

# pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 03/2012

Oktober 2012

## **Versorgung von Gewaltopfern in Notaufnahmen**

**Ergebnisse des Projektes „Gewalt in Notaufnahmen Hessen“  
(GeNoaH)**

Anna Grundel, Beate Blättner, Henny Annette Grewe

**Hochschule Fulda**  
University of Applied Sciences





Anna Grundel, Beate Blättner, Henny Annette Grewe

## **Versorgung von Gewaltopfern in Notaufnahmen**

**Ergebnisse des Projektes „Gewalt in Notaufnahmen Hessen“ (GeNoaH)**

pg-papers 03/2012

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax: +49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-05-6

Copyright © pg-papers, Oktober 2012

# Inhalt

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Notfallversorgung Gewaltbetroffener – Gegenstand der GeNoaH-Studie</b> .....	<b>7</b>
1.1 Notfallversorgung in Deutschland/Hessen .....	7
1.2 Aufgaben der Notaufnahmen im Kontext von Gewalt.....	8
1.3 Aktuelle Erkenntnisse zu der Behandlung von Gewaltfolgen in Notaufnahmen .....	10
1.4 Forschungskontext und Fragestellungen.....	12
<b>2 Studiendesign</b> .....	<b>14</b>
<b>3 Ergebnisse</b> .....	<b>16</b>
3.1 Notaufnahme des Klinikums A.....	16
3.2 Notaufnahme des Klinikums B.....	16
3.3 Notaufnahme des Klinikums C.....	17
3.4 Häufigkeiten von Gewalt und Charakteristika der identifizierten Gewaltopfer .....	18
3.5 Erkenntnisse aus den Schulungen.....	18
<b>4 Diskussion und Schlussfolgerungen</b> .....	<b>21</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>23</b>
<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>26</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>27</b>

## Zusammenfassung

Gewalt kann zu Verletzungen führen, die akut versorgt werden müssen. Das Notaufnahmepersonal kommt deshalb in Kontakt mit Personen, denen Gewalt widerfahren ist und wird mit deren spezifischen Versorgungsanforderungen konfrontiert. In welchem Umfang dies erfolgt, ist in Deutschland weitgehend unbekannt.

Es interessiert, wie häufig Gewaltfolgen in Notaufnahmen behandelt werden und wie hoch die Zwölf-Monatsprävalenz der Patientinnen und Patienten ist. Handlungsunsicherheiten der Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte sollten ermittelt werden.

Das Personal aus drei hessischen Notaufnahmen wurde dazu angeleitet, einen Monat lang eine standardisierte Befragung nach Gewalt mit einer modifizierten Version des Partner Violence Screen (PVS) durchzuführen und wurde im Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten geschult.

Die Rate der ermittelten Akutbehandlungen von Gewaltfolgen lag bei 4,3 % bis 18,5 %. Die routinemäßige Befragung der Patientinnen und Patienten nach Gewalt konnte nicht durchgängig realisiert werden. Die gewonnenen Daten können deshalb nur für eine der drei Kliniken auf einen Zwölf-Monatszeitraum übertragen werden. Im Rahmen der Schulungen konnten Handlungsunsicherheiten identifiziert und thematisiert werden.

Notaufnahmen versorgen Gewaltopfer. Vor allem in der Versorgung chirurgischer Fälle ist dies alltäglich. Ein Gewaltscreening durchzuführen, scheint derzeit für Notaufnahmen nur schwierig realisierbar zu sein. Verbindliche Versorgungsstandards fehlen. Die Bereitschaft an Schulungen zum Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten teilzunehmen, ist vor allem bei Pflegekräften gegeben.

# 1 Notfallversorgung Gewaltbetroffener – Gegenstand der GeNoaH-Studie

## 1.1 Notfallversorgung in Deutschland/Hessen

Notaufnahmen sind in Deutschland in die stationäre Versorgung eingebunden. Krankenhäuser, die sich gegen die räumliche und personelle Einrichtung einer Notaufnahme sowie die Entsendung von Notärzten in den Rettungsdienst entscheiden, müssen einen Abzug von 50,- Euro pro Fallpauschale, gemessen an den Diagnosis Related Groups (DRGs), in Kauf nehmen (§ 4 Abs. 6 KHEntgG). In Deutschland gewährleisten 1.000 der 1.684 am DRG-System teilnehmenden Krankenhäuser die klinische und präklinische Notfallversorgung (Walz 2011). 86 der insgesamt 143 hessischen Plankrankenhäuser nehmen an der Notfallversorgung gemäß dem hessischen „Krankenhausrahmenplan 2009“ teil (HSM 2008).

