherlich intensiviert machen, und auf die Frage, ob wir mit einem Rückgang rechnen und wieder in einen „Normalrhythmus“ kommen, wenn diese schwierige Zeit und dieses Krisenmomentum überwunden sind, antworte ich klar mit einem Nein. Unsere Kolleginnen und Kollegen in den Häusern und ich erleben das so nicht – mir werden die Berichte aus den Notaufnahmen zugetragen, und wir arbeiten sehr eng mit den Rettungskräften zusammen –, und zwar insbesondere auch nicht in den Bereichen – das klang bereits an –, in denen es um vulnerable Patienten geht.

Wir haben dieses Phänomen also durchgängig. Es ist daher gut, dass wir darüber sprechen, denn wir müssen unsere bestehenden Maßnahmen und Konzepte möglicherweise hinterfragen, anpassen und weiterentwickeln, weil wir nicht damit rechnen, dass das Thema „Gewalt und Gewaltprävention“ an Bedeutsamkeit verliert.

Erlauben Sie mir eine abschließende Bemerkung. Sie wissen, dass wir uns in den Krankenhäusern ohnehin in einer Drucksituation im Sinne einer hohen Belastung unseres Personals und eines extremen Zeitdrucks bei knappen Personalressourcen befinden; das Krankenhaus stellt deshalb natürlich ein begünstigendes Umfeld im Hinblick auf den Umgang mit Gewalt dar. Insofern spielt das eine nicht unerhebliche Rolle.

Wenn wir über mögliche Maßnahmen im Sinne von Gewaltprävention und Deeskalation sowie deren Eingang in die Fort- und Weiterbildungen sprechen, sollte das in Ressourcen nicht nur finanzieller Art, sondern insbesondere auch in Personen mitgedacht werden. Die Kolleginnen und Kollegen auf den Stationen und in den Aufnahmebereichen müssen geschult und weitergebildet werden. Das kostet zwar Zeit, allerdings besteht dafür eine hohe Bereitschaft, obwohl das parallel zum Job erfolgen muss und wir bereits vor der großen Herausforderung stehen, die klinische Versorgung überhaupt aufrechtzuerhalten. Es ist also wichtig, an das Thema niederschwellig heranzugehen und zu schauen, wie sich das, was vor Ort ankommt, in den klinischen Alltag einflechten lässt. – Vielen Dank.

Vorsitzender Josef Neumann: Vielen Dank, Herr Dr. Ernst. – Herr Blum, möchten Sie ergänzen? – Dann gebe ich das Wort an Frau Postel, die in Begleitung von Herrn Stark an dieser Anhörung teilnimmt. Frau Postel, bitte schön.

Sandra Postel (Errichtungsausschuss der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen):

Herzlichen Dank. – Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bedanke mich für die warme Begrüßung. Uns freut das sehr, denn wir sind neu gegründet und bestehen jetzt seit vier Wochen in unserer konstituierten Form. Für uns ist es sehr wichtig, die Situation vor Ort zu Ihnen zu tragen. Dafür werden wir stehen. Außerdem werden wir versuchen, die Stimme der Kolleginnen und Kollegen für Sie sichtbar zu machen; deswegen nehmen wir auch zu zweit an dieser Anhörung teil. Herr Stark, der in der direkten Versorgung tätig ist, konnte zwar eine Nacht tauschen, aber kommt – ich drücke es einmal salopp aus – frisch aus dem Nachtdienst und wird gleich noch berichten, was ihm vor Ort widerfährt und wie die Situation dort aussieht.

Ich danke Ihnen auch dafür, dass wir als Pflegekammer bereits mit Fragen bedacht worden sind, zu denen ich konkret Stellung nehmen werde.

Zu den bisherigen Maßnahmen: Ich denke, dass wir, wie an vielen Stellen, kein Erkenntnisproblem haben. Es gibt sehr gute Maßnahmen. Auch das Konzept „sicherim-Dienst“, das von der Krankenhausgesellschaft noch einmal als mögliches Konzept genannt wurde, ist zu begrüßen. Allerdings liegt es an der Dissemination, das heißt, an der Möglichkeit, dass eine Umsetzung auch tatsächlich erfolgt. Denn die Kolleginnen und Kollegen vor Ort berichten zum Beispiel, nicht an Schulungen teilnehmen zu können, weil die Zeit dafür fehlt. Hier haben wir natürlich ein allgemeines Problem.

Ich möchte es aber über alle Sektoren hinweg betrachten. Gerade in der ambulanten Versorgung und in der Altenhilfe werden Gewaltsituationen erlebt. Wir können die Krankenhäuser, die vielleicht sogar noch ein Stück weit besser als unsere Nischenbereiche mit Konzepten ausgestattet sind, dennoch nicht getrennt davon sehen. Das heißt, wir müssen an der Nachhaltigkeit arbeiten.

Wo sehen wir als Pflegekammer gute Maßnahmen, und was müssen wir angehen? Weil wir alle Mitglieder aus der Pflege nun als Mitglieder der Pflegekammer begrüßen können, haben wir jetzt die einmalige Chance, sagen zu können, auch nach innen zu arbeiten. Das heißt, dass wir ein Selbstbewusstsein und klare Strukturen brauchen. In den Stellungnahmen ist das an der einen oder anderen Stelle gerade im Bereich „Diskriminierung und Gewalt“ herausgekommen. Wir brauchen also ein klares „Wofür sind wir zuständig, und wofür sind wir nicht zuständig?“, um mit einer klaren Stimme präventiv in die Situationen gehen zu können, sodass Gewalt gar nicht erst eskaliert, denn in dem Moment, in dem es eskaliert, haben wir als Pflegenden eigentlich schon verloren.

Dann geht es natürlich auch um die Maßnahmen zur Intervention in Gewaltsituationen. Mir ist an dieser Stelle ein besonderes Anliegen, festzuhalten, weil ich denke, dass die Anfrage hier nicht weit genug geht, dass wir sehr viele Facetten von Gewalt haben, aber die sexualisierte Gewalt nicht diskutiert wird. Die sexualisierte Gewalt müssen wir aber in den Blick nehmen, weil sie in allen Bereichen der Pflege eine große Rolle spielt. Wir haben unter den Pflegenden eine Ad-hoc-Befragung durchgeführt und eine sehr alarmierende Zahl erhalten. 91 % gaben an, schon einmal Gewalt erlebt zu haben. Aus der Studienlage wissen wir wiederum, dass wir in Bezug auf das Erleben von sexualisierter Gewalt eher von 74 % der weiblichen Kolleginnen und von 46 % der männlichen Kollegen ausgehen müssen.

Es gilt also, nach innen zu arbeiten und nach außen hin die Maßnahmen mit Ihnen gemeinsam anzugehen sowie dafür zu kämpfen, dass eine finanzielle, eine wirtschaftliche Förderung dahin gehend vorliegt, um auch die Maßnahmen in der Prävention gut umsetzen zu können. – Damit würde ich das Wort an Herrn Stark geben, der über die Erfahrungen vor Ort berichten wird.

Dominik Stark (Errichtungsausschuss der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen):

Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich danke Ihnen für die Einladung zu dieser Anhörung; es ist ein starkes Zeichen, dass wir von der Pflegekammer teilnehmen können. Ich möchte Sie in die Praxis zurückholen und dafür meinen Background darlegen. Ich bin Fachpflegekraft für Intensivpflege und Anästhesie und arbeite 50 % auf einer Intensivstation und 50 % in der zentralen Notaufnahme.

Zunächst muss ich Ihnen sagen, dass die Übergriffe, die wir in jeglicher Form erleben, nicht nur durch die Coronapandemie entstanden sind oder befeuert wurden. Diese Übergriffe gab es bereits vorher, und es gibt sie immer noch, obwohl die Pandemie sozusagen nicht mehr präsent und auch medial sehr abgeflacht ist.

Wie der Arbeitsalltag aussieht, wurde schon gut beschrieben. Wir haben einen absoluten Fachkräftemangel und stehen sehr viel unter Zeitdruck. Das wirkt sich im ganzen System aus. Die Patientinnen und Patienten, die die Notaufnahme aufsuchen, sind meistens schon im Voraus sehr gestresst oder genervt, weil für sie im Gesundheitssektor einfach eine schlechte Versorgung bereitgestellt wird. Das heißt, sie warten eventuell schon seit zwei oder drei Monaten auf einen Termin beim Fach- oder Hausarzt und schlagen dann mit einer für sie subjektiv sehr verschlechterten Situation in der Notaufnahme auf.

Wenn sie dann zum Teil zwei bis zehn Stunden in der Notaufnahme warten müssen und sich nicht gesehen fühlen, ist es kein Wunder, dass es zu Aggressionen kommt. Wir hingegen müssen tagtäglich mit dem Problem kämpfen, dass wir den zeitlichen Aufwand nicht bewältigen können und dort nicht hinterherkommen. Da beginnt dann die erste verbale Gewalt, weil die Menschen teilweise aufgrund der Unzufriedenheit, der langen Wartezeiten und weil sie wahrscheinlich von Schmerz oder anderen Krankheiten geplagt sind, eine hohe Frustration haben und uns das entgegenbringen.

Das Problem ist auch, dass es nicht nur zu verbaler Gewalt, sondern auch zu physischen Übergriffen kommt. Ich selbst hatte erst vor Kurzem eine Situation, in der eine Morddrohung gegen mich ausgesprochen wurde und ich die Polizei involvieren musste. Einige von Ihnen schütteln jetzt gerade den Kopf. Das ist jedoch die Realität, wobei wir bei uns an der Uniklinik noch Glück haben, dass aufgrund des Einzugsgebiets weniger Menschen zu uns kommen, die alkoholisiert sind oder unter dem Einfluss von Drogen stehen. In den Kliniken, in denen solche Patientinnen aufgenommen werden, ist das noch einmal deutlich schlimmer.

Ich sehe hier einen hohen Bedarf an Schulungen für die Pflegefachpersonen. Ich selbst hatte im Zuge meiner Fachweiterbildung ein achtstündiges Seminar, in dem es darum ging, wie man mit Patientinnen aus der Psychiatrie umgehen kann. Da kommt dieser Schulungsansatz eigentlich her, bei dem es jedoch eher darum geht, wie man

mit jemandem umgeht, der aggressiv auf einen zugeht und physische Gewalt anwendet. Schulungen zur Kommunikation gibt es hingegen nur wenige. Das ist ein Riesensproblem, und hier müssen wir wirklich ansetzen und alle Pflegefachpersonen abholen.

Wir brauchen Instrumente sowie ein wenig Background und Wissen, um in solche Situationen anders hineinzugehen. Als Pflegefachperson habe ich es mit unterschiedlichen Krankheiten zu tun und muss mich dementsprechend verhalten. Delir, Demenz oder eine Alkohol- oder Drogenabhängigkeit sind spezifische und komplexe Krankheitsbilder, die uns im pflegerischen Alltag immer wieder begegnen. Da müssen wir einfach schulen und dafür wirklich Geld in die Hand nehmen. Außerdem müssen wir die erforderliche Zeit für die Kolleginnen und Kollegen gewährleisten können. Eine Teilnahme an Schulungen ist im Alltag aufgrund der Personalknappheit oft nicht möglich, und teilweise werden Schulungen dann abgesagt. Das darf nicht sein.

Zuletzt möchte ich gerne anmerken: Wir haben Erfassungssysteme und können sozusagen einen Bogen ausfüllen. Das ist aber mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Das heißt, man muss nach einer 8- oder 10-Stunden-Schicht, in der man komplett durchgearbeitet hat, einen solchen Bogen ausfüllen, obwohl man gar keine Zeit oder keinen Kopf mehr dafür hat. Dieser Bogen geht dann an irgendeine Stelle, und es kommt keine Rückmeldung. Das ist leider die Praxiserfahrung. Hier müssen wir etwas tun. Diese Übergriffe müssen gemeldet werden, und es muss dann auch etwas passieren. Denn bei allen Kolleginnen und Kollegen in der Praxis besteht Konsens, dass bisher nicht wirklich etwas passiert ist, wenn eine Meldung erfolgt ist. Auch das darf nicht sein.

Wir haben in unsere Stellungnahme einen Link zu einer Studie eingefügt. Nach dieser Studie haben 90 % aller Pflegefachpersonen schon einmal Gewalt erlebt. Diese Zahl ist beängstigend. Das hat auch nichts mit der Silvesternacht zu tun, sondern das ist der Alltag. – Wenn Sie noch Fragen zum Alltag in der Pflege haben, stehe ich dafür jederzeit zur Verfügung. Vielen Dank.

Victoria Albrecht (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – Landesbezirk Nordrhein-Westfalen): Herzlichen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung. Vorab kurz zu meiner Tätigkeit: Ich bin in meiner Organisation für den Fachbereich „Gesundheit, Soziale Dienste, Bildung und Wissenschaft“ zuständig.

Ich möchte mich den Vorredner*innen anschließen, dass sich das Gewaltpotenzial im Gesundheitswesen verstärkt hat, aber auch schon vor der Pandemie vorhanden war. Selbst junge Kolleg*innen in der Ausbildung berichten von Übergriffen von sexueller, nonverbaler und körperlicher Gewalt, und zwar nicht nur im Krankenhaus, sondern auch in der Psychiatrie, in Altenpflegeeinrichtungen, in ambulanten Einrichtungen und in Kita-Einrichtungen.

Den Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitswesen sollte auf jeden Fall ermöglicht werden, sich diesbezüglich weiterzubilden. Dafür bedarf es aber einer ausreichenden Personalausstattung, damit die Kolleginnen Zeit dafür haben. Des Weiteren sollen sie auch die vorhandenen Deeskalationskonzepte umsetzen können. Das heißt, sie sollen sich damit beschäftigen können und nicht nur unter Zeitdruck ihrer Arbeit hinterher-

hechten. Wenn dann tatsächlich etwas passiert ist oder vielleicht auch schon davor, müssten sie sich mit ihren Kolleginnen in einer Supervision oder kollegialen Beratung darüber austauschen können, wie man mit gewissen Themen umgeht, um das in der Praxis weiterhin zu üben.

Auf den Stationen aller Bereiche muss es genug Fachkräfte geben, um das zu gewährleisten. Ebenso muss der Dokumentationsaufwand, der von den Kolleginnen und Kollegen betrieben wird, wahrgenommen und auch ernst genommen werden.

Darüber hinaus müssen Maßnahmen folgen, um solche Situationen der Gewalt präventiv zu minimieren bzw. einen Umgang damit zu finden, damit die Kolleginnen weiterhin in ihrem Beruf arbeiten wollen. Man kann sich gut vorstellen, dass man eventuell nicht mehr die ganze Zeit in diesem Berufsfeld arbeiten möchte, wenn man Gewalterfahrungen hat oder damit konfrontiert ist. Dementsprechend bedarf es Maßnahmen, um die Kolleginnen vor solchen Erfahrungen zu schützen und um für sich selbst einen Umgang damit zu finden.

Andreas Igl (PSU-Akut): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich danke für die Einladung zu dieser Anhörung. Kurz zu meinem Hintergrund: In meiner Organisation beschäftigen wir uns mit Gewalt und Gewaltprävention. Unsere Überschrift ist aber, wenn man es etwas weiter fasst, welche Extremereignisse und besonderen Belastungssituationen auf die Kolleginnen und Kollegen im Gesundheitswesen einwirken. Das geht über Gewaltsituationen hinaus, weil das auch schwerwiegende Situationen nach der Schädigung eines Patienten, Kinderreanimationen, Suizidalität usw. beinhaltet. Ich sage das deshalb, damit Sie meine Ausführungen entsprechend dieser Logik einordnen können. Unsere Überschrift ist also „Extremsituationen und psychische Traumatisierung im Arbeitskontext“.

Herr Stark, Sie haben es sehr gut hinbekommen, in ganz kurzer Zeit einen guten Überblick über den Wahnsinn in unseren Gesundheitseinrichtungen und über die vielen Facetten des Themas „Gewalt“ zu geben. Eingangs wurde die Frage gestellt, was für eine Forschung, eine Evaluation und Studien wichtig wäre. Zu allererst ist wichtig, sehr differenziert hinzusehen. Daraus kann man dann auch auf anderen Ebenen konkrete Maßnahmen ableiten.

Sie haben als Überschrift für diese Anhörung „Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen“ gewählt. Das ist sehr global, grundsätzlich und eine wichtige Grundaussage, die alle hören müssen. Die Gewalt zeigt sich jedoch derart vielschichtig, dass bei den Maßnahmen und in Studien gut differenziert werden muss. Sexualisierte Gewalt hat zum Beispiel ganz andere spezifische Aspekte als ein Angriff von einem Patienten in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung. Beides überfordert Menschen und hat einen hohen Impact, was eine Traumatisierung betrifft. Situationsspezifisch handelt es sich aber um ganz unterschiedliche Ereignisse.

Wenn man die sexualisierte Gewalt dann hinsichtlich der Belastungssituation und den Auswirkungen für den Betroffenen betrachtet, muss man noch einmal unterscheiden, ob dieser Übergriff oder die Gewalttat von einem Menschen aus dem Kolleginnen- und Kollegenkreis oder von einer Person kommt, die man nicht kennt oder zu der man auch

sonst vielleicht keinen oder nur einen eingeschränkten Kontakt hat. Es wäre also wichtig, nicht nur im Hinblick auf die Erscheinungsformen der Gewalt, sondern auch bezüglich der Arbeitsbereiche zu differenzieren.

Wir haben auch die Erfahrung gemacht, dass Belastungen im Vorfeld von Gewaltsituationen im ambulanten Bereich, im öffentlichen Gesundheitsdienst oder im Rettungswesen ganz anders auftauchen als in einer psychiatrischen Klinik oder in einem Altenheim. Ein Beispiel dafür ist Gewalt im Kontext von Demenz. Hier wäre also ebenfalls eine Differenzierung notwendig.

Von Bedeutung wäre, im Rahmen einer Studie den Fokus darauf zu richten, wie sich die Gewalt quantitativ zeigt und wie sie erlebt wird, um auch qualitativ noch einmal Aussagen zu bekommen, was mit den Kolleginnen und Kollegen und mit den Menschen passiert. Darüber hinaus wäre wichtig, die Erfahrungen im Hinblick auf die unterschiedlichen Angebote zu beleuchten. Es wurde bereits angesprochen: Es gibt viel, was passiert, und es gibt es viel Gutes. Oft gibt es aber das Problem, dass der Kunde die Maßnahme nicht nehmen kann, weil sie aus irgendwelchen Gründen nicht passt.

Wir haben eine Studie zum Thema „Schwerwiegende Ereignisse“ durchgeführt und in diesem Zusammenhang die Erfahrungen mit Angeboten abgefragt. Dabei war ernüchternd, dass es nur wenige Angebote gibt. Fast noch ernüchternder war aber, dass die vorhandenen Angebote nicht angenommen werden, weil es sich beispielsweise um psychotherapeutische Angebote handelt, sodass sich der Kollege oder die Kollegin im ersten Schritt an einen Psychotherapeuten wenden soll. Unserer Erfahrung nach suchen Kolleginnen und Kollegen in der Regel aber Hilfe in Kontexten, in denen sie sich sicher fühlen, das heißt, zum Beispiel bei ausgebildeten, speziell qualifizierten Kolleginnen und Kollegen in der psychosozialen Unterstützung. Das Thema „Deeskalation“ wird ähnlich behandelt; hier gibt es ähnliche Effekte.

Eine Empfehlung für die Vorgehensweise wäre daher, darauf zu achten, wie sich bei der Entwicklung der Konzepte und in der operativen Umsetzung Kolleginnen und Kollegen integrieren lassen, denn sie können relativ genau sagen, was Sache ist. Sie, Herr Stark, konnten das sehr gut darstellen, weil sie einfach über profunde Erfahrungen verfügen und wissen, wovon Sie sprechen.

Eine weitere Frage gab es hinsichtlich der Besetzung eines Runden Tisches. Dazu kann ich aus meiner Sicht sagen: Nehmen Sie Expertinnen und Experten für psychosoziale Prävention und psychosoziale Unterstützung dazu, um das Bild abzurunden. Wir haben festgestellt, dass das bei uns in Bayern anfänglich nicht so war, aber dieser Aspekt einfach wichtig ist, um das Bild zu komplettieren. – Dabei würde ich es jetzt belassen. In einem weiteren Schritt kann ich allerdings gerne noch etwas zu den Auswirkungen im Sinne von Trauma- und Belastungsreaktionen sagen.

Christine Strobel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste – Landesgruppe Nordrhein-Westfalen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Als bpa hier in Düsseldorf kennen wir uns vor allem mit der Pflege, mit Pflegeeinrichtungen, mit ambulanten Diensten, die in der Häuslichkeit unterwegs sind, und mit der Eingliederungshilfe aus. Ich gebe Herrn Igl vollkommen recht: Die

Überschrift „Respekt im Gesundheitswesen“ ist so global, dass man ordentlich differenzieren muss. Wir haben in unserer Stellungnahme ausgeführt, dass wir einige Maßnahmen durchaus für alle Bereiche als sinnvoll erachten, während es gilt, bei anderen vorgeschlagenen Maßnahmen noch einmal genauer zu prüfen, für welchen Bereich sie tatsächlich sinnvoll sind.

Im Folgenden möchte ich jetzt gerne auf Ihre Fragen eingehen.

Frau Weng, Sie fragten, welche Alleinstellungsmerkmale es bezüglich der Gewalt in der häuslichen Pflege, in der stationären Altenpflege oder in der Eingliederungshilfe gibt. Was ist in diesen Bereichen anders als bei der Gewalt in Krankenhäusern? Ich würde sagen, dass in diesen Bereichen 95 % der Gewaltakte gegen die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen von Bewohner-, Patienten- bzw. Kundenseite aus pathologisch motiviert sind. Diese Menschen sind demenziell verändert, psychisch krank oder auch geistig behindert. Für die Mitarbeitenden ist das deshalb aber nicht weniger schlimm, sodass sie ihre Möglichkeiten brauchen.

Damit komme ich direkt zu der Frage nach den Fortbildungsangeboten und wie sich Maßnahmen integrieren lassen. Selbst, wenn derjenige, der Gewalt gegen die Mitarbeitenden ausübt, vielleicht eine Rechtfertigung für sein Tun hat, braucht derjenige, der die Gewalt erfährt, die Möglichkeit, das Ganze in Fallbesprechungen oder Supervisionen zu verarbeiten. Zudem muss man im Vorhinein auf solche Situationen vorbereitet werden. Das kann zum einen in der Ausbildung geschehen. Zum anderen müssen die einschlägigen Fortbildungsangebote oder Schulungen allen Pflegenden und damit genauso den Hilfskräften oder den Pflegekräften mit einer einjährigen Ausbildung zur Verfügung stehen; ich denke, dass Sie, Herr Stark, das als Pflegefachkraft wahrscheinlich auch so sehen.

Wir müssen also alle, die in der Pflege tätig sind, darauf vorbereiten, was auf sie zukommt, und zwar auch auf die psychischen Belastungen in diesen Berufen. Wir machen das bereits insoweit, indem wir in der Ausbildung auf Sterbesituationen vorbereiten. Das Thema „Gewalt“ ist dort aber noch nicht so stark verankert.

Herr Bakum, Sie fragten, wie die vorhandenen Gewaltpräventionskonzepte eingeschätzt würden. Da gibt es noch nicht so wahnsinnig viel. Einerseits existieren viele Konzepte und Verpflichtungen, und auch ordnungsrechtlich wurde jetzt noch einmal nachgebessert, was die Gewalt der Mitarbeitenden gegenüber den zu Pflegenden angeht. Da gibt es zu Recht ordentliche Verpflichtungen, und es wird viel getan. Andererseits wurde das Thema „Gewalt“ zumindest bei uns in der Altenpflege und in der Eingliederungshilfe noch nicht so in den Fokus genommen. Bisher ist das immer eher ein Randgebiet. Hier muss man deutlich nachbessern.

Ich halte es jedoch für schwierig, dieses Thema nach der Zusammenlegung der Pflegeberufe und der Einführung der generalistischen Ausbildung noch zusätzlich in die Ausbildung zu integrieren. Ich will das nicht ausschließen, aber diese Ausbildung ist bereits mit allen möglichen Inhalten vollgepackt, von denen sich auch nichts wegstreichen lässt, weil sie in die Ausbildung gehören. Das müsste man sich einfach noch einmal anschauen. Demgegenüber könnte ich mir aber vorstellen, dass das in Fortbildungen

und gerne auch in verpflichtenden Fortbildungen nachgeschult wird, wenn man nach der Ausbildung in die Pflege eingestiegen ist und im Berufsalltag steckt.

Bei einer solchen Verpflichtung der Unternehmen bzw. der Einrichtungen müsste man sich dann natürlich wieder das Thema „Zeit“ ansehen. In der Pflege steht zu wenig Zeit zur Verfügung, und die Mitarbeitenden können Schulungen oft nicht besuchen, weil es dann doch heißt: Du musst zum Spät-/Frühdienst erscheinen, da ist jemand krank geworden; die Schulung fällt flach. – Da müsste man gegensteuern und Möglichkeiten schaffen, dass die Arbeitgeber ihr Personal auch wirklich zu den Fortbildungen zu diesem sehr wichtigen Thema schicken können.

Herr Dr. Vincentz, Sie haben sich erkundigt, ob es gesellschaftliche Phänomene gibt, die die zunehmende Gewalt begünstigen. Da bin ich, ehrlich gesagt, raus. Als bpa-Vertreterin habe ich keine Kompetenz, dazu etwas zu sagen.

Frau Gebauer, Sie fragten, ob das Konfliktpotenzial, das im Moment herrscht, nach der Pandemie wieder rückläufig werde. Ich sehe das nicht; ein Vorredner hat das bereits ebenfalls gesagt. Die Pandemie war für den Anstieg dieser Gewalt sicher begünstigend. Ich befürchte jedoch, dass das Gewaltpotenzial vor allem gegenüber den Rettungskräften und den Beschäftigten in den Krankenhäusern nicht wieder abnimmt, nur, weil die Maskenpflicht fällt oder Corona irgendwann kein Thema mehr ist. Das ist keine belastbare Aussage. – Danke schön.

Dr. Sidra Khan-Gökkaya (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Vorstandsbeauftragte für Migration, Integration und Anti-Rassismus): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich bedanke mich für die Einladung zu dieser Anhörung und dafür, dass Sie dieses wichtige Thema auf die Tagesordnung gesetzt haben und auch dem Thema „Diskriminierung und Rassismus“ Raum geben. Der schönen Stadt Hamburg, dem wunderschönen Universitätsklinikum und dem Vorstand dieses Klinikums bin ich sehr dankbar, denn sie sind sehr progressiv und haben früh erkannt, dass das Thema „Antirassismus“ auch in die höchsten Führungsetagen gehört. Wir sind bundesweit das einzige Klinikum, das für dieses Thema eine Stelle eingerichtet hat, weil wir einfach wissen, dass es in den Gesundheitsberufen so viel Vielfalt wie wahrscheinlich in keinem anderen Bereich gibt.

Wenn wir Fachkräfte holen wollen, müssen wir sie auch schützen, und wenn wir unser Gesundheitspersonal schützen, müssen wir alle schützen. Jede dritte Pflegekraft und jeder fünfte Arzt ist im Ausland geboren. Wir sprechen jetzt also noch nicht einmal von denjenigen, die in Deutschland geboren sind und hier trotzdem Rassismus erfahren. Es verwundert deshalb, dass das Thema „rassistische Diskriminierung“ immer wieder vergessen bzw. nicht thematisiert wird und wir so tun, als wären diese Menschen und ihre Gewalterfahrungen nicht wichtig. Ich richte daher noch einmal ein großes Dankeschön an Sie, dass das heute hier ein Thema ist.

Wie Sie in unserer Stellungnahme lesen konnten, gibt es zahlreiche internationale Studien, die einen Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und den gesundheitlichen und psychischen Auswirkungen herstellen. Diesbezügliche Schlagworte

sind Burn-out, Stress, emotionale Belastungen, Arbeitsplatzunzufriedenheit oder der Wechsel des Arbeitsplatzes.