Um die Notfallversorgung flächendeckend zu gewährleisten, wurden in Hessen einige Krankenhäuser der sog. unabdingbaren Notfallversorgung zugeordnet. Alle eingeschlossenen Krankenhäuser müssen in der Lage sein, chirurgische und unfallchirurgische sowie internistische und intensivmedizinisch behandlungsbedürftige Notfallpatienten versorgen zu können. Sie sollen außerdem den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten insoweit stabilisieren, so dass eine Verlegung in ein weiter entferntes Klinikum mit entsprechender Fachabteilung möglich ist. Die teilnehmenden Notaufnahmen müssen 24 Stunden am Tag personell besetzt sein und mindestens ein Haus pro Landkreis bzw. kreisfreier Stadt muss die gynäkologische Notfallversorgung in der Region sicherstellen. Ergänzt werden sie durch Krankenhäuser, die eine fachspezifische Notfallbehandlung gewährleisten (HSM 2008).

Die Kernaufgabe der Notaufnahmen ist die Notfallbehandlung. Diese muss rechtzeitig und fachkompetent gewährleistet werden. Sie lässt sich in drei Phasen unterteilen (Sobotta et al. 2007):

1. Die präklinische Phase, in der die Vorbereitungen für die Diagnostik und die Behandlung getroffen werden. Diese beinhalten die Kommunikation mit der RTW-Besatzung, dem einweisenden Hausarzt und die Ankündigung der Patientin oder des Patienten in anderen Funktionsbereichen. Es muss außerdem geklärt werden, welche Kapazitäten im Haus für eine Weiterbehandlung zur Verfügung stehen.
2. Die klinische Phase der Diagnostik und Behandlung. Die Behandlungsdringlichkeit wird eingeschätzt und erste Behandlungsschritte werden eingeleitet. Es erfolgt eine umfassende Diagnostik und eine elektronisch gesicherte Überwachung der Notfälle.
3. Die klinische Phase der Aufnahme und Weiterleitung. Die Patientin bzw. der Patient wird zur Weiterbehandlung innerhalb des Krankenhauses oder in ein anderes Krankenhaus verlegt. Unter Umständen hat die Notfallambulanz selbst Betten zur kurzfristigen stationären Aufnahme, bis die weiteren Zuständigkeiten geklärt sind. Wenn kein weiterer Behandlungsbedarf besteht, wird der Patient bzw. die Patientin entlassen.

Für Befundkontrollen, vor allem im Zusammenhang mit arbeitsbedingten Unfällen (BG-Fälle), kommen einige Patientinnen und Patienten auch mit Termin in die Notaufnahme. In manchen Notaufnahmen

existiert darüber hinaus die Möglichkeit, elektiv ambulant zu behandeln und zu operieren (Sobotta et al. 2007) (siehe Abb. 1).

**Abbildung 1 Aufgabenbereiche von Notaufnahmen**



Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Sobotta et al. (2007).

Die klinische Notfallversorgung ist in Deutschland weniger professionalisiert als die präklinische. Für die präklinische Notfallversorgung sind die notwendigen Qualifikationen eindeutig geregelt. Erforderlich ist ein Arzt oder eine Ärztin mit Notarzt-Weiterbildung, begleitet durch Rettungsassistentinnen bzw. -assistenten oder Rettungssanitäterinnen bzw. -sanitätern. Die Qualifizierung des ärztlichen und pflegerischen Personals in den Notaufnahmen unterliegt demgegenüber keiner Regelung (Fleischmann 2007).

Über die Frage der Qualifizierung des ärztlichen Personals wird in medizinischen Fachkreisen seit mehreren Jahren intensiv diskutiert. Die Deutsche Gesellschaft für interdisziplinäre Notaufnahmen e.V. (DGINA e.V.) fordert die Einführung einer Facharzt-Ausbildung für Notfallmedizin. Sie begründen ihre Forderung mit dem Wissensanstieg in der Notfallmedizin, aus dem zunehmend evidenzbasierte Behandlungsstandards hervorgehen. Das sogenannte Samariterprinzip sei in der Notaufnahme nicht mehr gültig. Behandeln die Ärztinnen und Ärzte nicht gemäß geltender Behandlungsstandards, müssen sie mit rechtlichen Konsequenzen rechnen (Fleischmann 2007; Werdan 2010; Dodt et al. 2010). Vertreter unterschiedlicher ärztlicher Fachdisziplinen sind dagegen der Ansicht, dass der Anteil an Notfallmedizin, der in den jeweiligen Facharztausbildungen gelehrt wird, für eine qualifizierte Arbeit in oder die Leitung von Notaufnahmen ausreicht (Gries et al. 2010).