In Deutschland haben wir hingegen kaum systematische Studien, die auf die verschiedenen Berufsgruppen sowie die unterschiedlichen Diskriminierungserfahrungen gerichtet sind. Mir ist hier die Feststellung wichtig, dass sich Diskriminierung auf alle Diskriminierungsdimensionen bezieht; also auf das Alter, das Geschlecht, die sexuelle Orientierung, die Herkunft oder die Religion. Eine Diskriminierungsdimension ist nicht wichtiger als die andere, sondern sie sind alle als gleichwertig zu betrachten. Wenn wir also unser Gesundheitspersonal schützen wollen, müssen wir alle diese Dimensionen berücksichtigen. In Deutschland gibt es dazu aber, wie gesagt, kaum Studien.

Einzelnen Studien zufolge ist es vom Setting abhängig, wie häufig Rassismus und Diskriminierung in diesem Bereich vorkommen. Eine Studie zum Bereich der Langzeitpflege kommt zu dem Schluss, dass das Erleben von rassistischer Gewalt bereits Alltag und ein Teil der Berufsidentität geworden ist. Mit einem solchen Ergebnis können wir uns eigentlich nicht abfinden, sondern müssten dem als demokratische Gesellschaft etwas entgegensetzen. Meine Empfehlung oder Forderung lautet daher, bei der Durchführung von Studien auch die Diskriminierungsdimensionen zu untersuchen.

Wie zeigen sich Diskriminierung und Rassismus? Diskriminierung und Rassismus zeigen sich auf sehr unterschiedliche Art und Weise. In Vorbereitung auf die heutige Anhörung habe ich die E-Mail einer Medizinischen Fachangestellten von einer Klinik in Süddeutschland herausgesucht, die nicht wusste, an wen sie sich mit ihrem Anliegen wenden sollte und dann mir geschrieben hat. Der Auslöser für diese E-Mail war, dass sie ein Patient rassistisch beleidigt und versucht hat, ihr das Kopftuch herunterzureißen. Ich sehe jetzt an ihren Reaktionen: Geht gar nicht. Als ich ihr dann den Tipp gegeben habe, alles zu dokumentieren, was bisher passiert ist, wurde ich selbst noch einmal ganz aufmerksam, weil das Ganze eine Vorgeschichte hatte, denn dass der Patient sie beleidigt und ihr das Kopftuch heruntergerissen hat, war nur die Eskalation.

Bei der ersten Begegnung hatte ihr der Patient gesagt, dass Leute wie sie nicht hierhergehörten und dahin zurückgehen sollten, wo sie herkämen. Bei der zweiten Begegnung habe er nicht von ihr aufgenommen werden wollen und auf deutsches Personal bestanden. Bei der dritten Begegnung ist es gekommen, wie es kommen musste: Die Gewalt ist eskaliert. Bei solchen Vorfällen gibt es also ganz viele Vorstufen.

Die Mitarbeiterin sagte mir auch, dass das Schlimme gar nicht dieser Rassismus gewesen sei, den sie leider alltäglich erlebe, sondern das Schlimme sei gewesen, dass diese Begegnungen, diese Situationen vor den Kolleginnen und Kollegen passiert seien und niemand eingegriffen habe. Niemand habe Zivilcourage gezeigt, und niemand habe sich solidarisch gezeigt.

An der Stelle können wir den Kolleginnen und Kollegen aber nur bedingt einen Vorwurf machen, weil sie nicht geschult werden, Diskriminierung und Rassismus zu erkennen. Diese Kolleginnen und Kollegen können also nicht wissen, wie sie sich in solchen Situationen professionell verhalten, welche Anlaufstellen vorhanden sind, wo es Unterstützungsangebote gibt und welche rechtlichen Rahmenbedingungen existieren, wonach der Arbeitgeber seine Mitarbeitenden vor Diskriminierung schützen muss. Das

Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz gilt auch für die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen. Den Mitarbeitenden ist das bisher aber kaum bekannt. Das heißt, bei Schutzmaßnahmen geht es auch darum, die vorhandenen Angebote viel stärker zu vermitteln.

Wie beurteilen wir die bisherige Umsetzung der Gewaltpräventionskonzepte? Es gibt sehr viele generelle Konzepte zum Schutz der Mitarbeitenden. Allerdings gibt es kaum spezifische Angebote, um Diskriminierung und Rassismus in den Einrichtungen zu thematisieren. Dieses Thema wird verharmlost, es wird unter den Tisch gekehrt, und es wird nicht darüber gesprochen, weil es sich um ein Tabuthema handelt. In vielen Einrichtungen fehlt auch einfach die Kompetenz, um professionell damit umzugehen.

Das ist der Knackpunkt, wo wir ansetzen können. Wir müssen in die Einrichtungen, in die Verbände und in die Gesellschaften gehen und Konzepte zum Umgang mit Diskriminierung und Rassismus im Krankenhaus entwickeln, um die Menschen, die für unser Gesundheitswesen systemrelevant sind und laut Sachverständigenrat unser Gesundheitssystem vor einem Kollaps schützen, in Zukunft mitzudenken und ein Gesundheitswesen für alle zur Verfügung zu stellen, das gesund ist, das die Menschen in Notlagen unterstützt und das ihnen Sicherheit gibt. – Vielen Dank.

Vorsitzender Josef Neumann: Vielen Dank, Frau Dr. Khan-Gökkaya für Ihre wichtigen Ausführungen. – Ich musste vor 30 Jahren als Gewerkschaftssekretär die erste Krankenschwester in einem Klinikum vertreten, die man nicht einstellen wollte, weil sie ein Kopftuch trug. Das vielleicht nur so am Rande erwähnt. Als Nächster hat Herr Professor Michael Isfort das Wort. Bitte schön.

Prof. Dr. Michael Isfort (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung zu dieser Anhörung und vor allem für den Antrag, der nicht nur ein Antrag, sondern bereits ein Lösungspaket ist. Ich halte es bei Anfragen oder Drucksachen für relativ ungewöhnlich bzw. kenne es so nicht unbedingt, dass jede Menge Dinge benannt sind, die wünschens- und umsetzenswert sind. Es hätte eine Strahlkraft, wenn man diesen Maßnahmenkatalog in dieser Form vollumfänglich umsetzen würde.

Ich möchte kurz etwas zu meinem Hintergrund sagen. Auch ich habe als Gesundheits- und Krankenpfleger mehrere Jahre in Krankenhäusern auf einer interdisziplinären Intensivstation gearbeitet und kenne, ähnlich wie der Kollege, Gewalterfahrungen aus erster Hand; man musste die Feuerwehr und die Polizei rufen, um selbst geschützt zu werden. Ich verfüge also über persönliche Erfahrungen zu diesem Thema.

Meine Stellungnahme, die heute noch einmal ausgedruckt wurde, konnte ich leider erst gestern fertigstellen. Dafür bitte ich um Verzeihung. Ich möchte mich jetzt auf einen Aspekt konzentrieren, den auch Frau Postel benannt hat.

Wir haben in den Gesundheits- und vor allem in den Pflegeberufen ein Spezifikum, das in Verbindung zu der High-Touch-Profession steht, denn das Wesen der Pflege ist eine permanente Intimitätsverletzung, die wir leistungsrechtlich durchführen müssen. Diese Gemengelage beinhaltet gegenüber anderen Professionen wie der Polizei oder dem

Rettungswesen noch einmal ein ganz anderes Potenzial an Gewalterfahrungen. Die sexualisierte Gewalt gegenüber den Pflegenden – es ist ein Frauenberuf – ist daher etwas, das wirklich zu diskutieren und hervorzuheben ist.

In vielen Kliniken gibt es Konzepte – Herr Dr. Ernst sagte das bereits –, die wir zum Beispiel aus der Psychiatrie übernommen haben. Das heißt, es werden beispielsweise Deeskalationstrainings durchgeführt. Meine Beobachtung und die Studienlage, die ich Ihnen angegeben habe, zeigen allerdings, dass wir einen Bruch bei der Frage haben, ob es ein allgemeines Deeskalationskonzept gibt und was passiert, wenn ein Mitarbeiter tatsächlich Opfer einer unmittelbaren Gewalterfahrung geworden ist. Denn überwiegend wird das gar nicht weiter thematisiert, weil man auch ein Stück weit die Idee hat, dass es dazugehört, sich als Krankenpflegekraft „Mäuschen“ nennen lassen zu müssen oder sich Leute die Bettdecke etwas zu weit nach unten ziehen oder fragen: Können Sie hier bitte etwas fester reiben?

Das sind völlig normale Alltagserfahrungen, und zum Teil wird so getan, als würde das dazugehören. Das heißt, Pflegekräfte adressieren solche Vorfälle mitunter gar nicht, und wenn sie das doch adressieren, ist die Erfahrung – der Kollege hat es eben dargelegt – oftmals eine programmatische Folgenlosigkeit, weil man nicht genau weiß, dass es in einem Krankenhaus eine Meldestelle gibt und was das bedeutet. Ich danke Ihnen deswegen ausdrücklich, dass Sie sich diesem wahnsinnig wichtigen Thema zuwenden.

Ich selbst bin Wissenschaftler, und wir vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung arbeiten viel für das Land hier zu verschiedenen Studienbereichen. Deswegen wissen Sie auch, dass ich eine große Nähe zur Durchführung von Studien habe. Ich freue mich immer, wenn der Aspekt der Wissenschaft mit hervorgehoben wird. Bei diesem Thema würde ich aber sagen, dass man genau schauen muss, wie man so etwas vorbereitet, um hier tatsächlich sehr differenziert darauf zu blicken. Vor allem denke ich aber, dass man auch in der Kombination dessen, was Sie unter Punkt III. des Antrags beschrieben haben, nämlich zu sagen, dass es einer Strategie und Handlungskonzepte bedürfe, vielleicht überlegen sollte, ob es nicht zielführender wäre, die Kliniken, die Organisationen und die Bereiche näher zu beleuchten, von denen wir lernen können. Für Handreichungen könnte das noch einmal hilfreicher sein.

Eine reine Prävalenzerhebung wird uns nicht weiterführen. Das ist nicht das, was wir brauchen. Da hätten wir überwiegend zwar auch eher anekdotische Bereiche oder Studien, die aber nicht die Strahlkraft besitzen, um von einer harten Evidenz ausgehen zu können. Die BGW, also die Berufsgenossenschaft, arbeitet ebenfalls an diesem Thema – ich habe das in meiner Stellungnahme aufgenommen – und hat dazu unterschiedliche Studien durchgeführt. Diese Studien sind von unterschiedlicher Qualität und teilweise nicht wahnsinnig belastbar. Eine reine Prävalenzstudie würde uns aber, wie gesagt, überhaupt nicht helfen.

Wir brauchen an dieser Stelle tatsächlich die Beobachtung von guten Umsetzungskonzepten, mit denen man im System weiter lernend unterwegs sein kann. Das wird ein Weg sein, denn mit einer Maßnahme ist diese komplexe Problemlage nicht zu beantworten. In der Pflegekammer kann man das Thema natürlich auch als einen eigenen Bereich aufnehmen und versuchen, bei den Mitgliedern Einrichtungen zu identifizieren, in denen es außerordentlich gut läuft, denn auch das haben wir.

Für mich ist der ausschlaggebende Punkt die Etablierung von sicheren Schutzkonzepten für die Mitarbeitenden. Ich danke ich Ihnen, dass Sie sich als Landtag und als Gesundheitsausschuss damit auseinandersetzen. Das ist ein deutliches, starkes Signal dafür, dass das Thema wichtig ist. – Vielen herzlichen Dank.

Vorsitzender Josef Neumann: Vielen Dank für Ihre Stellungnahme, Herr Professor Isfort. – Damit kommen zur zweiten Fragerunde. Dafür haben sich Frau Oellers, Frau Thoms, Frau Weng, Frau Gebauer und Herr Dr. Vincentz gemeldet. Frau Kollegin Oellers, Sie haben das Wort.

Britta Oellers (CDU): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Vielen Dank für Ihre ersten Ausführungen. Herr Stark hat dargelegt, dass Vorfälle zum Teil gemeldet werden, aber danach nichts passiert, und Herr Professor Isfort hat das bestätigt.

Herr Professor Isfort, Sie haben in Ihrer Stellungnahme geschrieben:

„Die Entwicklung von Schutzkonzepten ist primär eine Aufgabe der Einrichtungen und der Leitungen der Einrichtungen. Mitarbeitende benötigen klar definierte Anlaufstellen, vertrauensvolle Personen und Unterstützungsangebote bei der Bearbeitung etwaiger Folgen.“

Ich höre hier heraus, dass genau das der Kern ist. Viele Vorfälle werden aus Angst nicht gemeldet, aber wenn sie doch gemeldet werden, werden keine Konsequenzen gezogen. Wie ließe sich das regeln? Denn normalerweise ist es so, dass der Einrichtungsleiter eine Entscheidung trifft.

An die Vertreter der Krankenhausgesellschaft und der Pflegekammer sowie an Herrn Professor Isfort habe ich folgende Fragen: Welche Konzepte oder Strukturen stecken hinter einer Meldung, die bei Ihnen aufläuft? Was passiert, damit das nicht im Sande verläuft? Verfügt jede Einrichtung über ein Schutzkonzept?

Meral Thoms (GRÜNE): Ich danke den Sachverständigen, dass Sie heute hier sind. Ich danke Ihnen auch für Ihre eindrücklichen Schilderungen aus der Praxis in der ersten Runde.

Wir haben gehört, dass die Datenlage noch nicht besonders gut ist, und wir gehen davon aus, dass bei den Fällen von Gewalt eine hohe Dunkelziffer existiert. Herr Dr. Ernst, Frau Dr. Khan-Gökkaya und Frau Postel, wir haben gerade aber auch gehört und konnten das in einer Stellungnahme lesen, dass im Gesundheitswesen viel Bürokratie vorhanden ist. Wie sollte ein Meldewesen oder eine Meldepflicht daher idealerweise aussehen, und wie differenziert müsste eine solche Meldung sein?

Wichtig ist auch die Frage, was im Anschluss passieren muss. Wenn eine Meldung im Sande verläuft, kann das bei den Betroffenen zu mehr Frust führen. Welcher Weg danach wäre ideal? Wie sollte darüber hinaus ein Schutzkonzept in Einrichtungen zur Prävention sowie zum Schutz und zur Unterstützung der Betroffenen ausgestaltet sein? Was müsste hier gewährleistet sein?

Frau Dr. Khan-Gökkaya, Sie haben angesprochen, dass wir einen sehr hohen Anteil von Menschen mit internationaler Geschichte im Gesundheitswesen haben, und wir wollen im Rahmen der Fachkräfteoffensive natürlich noch mehr Kräfte anwerben. Welche Auswirkungen haben eine erlebte Diskriminierung und Rassismus für die Beschäftigten, wenn die Vorfälle nicht entsprechend bearbeitet werden? Welche Folgen hat es für die Beschäftigten und primär für die Betroffenen, aber auch für das Umfeld und für diejenigen Kolleginnen und Kollegen ohne eine internationale Geschichte, die solche Vorfälle erleben, wenn Unterstützungsangebote fehlen? Ich habe bei dem Herrn Vorsitzenden eben wahrgenommen, dass ihn ein Fall nachhaltig geprägt hat.

Christina Weng (SPD): Ich würde gerne die Frage der Ressourcen und das Thema „Arbeitsschutz, angesiedelt bei den Regierungspräsidien, aber letztendlich auch mit in der Aufsicht für die Krankenhäuser“ ansprechen.

Frau Postel, ist es für Sie ein Thema in Bezug auf das Netzwerk, mit dem Sie arbeiten, dass genau dort, wo die Konzeptionen nötig werden, der Erfolg auch über den Arbeitsschutz gemessen wird bzw. gemessen werden kann? Könnten Rückschlüsse darüber zu Veränderungen führen?

Frau Albrecht, die Maßnahmen, über die wir gesprochen haben, sind von Ressourcenrelevanz; da geht es um Zeit und um Personal. Gibt es die Möglichkeit oder hat sich ver.di damit beschäftigt, solche Aspekte zu tarifieren?

Eine weitere Frage möchte ich an die Vertreter der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen richten. Wir kennen § 113c SGB XI hinsichtlich der Personalbemessung, die ein großes Thema werden wird. Werden wir uns alle gemeinsam in der Personalbemessung auch mit den Ressourcen dafür beschäftigen, was medizinisch nicht unterlegt und damit für den gesamten sozialen Bereich ist? – Danke schön.

Yvonne Gebauer (FDP): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Vielen lieben Dank für die Beantwortung der Fragen. Frau Postel, bei Ihnen sind Fragen nach der Fortbildung offengeblieben. Ich denke aber, dass Sie dazu gleich noch etwas sagen.

Herr Professor Isfort, Sie sagten, dass es Studien zu guten Umsetzungskonzepten und im Nachgang die Etablierung sicherer Schutzkonzepte an den einzelnen Einrichtungen bedürfe. Ist es sinnvoll, im Nachgang dazu auch Musterkonzepte für die einzelnen Einrichtungen zu erstellen? Denn das Problem ist immer der Personalmangel und der Zeitdruck. Wer soll das am Ende des Tages also erstellen? Wäre daher auch Vorarbeit in dem Sinne zu leisten, dass wir erst eine Studie beauftragen, dann zu den Best-Practice-Beispielen kommen und im Anschluss den Einrichtungen Musterkonzepte zur Verfügung stellen bzw. diese passgenau an die jeweiligen Einrichtungen auf den Weg bringen? Könnte das in diesem Zusammenhang eine Möglichkeit sein?

Frau Strobel, Sie sagten, 95 % der Vorfälle von Gewalt geschähen aufgrund der Krankheitsbilder der jeweiligen Personen. Wäre es daher nicht wichtig, sinnvoll oder richtig, dass wir, obwohl wir in die generalistische Ausbildung gegangen sind, den Menschen in der Ausbildung viel mehr zum Thema „Prävention, Gewaltprävention“ vermitteln,

sodass sie an ihrem ersten Arbeitstag wissen, was mit den verschiedenen Maßnahmen zu tun ist und welche Anlaufstellen es gibt?

Parallel dazu stellt sich die Frage, welcher Voraussetzungen es bedarf, damit wir dem vorhandenen Personal unter den gegebenen Bedingungen – also trotz des Personalmangels, den wir nicht von jetzt auf gleich beheben werden können, und des dadurch mitunter entstehenden hohen Zeitdrucks – gute Weiterbildungs- und Fortbildungsangebote unterbreiten können, um auf die Gewalt, die ja nach wie vor existieren wird, reagieren zu können. – Vielen lieben Dank.

Dr. Martin Vincentz (AfD): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte mich für die ausführlichen Antworten bedanken und habe jetzt einige Rückfragen.

Frau Postel, Sie haben auf Befragungen hingewiesen, die in regelmäßigen Abständen durchgeführt werden und in denen immer wieder relativ skandalöse Zahlen zum Vorschein kommen. Vergleicht man diese Ergebnisse mit den Anzeigen, die tatsächlich erfolgen, und lässt sich da eine extreme Disbalance feststellen?

Herr Stark und Frau Strobel, Sie führten aus, dass man bei einem Großteil der Patienten eine gewisse Schuldunfähigkeit aus dem medizinischen Kontext herleiten könne. Was muss jedoch bei dem, was übrig bleibt, nämlich bei den ganz normalen Beleidigungen im Alltag bis hin zu Körperverletzungsdelikten, die nicht zur Anzeige kommen, passieren? In der Vergangenheit gab es häufiger Rufe nach Strafverschärfungen. Allerdings muss es erst einmal dazu kommen, dass zum Beispiel ein Gerichtsverfahren angestrebt wird. Was muss also erfolgen, um solche Vorfälle systematisch zu erfassen, damit nicht der Eindruck entsteht, dass Rettungskräfte, Pflegekräfte und das Gesundheitspersonal ein gesellschaftlicher Prellbock sind, den man quasi folgenlos beleidigen oder an dem man sich irgendwie austoben kann?

Herr Igl, Sie haben angeschnitten, was Gewalterfahrungen bei dem Pflegepersonal, das aufgrund dieser Erfahrungen oftmals sehr resilient ist, auslösen. Könnten Sie diesbezüglich Aspekte wie Traumata und Stressbelastungen skizzieren? – Danke schön.

Vorsitzender Josef Neumann: Vielen Dank, Herr Dr. Vincentz. – Damit kommen wir zur Beantwortung der Fragen der Abgeordneten. Bevor wir damit beginnen, begrüße ich allerdings den jüngsten Gast in unserer Anhörung, die Kleine, die auf dem Schoß von Frau Kapteinat sitzt. Herzlich willkommen! Außerdem begrüße ich meinen Stellvertreter Daniel Hagemeier, der gleich die Sitzungsleitung übernehmen wird. Bei der Beantwortung der Fragen gehen wir wieder anhand der Reihenfolge des Tableaus vor. Herr Dr. Ernst, bitte schön.

Dr. Matthias Ernst (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! – Ich möchte damit beginnen, auf die hohe Engpasssituation und die hohe Personalbelastung der Krankenhäuser hinzuweisen; die Kolleginnen und Kollegen haben das auch schon eindrucksvoll geschildert. Die Stationen sind geschlossen.

Wir können nicht mehr alle Schichten besetzen. Der Druck ist nicht nur im Pflegedienst, aber dort insbesondere enorm.

Wir haben das Thema „Aufwand, Zeit“ alleine im Tagesgeschäft. Ich bitte Sie eindrücklich, das immer vor Augen zu haben, weil sich nach meiner Wahrnehmung und auch nach Rücksprache mit den Kolleginnen und Kollegen vor Ort daraus grundlegende Eckpfeiler für Konzepte ableiten, die sehr niederschwellig sein und sich immer auf die Etablierungsfähigkeit in der Praxis, in den Teams vor Ort und losgelöst von Metaebenen auf Studien hinterfragen lassen müssen. Wo haben wir Erkenntnisprobleme? Wo haben wir Implementierungsschwierigkeiten in der klinischen Praxis aufgrund der Situation, wie sie sich nicht nur in den Notaufnahmen darstellt? Das sind ganz zentrale Fragen, denn in diesem Spannungsfeld bewegen sich die Kolleginnen und Kollegen.

Ich bitte Sie, auch die Bürokratie bei der Erfassung von Gewaltvorfällen zu berücksichtigen. Wofür und was wird dokumentiert? Das ist ein sehr sensibles Thema. Insofern entnehmen Sie meinen Worten eine Zurückhaltung bei dem Thema „Verpflichtung“. Eine Meldepflicht dürfte in keinem Fall eine abschreckende Wirkung im Sinne von „Was muss ich dokumentieren? Ab wann ist Gewalt eigentlich Gewalt?“ hervorrufen. Außerdem darf eine Sensibilisierung dafür, was noch normal ist, zum Alltag gehört und deshalb ausgehalten werden muss, und ab wann eine Dokumentationspflicht besteht, nicht dazu führen, dass wir das wahre Bild und das Ausmaß der vielen Schattierungen von Gewalt nicht erfahren. Eine Verpflichtung wäre in diesem Fall also sehr zu hinterfragen, weil zuerst Antworten darauf gefunden werden müssen, was mit der Dokumentation passiert und welcher Erkenntnisgewinn damit einhergeht.

Insbesondere in den Kliniken für Psychiatrie und für Psychotherapie – das klang bereits an und entspricht auch meiner Wahrnehmung – erfolgt eine Erfassung von Gewalt mittels Dokumentationssystemen und Gewalterfassungsbögen sehr regelhaft und dezidiert, wobei es auch eine langjährige Erfahrung gibt. In den Teambesprechungen findet dann regelhaft und zum Teil mit entsprechend trainierten Peers ein Austausch über die ausgewerteten Ergebnisse und Erfahrungen statt. Es kann sich also auch um Best-Practice-Modelle handeln, die insbesondere in die Somatik ausgerollt werden. Auch die Notaufnahmen nutzen solche Bögen; von diesem freiwilligen Angebot wird Gebrauch gemacht. Die Kolleginnen und Kollegen sind sensibilisiert, und man kommt auch ins Gespräch. Es gilt jetzt, dieses behutsam in allen Bereichen des Klinikums, die von Gewalt betroffen sind, zu implementieren.

Meiner Überzeugung nach sind die Personalressourcen in diesem Zusammenhang ein zentrales Thema. Die Krankenhäuser, wobei ich auch eine Lanze für die Kolleginnen und Kollegen der Pflege und der übrigen betroffenen weißen Bereiche brechen möchte, brauchen entsprechende Personalressourcen. Das muss eingeflochten werden, denn ich erlebe bei uns in den Einrichtungen zum Beispiel, dass Fortbildungsangebote aus dem Frei wahrgenommen werden; man schaltet sich dazu. Daran müssen wir arbeiten, und dafür brauchen die Krankenhäuser Ihre Unterstützung, weil sich das in allen Strukturen wiederfinden muss.

Bei der Personalbemessung muss das also unbedingt Berücksichtigung finden. Zudem bedarf es einer Unterstützung im Hinblick auf die Ressourcen, weil in der Regelfinanzierung für solche zusätzlichen Aufgaben bis dato keine Position vorgesehen ist,

wobei wir hier erst einmal nur über das Personal und noch gar nicht über technische Konzepte oder Schutzkonzepte reden. – Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Herr Dr. Ernst, Herr Blum, möchten Sie an dieser Stelle etwas ergänzen? – Das ist nicht der Fall. Ich heiße die Sachverständigen und die Ausschusssmitglieder ebenfalls herzlich willkommen und erteile jetzt Frau Postel das Wort. Bitte schön.

Sandra Postel (Errichtungsausschuss der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen):

Ich möchte an das anschließen, was bereits häufiger gesagt wurde, nämlich bei den Auszubildenden zu beginnen, und das auch einmal kritisch beleuchten. Unserer Erfahrung nach gibt es für Auszubildende in der Pflege Präventionsangebote und Präventionsschulungen. Wenn diese aber losgelöst stattfinden, ist das eine sehr theoretische Angelegenheit. Wir ermutigen die jungen Menschen im Grunde dazu, Nein zu sagen. Wenn wir jedoch nicht im System arbeiten und nur über eine Fort- und Weiterbildung nachdenken, indem wir zum Beispiel eine Pflichtfortbildung direkt im ersten Ausbildungsjahr durchführen und die Auszubildenden so in die Praxis schicken, dann treffen sie auf eine Praxis, in der das Neinsagen auch sanktioniert werden kann.

Ich möchte dazu ein Beispiel nennen, das ich in den letzten beiden Tagen gehört habe; ich habe durch Zufall zwei Tage mit 78 Lehrenden zu dem Thema gearbeitet. Eine Schülerin kam zurück an die Schule und sagte: Ja, siehste, ich habe mal Nein gesagt. – Die direkte Reaktion darauf war: Du bist wohl verrückt! – Entschuldigung. Das ist also eine Eskalation, die sich auf die Eskalation gesetzt hat. Ich denke, dass so etwas bei allen Maßnahmen der Fall ist, die eher restriktiv sind, wenn wir nicht zuerst das System betrachten, die Lehrenden ausbilden, damit sie Commitments mit der Praxis treffen können, und Grundlagen schaffen, wie wir diesen allgemeinen Begriff des sicheren Ortes in unseren Einrichtungen operationalisieren.

Den vorliegenden Antrag erlebe ich dafür als einen ersten Schritt eines Bekenntnisses, und der Politik ist zu danken, dass sie dieses Thema auf die Tagesordnung geholt hat und betont, einen respektvollen Umgang zu wollen. Dieses Commitment darf auf alle Ebenen, und es muss explizit benannt und operationalisiert werden.

Wir haben mit den Lehrenden auch daran gearbeitet, Leitfragen herauszuarbeiten, was einen sicheren Raum ausmacht. Niemandem wird Gewalt in seiner Einrichtung egal sein, aber die Einrichtungen sind sich dieses Themas teilweise nicht bewusst. Die von Frau Dr. Khan-Gökkaya geschilderte Situation der Medizinischen Fachangestellten ist ein klassisches Beispiel für eine Eskalation in drei Ebenen mit Testgrenzverletzungen. Es wurde geschaut, ob man nicht noch ein Stück weitergehen kann, und das passiert in unterschiedlichen Gewaltformen. Mit einer Sensibilisierung des Teams für solche Testgrenzverletzungen und einer Unterstützung der betroffenen Mitarbeiterin, damit sie das nicht erleben muss, wären wir systemisch ein gutes Stück weiter.

Damit bin ich bei dem Thema der Fort- und Weiterbildung. Es bedarf ganz klar einer Stärkung der Bildungseinrichtungen. Das ist auch ein Anliegen an die Politik. Die Bildungseinrichtungen können Commitments auf den unterschiedlichen Ebenen zusammen mit den Einrichtungen treffen. Wenn wir zum Beispiel anfangen, mit den Kosten-

trägern zu überlegen, wie viel unsere Ausbildung kosten darf, wäre das eine sehr wichtige Investition in die Zukunft.