## 1.2 Aufgaben der Notaufnahmen im Kontext von Gewalt

Vor dem Hintergrund dieser Qualifizierungsdiskussion hat die DGINA e.V., in einem europäischen Zusammenschluss, das deutsche Curriculum für eine Facharztausbildung zum Notfallmediziner erarbeitet, in welchem erstmals auch „Kernkompetenzen des europäischen Notfallmediziners“ für den Umgang mit gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten formuliert werden (Hogan et al. 2009). Unter dem



Punkt „Professionalität und andere ethische und rechtliche Fragen“ heißt es dort: „Notfallmediziner müssen in der Lage sein, Krankheits- oder Verletzungsmuster zu erkennen, die eventuell auf körperlichen oder sexuellen Missbrauch oder häusliche Gewalt an Kindern oder Erwachsenen hindeuten. Von ihnen wird verlangt, geeignete Maßnahmen zum Schutz von Kindern und Erwachsenen einzuleiten. Zudem müssen sie lernen, das am Notfallort arbeitende Personal vor Gewalt und Misshandlung zu schützen bzw. das Risiko zu begrenzen.“ (Hogan et al. 2009).

Explizit als Zielgruppe werden ältere und behinderte Menschen, Kinder, Opfer von Partnergewalt und Opfer von Vergewaltigung genannt. Auch die Gewährleistung der Sicherheit innerhalb der Notaufnahme für die Patientinnen und Patienten sowie für das Personal wird thematisiert (Hogan et al. 2009). Die Inhalte dieses Curriculums sind nicht bindend. Derzeit gelten die Inhalte der unterschiedlichen Facharztausbildungen, die der Notfallmedizin zugeordnet werden. Sie sind für die Notfallversorgung vergleichsweise unspezifisch und beinhalten keine Beschreibungen von Aufgaben und Kompetenzen bei der Behandlung Gewaltbetroffener in der Notaufnahme (Bundesärztekammer 2010; 2011).

Aus der Gewaltpräventions- und Gesundheitsforschung liegen Erkenntnisse darüber vor, welche Aufgaben das Notaufnahmepersonal bei der Behandlung Gewaltbetroffener wahrnehmen sollte, um eine erfolgreiche Versorgung und Prävention zu gewährleisten. Es herrscht Einigkeit darüber, dass es eine zentrale Aufgabe der Notfallversorgung sein sollte, Gewaltfolgen zu erkennen, anzusprechen, zu dokumentieren und den Schutzbedarf der Betroffenen abzuklären, um diese bei Bedarf an den Hilfssektor weitervermitteln zu können. Darüber hinaus sollte das Personal der Notaufnahme dazu in der Lage sein, Personen, denen Gewalt widerfahren ist, zielgruppenspezifische und aktuelle Informationen über den Hilfssektor zur Verfügung zu stellen (Harwell et al. 1998; Hellbernd et al. 2004). Diese Maßnahmen beschreiben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler als wichtig und wirksam, um das Ausmaß der Gewaltbetroffenheit erkennen zu können, die Betroffenen in ihrer besonderen Situation zu unterstützen und erneute Gewalterfahrungen zu verhindern (Harwell et al. 1998; Hellbernd et al. 2004; Shepherd 2007).

In den Vereinigten Staaten und in Großbritannien existieren für diese Anforderungen Richtlinien, die versorgungspolitisch anerkannt sind und Anwendung finden. Den Notaufnahmen stehen dort in der Regel personelle und strukturelle Ressourcen zur Verfügung, um Gewaltopfer bedarfsgerecht behandeln und beraten zu können. Kritisiert wird aber, dass die Sensibilisierung stark auf Partnergewalt und familiäre Gewalt konzentriert ist, während andere Gewaltkontexte wie Jugendgewalt oder Gewalt gegen Pflegebedürftige vergleichsweise eher vernachlässigt würden (Fein 2000; Shepherd 2007; Saltzmann et al. 2007; Boyle 2010).