Als ein Thema der Systematisierung wurde das Meldewesen genannt, das auch meiner Meinung nach eher als Melderecht statt einer Meldepflicht ausgelegt werden sollte. Das Problem sind häufig die sehr bürokratischen Meldewege, sofern es welche gibt. Wo können wir uns daher zur Verfügung stellen? Wir würden das sehr gerne zumindest für den Bereich der Pflege; dazu sind wir dem Berufsstand auch verpflichtet.

Ich stimme überein, dass das Thema natürlich alle Gesundheitsfachberufe und die Kolleginnen aller Qualifikationen in allen Einrichtungen betrifft. Für die Pflege bedeutet das ganz klar, dass es im Berufsstand ein Register gibt, damit die Personen erreicht und gefragt werden können. Darüber ließe sich dann zum Beispiel im Bereich der Arbeitssicherheit mit der BGW zusammen ein unkomplizierter Meldeweg erarbeiten. Zwischen der Pflegekammer Rheinland-Pfalz und der BGW findet diesbezüglich eine enge Zusammenarbeit statt, und man könnte hier sehr gut über die Ländergrenzen hinausschauen und gute Ideen übernehmen, was eine Meldemöglichkeit betrifft.

Daraus würde dann im Sinne der Nachhaltigkeit wieder die Frage folgen, was mit diesen Meldungen passiert. Ich finde in diesem Zusammenhang die Idee eines Runden Tisches sehr gut, und auf der Basis von Meldezahlen ließe sich das noch einmal ganz anders „füttern“. Außerdem könnte man überlegen, wie ein Runder Tisch aufgebaut sein müsste, damit wir das Commitment nach oben abgeholt und unsere Kollegen unterstützt bekommen.

Zur Frage hinsichtlich der Sanktionsfähigkeit und einem Schutz im strafrechtlichen Sinne: Bei der Einordnung, ob es sich um einen strafrechtlichen Fall handelt, bewegen wir uns immer in einer Sackgasse. Auch vielen Kollegen fällt diese Einordnung unheimlich schwer. Ich will mir darüber gar kein Urteil erlauben, sondern kann nur sagen, dass es eine strafrechtliche Dimension gibt. Darüber hinaus gibt es immer eine arbeitsrechtliche und schlichtweg eine moralische Dimension. Wenn wir es auf der Ebene auch mit Ihnen seitens der Politik klarhaben, dass wir in allen Einrichtungen für unsere Menschen, die sich dort wiederum um andere Menschen kümmern, einen sicheren Raum in alle Richtungen haben wollen, sind wir ein riesiges Stück weiter. – Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank, Frau Postel. – Herr Stark, möchten Sie noch eine Ergänzung hinzufügen?

Dominik Stark (Errichtungsausschuss der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen):

Ich möchte gerne eine Ergänzung machen und den Blick auf unsere aktuellen Ressourcen richten. Wir verfügen über Konzepte, die besonders in der psychiatrischen Pflege sehr gut laufen und teilweise gut angenommen werden. Diese Konzepte sollten wir uns zu Herzen nehmen und versuchen, sie zu modifizieren und auf die anderen Bereiche zu übertragen.

Einen bedeutenden Faktor sehe ich auch in der Ausbildung der Pflegekräfte und in den Weiterbildungen. Es gibt zum Beispiel Praxisanleitungen, die einen zentralen Punkt in

der Kommunikation mit neuen Kolleginnen und Kollegen und mit Auszubildenden spielen können. Allerdings brauchen wir Zeit und Freistellungen, um das zu ermöglichen.

Für die Praxis würde ich mir als einen ersten Schritt auch niederschwellige Angebote wünschen, um über diese Gewalterfahrungen zu sprechen. Wenn ich anzeige, dass ein Übergriff passiert ist, ich verbale oder physische Gewalt habe erfahren müssen und es mir schlecht ging, würde ich mich darüber freuen, wenn ich erst einmal die Möglichkeit bekäme, mich über die Situation auszutauschen und zu schauen, wie man damit weiter umgehen kann. Davon sind wir noch ein Stück weit weg. Wir müssten also darauf achten, dass die Kliniken Arbeitsgruppen bilden, die diese Thematik in der Klinik ansprechen. Ich bin deshalb froh, dass dieser Antrag gestellt wurde und wir da jetzt hoffentlich ins Doing kommen.

Victoria Albrecht (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – Landesbezirk Nordrhein-Westfalen): Ich nehme Bezug auf die Frage von Frau Weng hinsichtlich der Tarifierung von Maßnahmen sowie Zeit und Fortbildung. Die Zeit für Fortbildungen müssen nicht nur die Pflegekräfte aufbringen können, sondern auch alle anderen Beschäftigten, die mit Menschen zu tun haben, weil sie einfach gewaltgefährdet sind. Wir sagen deshalb zum einen, dass es vergütet und tarifiert werden muss, wenn sich Tätigkeitsmerkmale oder Arbeitsumfelder total ändern. Zum anderen müssen alle Beschäftigten beginnend vom Reinigungsdienst über den Transportdienst bis hin zu Pflegeassistentinnen und Pflegekräften geschult werden, um mit solchen Situationen umgehen zu können. Sofern zusätzliches Sicherheitspersonal zum Einsatz kommt, muss es in dem Betrieb beschäftigt sein und eine Vergütung bzw. Tarifierung nach dem für diesen Betrieb geltenden Tarifvertrag erhalten.

Andreas Igl (PSU-Akut): Ich beziehe mich primär auf Ihre Frage nach den Auswirkungen, Herr Dr. Vincentz. Die Auswirkungen betreffen nicht nur Gewaltereignisse, sondern auch andere kritische oder traumatische Situationen. Gewalt ist nicht erst dann Gewalt, wenn sie passiert, sondern Gewalt hat in dem Moment destruktive Auswirkungen, in dem die Kolleginnen und Kollegen davon ausgehen, dass sie passieren kann, weil es einfach ein realistisches Risiko gibt oder weil es der Kollegin passiert ist. Wichtig ist also, zu bedenken, dass sich Auswirkungen, aber auch starke Ängste oder Traumasymptomatiken auch bereits im Vorfeld einer realen Situation entwickeln können.

Wenn Sie in das Gesundheitswesen hineinleuchten – dabei beziehe ich mich darauf, was Sie, Herr Stark, dargelegt haben –, werden Sie relativ einfach bzw. sofort mitbekommen, wenn Sie jemand kollegial ansprechen: Ja, die Angst ist dabei. Was bedeutet das für das weitere Vorgehen? Ein Aspekt, der hier grundsätzlich relevant ist, wurde schon angesprochen. Gewalt mit all ihren Schattierungen ist ein sehr schwieriges Thema, das Menschen sehr herausfordert und vielleicht sogar überfordert. Deswegen ist dieses Thema stark tabuisiert.

Was hat das für Auswirkungen? Es gibt wenig Auseinandersetzung, wenig Gespräch, wenig Kommunikation und wenig Wissen und Kompetenz. Man kann sich jedoch die Erfahrungen aus der psychosozialen Unterstützung zunutze machen und fragen, wer Erfahrung damit hat. Wer weiß, wie es sich anfühlt und wie das aussieht? Wenn es

also auch um Traumahilfsangebote oder um Hilfsangebote zum Thema „Belastungen“ geht, gilt es, die Kolleginnen und Kollegen einzubeziehen, weil sie wissen, wie sich Gewalt zeigt und wie sich das anfühlt.

Was man tun kann, hatten Sie, Herr Stark, auch angesprochen. Es bedarf Möglichkeiten, einen solchen Vorfall einmal loszuwerden oder wenigstens anzusprechen, damit das einen Platz bekommt. Wir bieten seit drei Jahren für alle Mitarbeitenden im Gesundheitswesen eine anonyme und vertrauliche telefonische Beratung an. Im Rahmen dessen ist es möglich, entweder kollegial mit einem PSU-Kollegen oder einer psychosozialen Fachkraft schwerwiegende Ereignisse und Gewalterfahrungen zu besprechen. Das wäre auch ein Angebot das grundsätzlich für Sie hier zur Verfügung steht; nur, um das einfach einmal auszusprechen.

Zu dieser Beratung erhalten wir sehr oft die Rückmeldung: Es war so gut, dass endlich jemand zugehört hat. Meine Erfahrung wurde gehört und wertgeschätzt, und ich habe gleich eine Hilfestellung bekommen.

Außerdem erhalten wir oft die Rückmeldung – wobei das ein wenig mit den Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten kollidiert –: Es war auch ganz gut, dass das nicht bei mir im Unternehmen und nicht in meinem Team erfolgt ist, weil ich mir manchmal Gedanken mache, was passiert, wenn ich mich mit meinem Thema und mit meinem Problem in meiner internen Öffentlichkeit äußere.

Bei Konzepten wird es also auch darum gehen, zum einen darauf zu achten, was zum Unternehmen gehört und was mit Blick auf die Unfallversicherer wichtig und relevant ist, und zum anderen eine Ebene zu haben, die nicht zum Unternehmen gehört, sodass Anonymität und Vertraulichkeit maximal gut gewährleistet werden können. Das ist eine Erfahrung unsererseits, die Sie wahrscheinlich auch schon gemacht haben oder machen würden.

Bei den Maßnahmen wäre es wichtig, im Vorfeld zu schauen, ob man die Thematik aufgreifen und öffnen kann. Gibt es mit solchen Ereignissen Erfahrungen? In dem Moment, in dem man diese Ereignisse im Kollegen- und Kolleginnenkreis anspricht, ist die Thematik offen, und man kann darüber sprechen. Das ist der Beginn für Kompetenzentwicklung und mehr Sicherheit.

Bei Situationen, in denen es zu Gewalt gekommen ist, wäre es mit Blick auf die psychologischen Aspekte wichtig, nicht davon auszugehen, dass mit einer entsprechenden Kompetenz und einem Deeskalationswissen alle Situationen gelöst und deeskaliert werden können. Denn wir machen gerade bei diesen Menschen, die sich an uns wenden, die Erfahrung, dass sie sagen – ich drücke es einmal ganz bodenständig aus –: So ein Mist, ich wusste gar nicht, was ich tun soll. Eigentlich weiß ich es, aber ich war wie gelähmt.

Das zeigt, dass solche Situationen Menschen sozusagen außer Kraft setzen und traumatisieren, sodass sie nicht handlungsfähig sind. Im Rahmen der Konzeption und der Prävention gilt es daher, zu schulen und zu kommunizieren, dass es eine normale Reaktion auf ein sehr unnormales, extremes und gefühlt lebensgefährliches Ereignis ist, auch einmal nicht zu funktionieren. Wenn das im Vorfeld kommuniziert wird, kann man damit ganz anders umgehen.

Wichtig ist auch ein Bewältigungswissen für Extremsituationen, das heißt, sich bereits im Vorfeld überlegen zu können, was man tun kann. Hier ist es hilfreich, das nicht nur für sich selbst zu wissen, sondern das gleich mit den Kolleginnen und Kollegen zu erarbeiten. Bei uns gibt es deshalb sowohl präventive Formate im kollegialen Kontext als auch nachsorgende Interventionsformate mit den Kolleginnen und Kollegen.

Ich denke, zu den Auswirkungen muss man nicht so wahnsinnig viel sagen. Interessant ist jedoch, dass sich nach einer Gewalterfahrung eine psychische Erkrankung oder eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln kann, für die ein Vermeidungsverhalten ein sehr wichtiges Symptom ist. Was bedeutet das in der Alltagswirklichkeit? Jemand zieht sich zurück und führt bestimmte Tätigkeiten nicht mehr aus bzw. kann sie vielleicht auch nicht mehr in dem für den Patienten oder die Patientin erforderlichen Umfang ausführen. In der Konsequenz bedeutet „Vermeiden“ dann, aus dem Beruf herauszugehen.

Wir haben in einem anderen Kontext gerade eine Studie mit Anästhesistinnen und Anästhesisten durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass der Grund, warum sie aus dem Beruf herausgehen, ein schwerwiegendes Ereignis ist und sie für sich feststellen, so nicht mehr weiterarbeiten zu können. Ich denke, dass es eine ähnliche Dynamik auch bei Traumata mit Blick auf die Gewalt gäbe.

Es wurde die Meldepflicht bzw. eine Erfassung von Vorfällen angesprochen. Ich nenne in diesem Zusammenhang noch den Begriff „sichtbar machen“. Wichtig ist hier auch, was aber zumindest bei uns in Bayern viele nicht wissen, dass es sich bei einem gewalttätigen Übergriff, einem schwerwiegenden Ereignis um einen Arbeitsunfall handelt. Dafür gibt es Regularien und Instrumentarien, und es gibt Hilfe durch den gesetzlichen Unfallversicherungsträger. Uns war es sehr wichtig, den Kolleginnen und Kollegen diese Information im Vorfeld zu geben, denn auch das ändert die Wahrnehmung und schafft mehr Kompetenz. – Danke.

Christine Strobel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste – Landesgruppe Nordrhein-Westfalen): Ich denke, wir sind uns alle einig, dass wir bei den Maßnahmen neben der Diskussion um das Meldewesen sowohl eine, wie Herr Igl das nannte, Nachsorge als auch eine Prävention brauchen. Frau Gebauer, ich gebe Ihnen recht; es wäre toll, wenn wir die Prävention in die Ausbildungen integrieren könnten. Die Ausbildungsinhalte sind jedoch bereits so eng gepackt, das man schauen müsste, wie das funktioniert.

Außerdem möchte ich darauf aufmerksam machen, dass es sich um die dreijährige generalistische Ausbildung zur Pflegefachkraft handelt, in die das gepackt werden soll. In den Einrichtungen arbeiten jedoch auch – da gebe ich Frau Albrecht recht – Menschen im Reinigungs- und im Betreuungsdienst sowie die einjährig ausgebildeten und die gar nicht ausgebildeten Hilfskräfte, die von den Präventionsmaßnahmen profitieren müssen. Das heißt, es würde nicht ausreichen, das in die Ausbildung zur Pflegefachkraft zu integrieren, sondern man müsste sich auch die anderen Ausbildungen anschauen.

Das neue Personalbemessungssystem wird dazu führen – Frau Weng sprach es an –, dass in den Einrichtungen zumindest prozentual weniger Fachkräfte arbeiten. Bislang

beträgt deren Anteil, wenn alles gut läuft, vielleicht noch 50 %. Künftig wird die Anzahl der Fachkräfte zwar nicht geringer sein, aber durchaus der prozentuale Anteil an Fachkräften, und es reicht eben nicht, wenn dann nur 30 % oder 40 % wissen, wie man in Gewaltsituationen reagiert. Deshalb müssen natürlich auch alle anderen davon profitieren. Man muss also schauen, wie man das zum einen in die Rahmenlehrpläne, in die Curricula der Schulen integriert bekommt. Zum anderen muss das für alle zur Verfügung stehen. – Danke schön.

Dr. Sidra Khan-Gökkaya (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Vorstandsbeauftragte für Migration, Integration und Anti-Rassismus): Hinsichtlich der Frage nach den Auswirkungen von Diskriminierung für Beschäftigte, wenn Beschwerden nicht bearbeitet werden, kann ich mich den Ausführungen von Herrn Igl komplett anschließen. Sämtliche somatischen und psychischen Folgen, die er erwähnt hat, kann ich auch aus meiner Arbeit heraus bestätigen. In dem Beispiel, das ich eingangs genannt habe, hat die Mitarbeiterin letztlich die Klinik mit der Begründung gewechselt, in einer solchen Umgebung nicht mehr arbeiten zu können. In der internationalen Literatur wird, das habe ich in meiner Stellungnahme dargelegt, auch von einer doppelten Pandemie gesprochen, nämlich zum einen die Auswirkungen der Coronapandemie auf das Personal und zum anderen die Auswirkungen von Rassismus für das Personal mit sichtbarem Migrationshintergrund.

Zur Frage, was Diskriminierung bedeutet, wenn wir Fachkräfte rekrutieren wollen: Manchmal wird vergessen, dass die Fachkräfte, die zu uns kommen, vor allem in der Pflege teilweise ein Studium absolviert haben, top qualifiziert sind, mehrere Sprachen sprechen und Englisch fließend beherrschen. Um diese Fachkräfte werben wir; nicht andersherum. Wenn wir sie dann halten wollen, brauchen wir Schutzkonzepte. Andernfalls stellt sich die banale Frage, wieso sie bleiben sollten.

(Josef Neumann [SPD]: Oder kommen sollten!)

– Genau.

Zur Frage, was Diskriminierung für das Umfeld bedeutet, nenne ich das Stichwort „sekundäre Traumatisierung“. Wir hatten mehrmals, dass Mitarbeitende, die eine Diskriminierung beobachteten und vielleicht keine Worte bzw. Ideen dafür hatten, wie sie reagieren können, oder die von der Situation überrumpelt wurden, wirklich zweifeln. Diese Mitarbeitenden zweifeln an sich, am Arbeitgeber und an ihrem Beruf. Ich denke, es ist unser aller Ziel, die Menschen in ihrer Berufsidentität zu stärken und nicht dafür zu sorgen, dass sie am Verbleib in ihrem Beruf zweifeln und notfalls sogar die Branche wechseln. Auch hier gilt, diese Menschen zu professionalisieren und ihnen die erforderlichen Informationen sowie eine Orientierung an die Hand zu geben.

Bei den Schutzkonzepten und einer Meldepflicht muss ich noch einmal einen Schritt zurückgehen, weil ich die Erfahrung mache, dass die Kliniken mit Themen wie Diskriminierung und Rassismus nicht gerne in die Offensive gehen und diese Themen dort auch intern eher noch ein Tabuthema sind. Unser Ansatz ist deshalb, in diesem sehr frühen Stadium in alle Bereiche zu gehen. Das heißt, wir gehen in die Ausbildungsklassen, in die Studiengänge, in die Führungskräfteentwicklung und zu den verpflicht-

tenden Einführungstagen und machen das Thema präsent. Seitens des Arbeitgebers ist das ein sehr starkes Signal: Das Thema ist erwünscht, und wenn euch das passiert, seid ihr nicht alleine. Es gibt Anlaufstellen, an die ihr euch wenden könnt und die euch kompetent unterstützen.

Wir machen auch die Erfahrung, dass es inzwischen Bereiche gibt, in denen gewalttätige Vorfälle sehr gut auffangen werden. Denn die Führungskräfte können schnell reagieren, weil sie wissen, welche Prozesse einzuleiten sind und an welche Anlaufstellen sie verweisen können. Die Mitarbeitenden sagen dann: Ja, das war schrecklich. Ich habe mich aber so sicher und so gut aufgehoben gefühlt, dass ich diesen gewalttätigen Vorfall gut einordnen und weitermachen kann.

Für uns ist wichtig, das sichtbar zu machen. Dabei verfolgen wir sozusagen einen zweigleisigen Ansatz, und zwar unter anderem über das Beschwerdemanagement. Für uns als Klinik ist es von Bedeutung, über die Häufigkeit solcher Vorfälle Bescheid zu wissen. Wir verfügen deshalb über verschiedene Meldemöglichkeiten. Eine davon ist, einen Vorfall vertraulich und gegebenenfalls anonym durch uns als Anlaufstellen zu melden. Denn über zwei Drittel der Menschen, die zu mir in die Beratung kommen, wollen gar nicht, dass es Konsequenzen gibt, weil sie entweder Angst vor Nachteilen haben oder davor, dass ihnen nicht geglaubt wird. Manche befinden sich auch in einer prekären Beschäftigung oder sind von einer Note oder der Probezeit abhängig.

Bei dem Thema „Diskriminierung“ müssen wir also einen Schritt zurückgehen und erst einmal das Signal an die Mitarbeitenden senden, dass das Thema ankommt.

Gleichzeitig gilt es, strukturell zu überlegen, wie Schutzkonzepte aussehen können. Wir arbeiten aktuell an einer Verfahrensanweisung zur Definition eines Eskalationsprozesses. Was passiert, wenn ein Patient Mitarbeitende rassistisch beleidigt? Die letzte Konsequenz könnte sein, ein Hausverbot auszusprechen. Unsere Erfahrung ist, dass es sich ein Patient dreimal überlegt, ob er sich noch einmal so verhält, wenn der Klinikdirektor bei ihm auftaucht und sagt: Das und das geht nicht. Hier haben Sie die Mitarbeitenden respektvoll zu behandeln.

(Josef Neumann [SPD]: Genau!)

Das ist dann aber tatsächlich von den Klinikdirektoren und deren sozialen und emotionalen Kompetenzen abhängig. Ein sehr wichtiger Teil bei den Schutzkonzepten ist daher, Führungskräfte zu gewinnen, sie zu schulen und so stark zu machen, damit sie den Mitarbeitenden in diesen Situationen Rückhalt geben können.

Zum rechtlichen Rahmen: Es gibt Gewaltvorfälle, die strafrechtlich relevant sind. Es gibt aber auch Gewaltvorfälle unterhalb der Strafbarkeit. Diese Vorfälle sind genauso schwerwiegend, weil sie im Alltag immer wieder auftauchen und Studien zeigen, dass sie in dieser Alltäglichkeit und Normalität massiv belasten und nicht zu einem Abstumpfen führen.

Auch da möchte ich kurz auf das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz hinweisen, das den Arbeitgeber verpflichtet, Mitarbeitende vor Diskriminierung zu schützen und Präventionsmaßnahmen einzuleiten, damit das eben nicht passiert. Wichtig wäre, dass die Einrichtungen und Kliniken dieser Verantwortung nachkommen, um ein Umfeld zu

garantieren, in dem sich die Mitarbeitenden sicher fühlen und ihrer Arbeit nachkommen können. – Danke.

Prof. Dr. Michael Isfort (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung):

Vielen Dank für diese zweite Fragerunde, denn darin wird ein wenig aufgegriffen, was Schutzkonzepte eigentlich sein können. Eine Frage war, ob die Institutionen dafür verantwortlich sind. Ich denke, die Antwort darauf lautet Ja. Wir können die Krankenhäuser und die voll- und teilstationären Einrichtungen nicht aus der Verpflichtung entlassen und alles an die Politik delegieren. Das ist einfach ein immanenter Bestandteil des Arbeitsschutzes von Mitarbeitern, und die Einrichtungen müssen sich damit auch selbstständig beschäftigen, was sie in unterschiedlicher Ausprägung bereits tun. Des Weiteren gibt es in diesem breiten Feld unterschiedliche Bedarfs- und Bedürfnislagen. Das ist ebenfalls anzuerkennen.

Ich möchte in diesem Zusammenhang einen Hinweis an die Kollegin vom bpa richten. Natürlich habt ihr in den stationären Altenhilfeeinrichtungen auch sexualisierte Gewaltformen von älteren Personen, die nicht demenziell erkrankt sind. Ungefähr 60 % bis knapp 70 % der Menschen in Einrichtungen der stationären Altenpflege sind aktuell demenzerkrankt oder werden als solche angesehen. Es gibt daher 30 % bis 40 %, die das nicht sind, und auch dort passieren Rassismus, Diskriminierung und sexuelle Übergriffe. Als Institution muss man sich damit auseinandersetzen, und deshalb ist das auch nicht alles ein Themenfeld der Politik.

Des Weiteren gibt es einen Rechtsanspruch auf Fortbildungen. Die Frage ist hier natürlich, wie eine Klinik oder ein Arbeitgeber diesen Rechtsanspruch auf Fortbildung organisiert. Macht er zum Beispiel bestimmte Teilbereiche zu verpflichtenden Fortbildungen? Diese Möglichkeit gibt es, denn man kann durchaus sagen: Ich möchte dich für einen Kurs im Rahmen deiner Fortbildungstage freistellen. – Für uns ist das ein zentrales Thema, und ich denke, dass die Einrichtungen hier Möglichkeiten haben, die sie vielfach auch schon nutzen. Darüber hinaus existieren Möglichkeiten wie eine Kopplung an die betriebliche Gesundheitsförderung bis hin dazu, mit den Krankenkassen in die Diskussion gehen zu können, hier zusammenzuarbeiten und auch die Finanzierung einzelner Maßnahmen mit zu übernehmen.

Herr Igl, mir gefällt der Begriff des Bewältigungswissens sehr gut, und ich denke, dass das eine Studienrichtung sein könnte. Das Thema, das Sie hier auf die Agenda gelegt haben, ist anwendungsbezogen. Wir brauchen daher keine ökologisch ausdifferenzierte epidemiologische Studie, die etwas über Prävalenzen aussagt, sondern wir brauchen Anwendungswissen und die Information, was wir davon hinterher einsetzen können. Wo ist ein niedrighschwelliges Konzept – der Kollege von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat das eben mit ins Spiel gebracht – hilfreich und wird erfolgreich umgesetzt? Wo bedarf es noch anderer Strukturen?

Es geht also darum, wie Stufenmodelle aussehen können, mit denen man sich diesem Thema in den Einrichtungen weiter nähert. Ich denke nicht, dass es dafür einer eigenen Tarifierung in dem Sinne bedarf, in besondere Verhandlungen auf der Ebene von ver.di gehen zu müssen, denn die mitarbeiterbezogenen Verantwortungsbereiche und die Übernahme von zusätzlichen Aufgaben sind tarifierbar und im Tarifsystem abbildbar.

Das Handwerkszeug steht an dieser Stelle bereits teilweise zur Verfügung. Hilfreich ist auch, dass sich die Politik dem zuwendet und hinterfragt, wo sie unterstützend wirksam werden kann.

Bei der Meldepflicht schließe ich mich den Kolleginnen und Kollegen an. Wir haben genug Bürokratie, und die Einführung einer wie auch immer gearteten Personalregelung auch im Krankenhaus, eine PPR 2.0 – ich bin kein Freund von diesem System –, wird einen weiteren bürokratischen Aufwand produzieren. Es gibt bereits genug Meldeproblematiken, und die Durchschlagskraft ist stärker, wenn man das institutionell organisiert und konstatiert, dass das vertrauensvolle Klima so sein muss, dass sich jemand melden kann und das auch möchte. Das ist wichtiger als eine Meldepflicht, mit der immer auch Fragen einhergehen. Wer soll die Daten pflegen? Was passiert mit den Daten? Wie ist eine Rechtssicherheit der Datensysteme gewährleistet? Das ist ein Riesenaufwand, der betrieben werden müsste. Ich weiß nicht, ob das Thema das hergibt und habe das deswegen mit einem Fragezeichen versehen.

Abschließend möchte ich den Hinweis geben, dass ich mir das Thema auch in der Ausbildung sehr gut vorstellen kann. Ein Impuls könnte hier sein, Unterrichtsmaterialien zur Verfügung zu stellen. Ich bin lange Lehrer an einer Krankenpflegeschule gewesen und weiß, wie hilfreich es ist, auf vorgefertigte Unterrichtsmaterialien und gute Konzepte zurückgreifen zu können, ohne alles immer selbst entwickeln zu müssen. Eine Flankierung könnte auch sein, als Gesellschaft zu betonen, welchen Wert dieses Thema hat und dazu Mittel, Möglichkeiten und Lernmedien zur Verfügung stellen zu wollen. Das wäre sicher eine Hilfestellung. – Vielen herzlichen Dank.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank. – Wir haben jetzt noch Zeit für eine kurze dritte Fragerunde. Dafür liegen mir zwei Wortmeldungen der SPD-Fraktion und zwei Wortmeldungen von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vor. Weitere Fragen oder Wünsche sehe ich nicht. Damit erteile ich als Erstem Herrn Yüksel das Wort.

Serdar Yüksel (SPD): Ich ziehe zurück.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Dann hat Herr Bakum das Wort.

Rodion Bakum (SPD): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Sachverständige, vielen Dank für Ihre Antworten. Bevor ich auf den öfters genannten Aspekt „psychosoziale Unterstützung, Psychiatrie und seelische Erkrankungen“ eingehe, möchte ich noch erwähnen, dass wir uns natürlich freuen, wenn Herr Professor Isfort den Antrag lobt, denn wir, die hier bei der SPD in der ersten Reihe sitzen, kommen alle aus dem Gesundheits- und Sozialwesen und haben diese Erfahrungen in Teilen selbst gemacht. Herrn Stark bin ich dankbar, dass er auch seine Erfahrungen eingebracht hat.

Obgleich ich nur eine Frage dazu habe, ob uns die Schaffung gleichwertiger Standards gelingt, möchte ich in diesem Zusammenhang ein paar Sätze dazu ausführen. Seelische Erkrankungen sind Risikofaktoren für Impulsdurchbrüche, aber auch für das eigene Gewalterleben; sprich: Opfer zu werden. In den seltensten Fällen sind sie aber, wie das

zum Beispiel beim Frontalhirnsyndrom oder Nebennierenrindentumoren der Fall sein kann, der Grund oder eine Ursache für das Auslösen von Aggressivität. Ich bitte deshalb, sprachlich auf den Unterschied – in einer Stellungnahme ist mir das aufgefallen – zwischen erkrankten Menschen und „klar denkenden Jugendlichen“ zu achten – wobei ich manchen von ihnen im Gegensatz zu den Erkrankten das klare Denken absprechen würde –, denn das führt sonst ein Stück weit zu einer Stigmatisierung. Dazu möchte ich auch aus einer wissenschaftlichen Perspektive heraus sensibilisieren.

Ich habe selbst sechs Jahre lang Erfahrungen in verschiedenen Notfallambulanzen gesammelt, und ich habe viereinhalb Jahre in der Psychiatrie gearbeitet. Wenn wir jetzt darüber reden, dass in der Psychiatrie ausführliche Erfahrungen und Konzepte vorhanden sind, dann möchte ich schon noch einmal nachhaken und am Beispiel meiner eigenen Erfahrungen nach gleichwertigen Standards fragen.

Wir sprechen hier über die Aus- und Fortbildung. Dazu fällt mir spontan auch eine Rede der Kollegin Thoms ein, in der sie eine Ärztin erwähnte, die extra Kampfsport gelernt hat, um in der Notaufnahme zu arbeiten. Meine Feststellung ist – das ist zwar eine anekdotische Evidenz –, dass überdurchschnittlich viele, die in der Ambulanz und in der Psychiatrie arbeiten, Kampfsporterfahrung haben. Ich selbst habe das auch, wobei ich dafür dankbar bin, dass ich das nie zur Anwendung habe bringen müssen; das hat nur ein Stück weit zum Selbstbewusstsein beigetragen. Es kann aber nicht sein – an dieser Stelle sind wir uns hoffentlich einig –, Kampfsport lernen zu müssen, um in solchen Bereichen zu arbeiten.

Ich kann sagen, dass ich im Medizinstudium über Gewaltprävention nichts gelernt habe. Das mag an meiner Uni liegen; an der Uni Köln war das vielleicht anders, Herr Dr. Vincentz. Vielleicht habe ich auch die Vorlesung nicht besucht; das weiß ich nicht mehr. In den Famulaturen, sprich: den Praktika, im praktischen Jahr, hatte ich dann nur geringfügige Berührungspunkte damit. Dieses Thema kam erst später mit der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Sie alle haben die Bedeutung der Fortbildung betont. Wie gelingt es jedoch, dass alle das Wissen zur Gewaltprävention bereits in der Ausbildung und im Studium erwerben? Meine Eltern, die Pflegekraft und Medizinische Fachangestellte sind, bekamen damals auch nichts dazu vermittelt, aber das mag eine andere Zeit gewesen sein. Mich würde interessieren, wie wir das jetzt kanalisiert zusammenbekommen.

Der im Antrag genannte Aspekt der baulichen Maßnahmen wurde noch nicht diskutiert. In einer psychiatrischen Klinik habe ich erlebt, dass es eine Schleusentür gab. Das hat für Sicherheit gesorgt. Es gab zwar Situationen in Schleusen, die gefährlich waren, aber grundsätzlich war das gut. In einer anderen Klinik gab es nur eine Tür. Wenn man diese Tür geöffnet hat, kamen einem die Patienten entgegen. Manchmal musste man auch vorher anrufen und fragen, ob jemand davor steht, weil es natürlich einen Sichtschutz gab. Jetzt könnte man argumentieren, dass wir in Zukunft eh nur noch eine offene Psychiatrie haben und das alles nicht mehr brauchen. Die Gewalt ist deswegen aber nicht weg. Deshalb stellt sich auch hier die Frage nach gleichwertigen Standards.

Zu den Notfallsystemen: Ich habe in einer Klinik erlebt, dass man die Tastensperre ausmachen und eine Nummer, die man im Kopf hat, wählen muss, um einen Alarm

auszulösen. In einer anderen Klinik muss man einen Knopf eine Sekunde lang drücken, damit der Alarm bei allen losgeht. Wiederum in einer anderen Klinik geht das automatisch, wenn man mit dem Telefon sozusagen in die Schräge kommt. Es gibt also sehr viele unterschiedlich detaillierte Konzepte. Das zum Stichwort „in der Psychiatrie haben wir gute Konzepte“, die sich im Detail aber alle unterscheiden und unterschiedliche Sicherheitsauswirkungen haben.

Zur Supervision: In einer Klinik ist das auf jeder Station in jedem Quartal verpflichtend, in einer anderen Klinik gar nicht. Bei beiden Fällen handelt es sich um eine Psychiatrie.

(Prof. Dr. Michael Isfort (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung): Ja!)

Zum Meldewesen: In einer Klinik habe ich erlebt, dass alles gemeldet und ausgewertet wurde. Es wurde dann eine E-Mail „Fall der Woche“ herumgeschickt. Diese E-Mail konnte sich jeder durchlesen, und das war's. In einer anderen Klinik haben wir uns im Rahmen der Supervision oder zwischendurch untereinander besprochen; Stichwort: Peers oder Kümmerer.

Langer Rede kurzer Sinn: Die Frage war nach gleichwertigen Standards.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Genau. Würden Sie die Frage bitte konkretisieren?

Rodion Bakum (SPD): Wie bekommen wir es im Sinne des Arbeitsschutzes hin, die unterschiedlichen Konzepte nicht nur in der Psychiatrie, sondern auch in der Somatik in allen Bereichen auf eine Ebene zu bringen? Oder müssen wir am Gesundheitsmarkt womöglich akzeptieren, dass ein Arbeitgeber besser als ein anderer sein und damit Arbeitnehmer zu sich locken kann? Das sind meine Fragen, die sich an alle richten.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: An alle? – Gut. – Dann hat jetzt Frau Wenzel das Wort.

Jule Wenzel (GRÜNE): Herr Igl, wir haben über Schutzräume gesprochen. Meinten Sie damit zumeist nicht physische Rückzugsräume? Denn mich würde interessieren, inwiefern physische Rückzugsräume zu Akutinterventionen beitragen können und welchen Stellenwert Sie diesen am Arbeitsplatz einräumen würden.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank. – Frau Thoms, bitte, Sie haben das Wort.

Meral Thoms (GRÜNE): Frau Dr. Khan-Gökkaya, wenn ich es richtig beurteile, sind Sie mit Ihrer Stelle am Uniklinikum Hamburg Vorreiterin. Wie ist das Feedback aus dem Klinikum und deutschlandweit zu dieser Stelle? Des Weiteren haben Sie in Ihren mündlichen Ausführungen dargelegt, dass es wichtig sei, bestehende Angebote bekannter zu

machen. Das ließe sich eigentlich schnell umsetzen. Könnten Sie bitte näher erläutern, wie das aussehen könnte?

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank. – Herr Bakum, wenn ich Sie richtig verstanden habe, richteten sich Ihre beiden Fragen an alle Sachverständigen. – Bei der Beantwortung gehen wir deshalb wieder anhand der Reihenfolge des Tableaus vor. Herr Dr. Ernst, Sie haben als Erster die Möglichkeit, zu antworten.

Dr. Matthias Ernst (Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen): Vielen Dank. – Sie fragten nach der Heterogenität bzw. wie wir zu einer gewissen Vereinheitlichung gelangen. Was vereinheitlicht ist und weiter vereinheitlicht werden soll, ist eine Frage. Die Einrichtungen in unserem Land – ich spreche hier einmal für die Krankenhäuser – haben aber die Grundhaltung und die nötige Sensibilität, das entsprechende Wissen auf allen Ebenen einzuflechten. Allerdings müssen wir die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen akzeptieren, die auch vom Leistungsspektrum abhängig sind.

Sie haben eben bezogen auf die psychiatrischen Einrichtungen referiert. Dort gibt es die Schleusensituationen und unterschiedliche bauliche Voraussetzungen. Es ist also immer ein Stück weit sehr fein granulierend, wie die genaue Bedarfssituation in den jeweiligen Einrichtungen ist und wie niederschwellige Konzepte passgenau aussehen, die es zu implementieren gilt.

Eine für alle Einrichtungen und alle Facetten einheitliche Lösung hinsichtlich einer Gewaltprävention wird in Anerkennung der Versorgungsrealität und der unterschiedlichen Einrichtungen und Leistungsprofile schwierig sein. Die Zielsetzung, einheitlich im Sinne einer Haltung sowie einer Grundausstattung an Wissen durch die Etablierung von Weiterbildungselementen auch Angebote zu schaffen, die unsere Mitarbeitenden befähigen, dieses Thema aufzunehmen, sich damit auseinanderzusetzen und dafür sensibel zu sein, ist jedoch vorhanden. – Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank. – Frau Postel, in Anbetracht der fortgeschrittenen Zeit muss ich fragen, wer von Ihnen antworten möchte.

Sandra Postel (Errichtungsausschuss der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen): Dann übernehme ich das. – Standards und eine Standardisierung würden uns im Sinne einer Transparenz helfen, um nämlich Kenntnis darüber zu erlangen, über welche Maßnahmen die einzelnen Einrichtungen verfügen. Wir konnten in Ihrem Antrag zum Beispiel von baulichen Maßnahmen und über das Thema „Überwachungsmaßnahmen“ lesen. Nicht jede Maßnahme passt aber für jede Einrichtung. Allerdings muss klar sein, was für den sicheren Ort „Einrichtung im Gesundheitswesen“ getan wird.

Ich wäre strikt gegen eine inhaltliche Festlegung von festen Standardmaßnahmen, bei denen man dann immer die Evidenz im jeweiligen Fall prüfen müsste. Denn hat man wirklich so eine klare Aussage, dass die Einrichtungen einen gewissen Handlungsspielraum hätten, um mit den Kolleginnen und Kollegen vor Ort zu entscheiden, was möglich wäre, wenn eine Einrichtung für sich entscheidet, dass eine Maßnahme für

sie nicht passt und dafür eine andere macht? Das gilt genauso für Schulungs- und Systemfestlegungen sowie für das Thema der Nachsorge.

Auf die Nachsorge möchte ich allerdings noch einmal im Speziellen eingehen, weil ich das für eine wesentliche Maßnahme halte. Ich finde es sehr, sehr gut, dass wir hier von einem Schutzraum, von einem Schutz mit Vertraulichkeit sprechen. Wenn eine Person in ihrem Setting sagt, sie habe jemanden gefunden, dem sie sich öffne und mit dem sie sich über den ihr widerfahrenen Vorfall unterhalten wolle, aber auf keinen Fall wünscht, dass das irgendwo gesagt wird, muss diese Möglichkeit immer eingeräumt werden und eine Vertraulichkeit hergestellt sein.

Gleichwohl muss klar sein, dass wir dann aber auch über Meldesysteme sprechen, die trotz einer Anonymisierung Erkenntnisse bringen. Seitdem wir mit der Pflegekammer mit der Errichtungsphase am Start sind, erreichen uns Meldungen und viele Fragen der Kolleginnen und Kollegen, die natürlich vertraulich behandelt werden. Wir sagen allerdings auch ganz klar, dass wir uns nicht zu Mitwissern machen wollen. Das heißt, wir können das nicht so vertraulich halten, sodass wir keine Konsequenzen daraus ziehen können.

Wir müssen einer Kumulierung von Fällen in bestimmten Einrichtungen nachgehen können. Das muss natürlich anonymisiert stattfinden. Gleichzeitig muss es ein gutes Commitment mit der betroffenen Person geben, was sie bereit ist, auszusagen. Wir werden dann zwar immer und beim Strafrecht schon dreimal gescheitert sein, aber haben hier trotzdem eine Form von Aufsicht und die Möglichkeit der Schaffung von Transparenz. Außerdem können wir dann sagen, dass sich die Pflegekammer für die Personen einsetzt, die sich gemeldet haben. Dabei spielt es auch keine Rolle, ob es betroffene zu Pflegenden, Pflegefachpersonen oder anders qualifizierte Personen sind, die sich bei uns melden. Wir sammeln das, gehen auf die Einrichtungen zu, für die gehäufte Rückmeldungen vorliegen, und fragen, was wir in dieser Situation gemeinsam tun könnten. Für die Institutionen ist es also eine besondere Herausforderung bzw. eine große Aufgabe, Vertraulichkeit zu gewährleisten, ohne sich zum Mitwisser zu machen.

Wir haben unsere Kollegen zum Thema „Überwachung und Überwachungskameras in Einrichtungen“ gefragt. Bei den Kollegen besteht die große Sorge, hierdurch den Bereich der Patientinnen und Patienten oder der Bewohnerinnen und Bewohner einzuschränken, und ob das nicht eher eine eskalierende Maßnahme sei. Wir sind nicht auf der Straße, wo die Bodycams sehr viel bringen, sondern wir sind in den Einrichtungen. Hier müsste man noch einmal eruieren, was das wirklich bringen kann.

Was die Ausbildung anbelangt, bestand die Sorge, ob man das Thema „Gewalt in Einrichtungen“ dort noch unterbringen kann. Doch, das kann man. Wenn es ein generalistisches Thema und ein Querschnittsthema gibt, dann ist das das Thema „Gewalt in Einrichtungen“. Wir können das in die Curricula einbauen, und wir können vor allem die Lehrenden so unterstützen, damit Sie wissen, welche Maßnahmen sie mit den Einrichtungen ergreifen können und was man den Schülern und Auszubildenden hier noch mitgeben kann, damit sie gestärkt sind. – Vielen Dank.

Victoria Albrecht (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft – Landesbezirk Nordrhein-Westfalen): Eine Standardisierung wird zwar nicht für alle Aspekte, aber zumindest zum Teil möglich sein, wenn es auf jeden Fall schon einmal eine Forderung gibt, was in Betrieben, in denen man mit Menschen arbeitet, angeboten werden muss. Beispiele dafür sind Schulungs- und Fortbildungsangebote, aber auch Angebote zur Prävention und zur Bewältigung von Vorfällen.

Tatsächlich nicht zu standardisieren sind die verschiedenen Ausgangslagen in den Betrieben. Bei Neubauten kann man natürlich darauf achten, dass man Maßnahmen schafft, indem es gerade in der Psychiatrie zum Beispiel genug Intensivzimmer gibt, in die man mit Blick und ohne Kameras hineingehen kann. Wenn man hingegen alte Häuser hat, geht manches wiederum nicht. Es müssen daher finanzielle Mittel bereitgestellt werden, um dort einfach verschiedene Maßnahmen ergreifen zu können. Des Weiteren müssen die Betriebe sowie die Personal- und Betriebsräte eruieren, was die Beschäftigten benötigen, welche Ausgangslage besteht und was im Gegensatz zu anderen Bereichen speziell branchenrelevant ist. Diesbezüglich kennen sich die Kolleginnen in den Betrieben am besten aus, weil es in jeden Betrieb Feinheiten gibt.

Für junge Kolleginnen, die gerade mit der Ausbildung begonnen haben, ist es, weil sie mit Menschen arbeiten, auch schon gang und gäbe, Gewalt ausgesetzt zu sein. Eventuell sind es sogar Kolleginnen, die eine Kollegin, die Gewalt erfahren hat, beschimpfen oder unter Druck setzen, wenn sie das äußert. Hier gilt es, eine Sensibilisierung zu schaffen. Diese Kolleginnen müssen Gehör erhalten und einen Umgang mit Kolleginnen, mit Patientinnen, aber auch mit Angehörigen, die in den Alltag mit hineinkommen, bei Meinungsverschiedenheiten finden können. – Danke.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank. – Herr Igl, wenn Sie jetzt das Wort haben, könnten Sie bitte auch auf die Frage von Frau Wenzel eingehen.

Andreas Igl (PSU-Akut): Mit Blick auf die Zeit würde ich mich jetzt auf zwei Fragen konzentrieren. – Ich wurde unmittelbar zu den Rückzugsräumen angesprochen. Was ist eine zentrale Frage, wenn es um Gewalterfahrungen oder schwerwiegende Ereignisse geht? Die Masterfrage ist eigentlich, was man tun kann, um die Sicherheit bei der in Gefahr geratenen oder betroffenen Person wenigstens ein Stück weit zu erhöhen, wobei ich selbst- und fremdgefährdende Maßnahmen hier jedoch ausschließen würde. Wenn man sich dem Phänomen damit nähert, lässt sich feststellen, dass es natürlich physischer Rückzugsräume oder entsprechender Ein- und Umbauten bedarf. Ich nenne Ihnen hierfür ein Beispiel.

Wir haben in einer Klinik gearbeitet, in der es relativ viele Vorfälle gab, weil diese Klinik im Rahmen ihres Ambulanzbereichs für eine Justizvollzugsanstalt zuständig ist. Dort haben wir nachsorgend zwei Teaminterventionen durchgeführt und am Ende gefragt: Wenn ihr Euch jetzt überlegt, dass das jederzeit wieder passieren kann, was wären dann Aspekte, von denen ihr sagen würdet, dass ihr euch damit sicherer fühlen würdet? – Dabei wurden zwei Aspekte deutlich.

Erstens. Es wurde geäußert: Mir würde helfen, wenn in zwei Türen ein Glasfenster verbaut wäre und ich darüber auf einen Spiegel blicken und dadurch beide Seiten des

Gangs sehen könnte, um zu wissen, ob jemand draußen ist. Das würde mir total helfen. – Ich kann mich noch gut daran erinnern, als ich mit zehn, zwölf Kolleginnen und Kollegen in dieser Runde saß und man in dem Moment, als das ausgesprochen war, gemerkt hat, dass sich etwas verändert, weil alle gesagt haben: Ja.

Zweitens. Wie kam es zu dieser Teamintervention? Wir sind ungefähr eine Dreiviertelstunde durch dieses Klinikum marschiert und haben für dieses Nachbesprechungsformat einen Raum gesucht. Wir waren dann im Stationszimmer und in einem daran angrenzenden Raum. Allerdings war klar, dass wir dort nicht arbeiten können, weil die Kollegen entweder uns stören oder wir sie. Das heißt, für die Auseinandersetzung, für die Schulung, für die Intervention und für die Supervision werden Räume benötigt. Ansonsten geht es vor allem darum, dass ein solcher Raum ein Rückzugs- und ein Sicherheitsraum ist, der nicht ortsgebunden oder gegenständlich ist. Diese Aspekte gibt es auch.

Herr Bakum, Sie fragten, ob wir dieses Thema den Unternehmen überlassen und solche Vorfälle hinnehmen müssen. Einerseits müssen wir dieses Thema den Unternehmen geben, denn sie sind nach der Gesetzgebung zuständig, und jede Führungskraft ist im Rahmen der Personalfürsorge für seine/ihre Mitarbeitenden zuständig. Andererseits – das zeigt auch die Diskussion – gibt es eine ganze Reihe von Themen, die sehr hoch angesiedelt sind, und die man eigentlich für eine Branche, einen Berufsstand oder einen Arbeitsbereich regeln oder angehen sollte.

Ich möchte Ihnen in diesem Zusammenhang kurz ein Projekt darlegen, in das wir zum Jahresanfang eingestiegen sind. Dieses Projekt steht nicht unter der Überschrift „Gewaltprävention“, sondern unter der Überschrift, was wir tun können, um bei der psychosozialen Prävention und Unterstützung bei schwerwiegenden Ereignissen und traumatisierenden Vorfällen im Gesundheitswesen voranzukommen. Dabei versuchen wir, beauftragt durch das Gesundheitsministerium und unterstützt von der Landesärztekammer, den Kollegen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und der Vereinigung der Pflegenden, in Bayern eine Fach- und Koordinierungsstelle aufzubauen.

Letztlich hat sich noch einmal verschärft durch die Pandemie die Einschätzung ergeben, dass es einer Stelle bedarf, die die Ressourcen bündelt, die Fachkonzepte entwickelt, die forscht, die Standards vorgibt, die zusätzlich niedrigschwellige Angebote macht und die Bedarfsträger und Akteure vernetzt. Ich denke, dass man das auf den Bereich übertragen kann, für den Sie die Fragestellung aufgeworfen haben. In die Zuständigkeit einer solchen Stelle fällt auch – Frau Postel, Sie hatten das angesprochen –, konkret zu entwickeln, wie wir – ich sage das jetzt wieder von unserem Auftrag her – eine psychosoziale Prävention und Unterstützung in die Ausbildung, in die Pflege und in die Formate der Fachweiterbildung integrieren.

Das ist vielleicht ein Denkanstoß dafür, zu sagen, dass es zum einen eine Koordinierungsmöglichkeit gäbe. Zum anderen wäre es so vielleicht möglich, in zwei, drei Jahren auf die Unternehmen konkreter mit Best-Practice-Modellen oder mit konkreten Empfehlungen und Dingen, die in der Praxis funktionieren, einzuwirken. – Danke schön.

Christine Strobel (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste – Landesgruppe Nordrhein-Westfalen): Ich denke nicht, dass eine Standardisierung von Arbeitsschutzmaßnahmen sinnvoll wäre. Wir müssen dieses Thema den Arbeitgebern überlassen, denn ihnen obliegt die Aufgabe des Arbeitsschutzes. Das heißt, sie müssen sich überlegen, was in ihrer Einrichtung bzw. in ihrem Bereich notwendig ist und welcher Bedarf besteht. Insbesondere im baulich-technischen Bereich macht die Festlegung von Standards keinen Sinn, weil jede Einrichtung anders beschaffen ist.

Ich bin jedoch dabei, wenn es darum geht, Konzepte auch für die Schulung von Führungskräften und von Lehrenden zu verankern, um den Blick dahin gehend zu verändern, dass die Gewalt in der Pflege nicht mehr nur die Gewalt der Mitarbeitenden an den Pflegenden betrifft, wie das in den letzten 30 Jahren der Fall war, sondern die Gewalt auch andersherum stattfindet. Wir haben jetzt ausführlich diskutiert, dass wir darauf vorbereiten müssen und mit welchen Maßnahmen das möglich ist. Ich fände es sinnvoll, von gesetzgeberischer Seite aus Standards zu setzen, die das in die Aus-, Fort- und Weiterbildung oder auch in Nachsorgemaßnahmen integrieren.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeyer: Vielen Dank. – Frau Dr. Khan-Gökkaya, wenn Sie jetzt das Wort haben, könnten Sie bitte auch auf die Frage von Frau Thoms antworten.

Dr. Sidra Khan-Gökkaya (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Vorstandsbeauftragte für Migration, Integration und Anti-Rassismus): Vielen Dank. – Zur Frage des internen und externen Feedbacks auf meine Stelle: Intern gibt es seitens der Mitarbeitenden eine sehr große Dankbarkeit. Dazu nenne ich Ihnen kurz ein Beispiel. Ich habe meine Stelle während der Coronapandemie angetreten und wollte eine Vorstellungsrunde machen. Diese Vorstellungsrunde musste ich jedoch abbrechen, weil so viele Anfragen und Anliegen kamen.

Die Diskussion des Themas „Diskriminierung und Rassismus“ wird in den Medien sehr polarisierend und emotional geführt. Mit dieser Stelle gibt es jetzt einen geschützten Rahmen für die Mitarbeitenden. Es geht nicht um richtig oder falsch oder besser oder schlechter, sondern darum, für alle Beteiligten gemeinsam eine gute Lösung zu finden.

Intern ist eine große Erleichterung darüber festzustellen, dass diese Stelle geschaffen wurde, und sie wird sehr, sehr gut angenommen; manchmal wünschte ich, mir wäre ein wenig langweiliger. Gerade die Mitarbeitenden mit sichtbarem Migrationshintergrund geben die Rückmeldung, dass ihre Existenz und ihre Erfahrung sowie die Form von Gewalt, die sie erleben würden, mit dieser Stelle anerkannt werde. Das macht für sie auch in der Verbindung zu unserem Klinikum einfach ganz viel aus.

Zum externen Feedback: Ich werde regelmäßig an andere Universitätsklinika eingeladen, die große Augen machen und sagen: „Das wollen wir unserem Vorstand auch vorschlagen“; wie gut das dann klappt, weiß ich nicht. Es besteht aber tatsächlich flächendeckend ein Bedarf der Mitarbeitenden, und ich würde mir wünschen, dass die Einrichtungen, die Politik, aber auch die Verbände darauf eingehen.

Solange es solche oder vergleichbare Stellen nicht gibt, ist die Frage, die auch Frau Thoms gestellt hat, wie es gelingt, die bestehenden Angebote bekannter zu machen. Jede Einrichtung muss ab einer bestimmten Zahl an Mitarbeitenden über eine AGG-Beschwerdestelle verfügen, die auch alle Diskriminierungsdimensionen abdeckt. Die Frage ist allerdings, wie niedrigschwellig und wie bekannt das ist, und wer sich dort überhaupt meldet. Ein Schritt wäre insofern, diese Beschwerdestellen bekannter zu machen. Das könnte auch über das beim Qualitätsmanagement angesiedelte Beschwerdemanagement geschehen, denn Antidiskriminierung ist ein Thema des Qualitätsmanagements. Bis das geschehen ist, sehe ich auch ganz viel Potenzial bei ver.di und den Pflegekammern, die seitens der Mitarbeitenden sehr viel Vertrauen genießen.

Wenn wir ein Problem nicht benennen, kann es oftmals auch nicht existieren. Das heißt, es wäre wichtig, neben sexueller Belästigung explizit auch Rassismus als Thema zu benennen, damit sich die Menschen angesprochen fühlen und sich dann eben auch an diese Stellen wenden können. – Danke.

Prof. Dr. Michael Isfort (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung): Ich sehe die Verantwortlichkeit stärker auf der Seite der Einrichtungen. Auch ich bin daher gegen weitere Vorschriften wie zum Beispiel Vorschriften baulicher Art. Vorstellen könnte ich mir hingegen, dass entsprechende Elemente in die Gefährdungsbeurteilungen bei der Berufsgenossenschaft aufgenommen werden; ein solcher Aspekt könnte bei der Feststellung psychischer Gesundheitsgefährdungen Eingang finden. Dieser Schulterschluss wäre für mich vorstellbar. Ansonsten mangelt es den Einrichtungen nicht an Vorgaben, und zwar auch nicht an baulichen Vorgaben. Daran besteht in keinem Bereich ein ernsthafter Mangel. – Vielen Dank.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Vielen Dank. – Damit sind wir am Ende unserer heutigen Anhörung. Ich bedanke mich auch im Namen unseres Vorsitzenden Josef Neumann bei den Sachverständigen, dass Sie uns für die Beantwortung unserer Fragen zur Verfügung gestanden haben. Für das Jahr 2023 wünsche ich Ihnen alles Gute und vor allem Gesundheit. Jetzt wünsche ich Ihnen eine gute Heimreise und einen hoffentlich nicht ganz so arbeitsreichen Tag.

Den Kolleginnen und Kollegen danke ich ebenfalls; wir sehen uns heute Nachmittag im Fachausschuss. Das Protokoll der heutigen Veranstaltung ist nach Fertigstellung auf der Internetseite des Fachausschusses einzusehen.

(Beifall)

gez. Josef Neumann
Vorsitzender

gez. Daniel Hagemeier
Vorsitzender

Anlage

09.02.2023/14.02.2023

Anhörung von Sachverständigen
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen
Antrag der Fraktion der SPD, Drucksache 18/970

am Mittwoch, dem 18. Januar 2023
9.30 bis (max.) 12.00 Uhr, Plenarsaal, Livestream

Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. Düsseldorf	Dr. Matthias Ernst Matthias Blum	18/188
Errichtungsausschuss der Pflegekammer Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Sandra Postel Dominik Stark	18/192
Ver.di Landesbezirk Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Victoria Albrecht	18/178
PSU Akut e.V. München	Andreas Igl	18/173
Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. Landesgeschäftsstelle Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	Christine Strobel	18/179
Dr. Sidra Khan-Gökkaya Vorstandsbeauftragte für Migration, Integration und Anti-Rassismus UKE-Konzern Universitätsklinikum Hamburg	Dr. Sidra Khan-Gökkaya	18/174
Professor Dr. Michael Isfort Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln	Prof. Dr. Michael Isfort	18/226