In Großbritannien wird versucht, Notaufnahmen in die Verhältnisprävention gegen Gewalt einzubeziehen. Shepherd (2007) beschreibt, dass zuerst in Cardiff und danach in 15 weiteren Städten das Gewaltvorkommen signifikant reduziert werden konnte, indem Notaufnahmen anonymisierte Daten über gewaltbedingte Behandlungen an die Polizei weiterreichten und außerdem eng mit dem Hilfssektor zusammenarbeiteten. Eine Vernetzung von Justiz, Gesundheitssystem und Hilfssektor, mit dem Ziel der primären, sekundären und tertiären Gewaltprävention, erscheint als Public Health Maßnahme sinnvoll und wird in Großbritannien vermutlich durch die staatliche Organisation des Gesundheitswesens vereinfacht.

In Deutschland ist eine solche Verstetigung wissenschaftlicher Erkenntnissen noch nicht erkennbar. Es existieren keine verpflichtenden Ausbildungsinhalte für den Umgang mit Gewaltbetroffenen für Ärzte, Ärztinnen und Pflegekräfte und keine verpflichtenden Qualitätsstandards oder Behandlungsleitlinien (Kapitel 1.1). Auf die Verbesserung personeller Ressourcen in Notaufnahmen kann versorgungspolitisch kaum Einfluss genommen werden, da die Bundesländer keine Investitionen in Klinikpersonal tätigen dürfen (Krankenhausfinanzierungsgesetz 2009). Die Umsetzung der wissenschaftlichen Empfehlungen ist deshalb uneinheitlich und in hohem Maß von der Informations- und Motivationslage der einzelnen Kliniken und Notaufnahmen abhängig (Hintz et al. 2011).

### **1.3 Aktuelle Erkenntnisse zu der Behandlung von Gewaltfolgen in Notaufnahmen**

Die WHO unterscheidet interpersonell Gewalt, kollektive sowie gegen sich selbst gerichtete Gewalt. Interpersonelle Gewalt wird entsprechend der Opfer-Täter-Beziehung, in familiäre oder Partnergewalt und Gewalt in der Gemeinschaft (öffentliche Gewalt) unterteilt. Die Arten der Gewaltanwendungen werden in körperliche, sexualisierte und psychische Gewalt sowie Vernachlässigung und Diskriminierung unterschieden (Krug et al. 2002).

Die körperlichen oder psychischen Verletzungen der Opfer führen unter anderem zu einem Bedarf an medizinischer Erstversorgung, psychologischer Behandlung sowie sozialer Betreuung und Beratung. Betroffene können kurz- oder langfristig auf Medikamente und Rehabilitation angewiesen sein (Brzank 2009). Die Versorgung Gewaltbetroffener konfrontiert das Gesundheitspersonal mit komplexen Behandlungssituationen und stellt außerdem einen relevanten Kostenfaktor für das Gesundheitssystem dar. Neben der bedarfsorientierten Versorgung Gewaltbetroffener formuliert die WHO deshalb auch die Gewaltprävention als ein wichtiges Aufgabenfeld der Gesundheitsversorgung (WHO 2003).

In Deutschland existieren nur unvollständig repräsentative Daten dazu, wie viele Personen in der Bevölkerung durch interpersonelle Gewalt betroffen sind und wie häufig diese vorkommt. In einer repräsentativen deutschen Studie gaben 37 % der befragten Frauen (n=10.264) an, bereits Gewalt erlebt zu haben. Davon waren 64 % mindestens einmal in ihrem Leben Opfer körperlicher Gewalt; 13 % waren Opfer strafrechtlich relevanter sexueller Übergriffe (Müller/Schröttle 2004). Außerdem existieren kleinere, nicht-repräsentative Studien zu Gewalterfahrungen von Männern und älteren Menschen (Jungnitz et al. 2005; Görgen 2009). Die Gewaltdisposition von Kindern und Jugendlichen war ein Bestandteil der letzten KiGGS-Studie. Dort gaben fünf Prozent der Befragten an, innerhalb der letzten zwölf Monate Gewalt erlebt zu haben (Schlack/Hölling 2007).

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die Notaufnahmen bereits als Forschungsfeld genutzt haben, sind sich einig: Personen, denen körperliche Gewalt widerfahren ist, treten häufig über die Notfallversorgung mit dem Gesundheitssystem in Kontakt. Unabhängig von der Art der Gewalterfahrung, Geschlecht und Alter der Betroffenen, wenden sich deutlich mehr Gewaltopfer unmittelbar nach einer Tat an den medizinischen Versorgungssektor als an das Justizsystem (Sivarajasingam/Shepherd 2001; Boyle/Todd 2003; Downing et al. 2003; Steen/Hunskaar 2004; Hofner et al. 2005; Exadaktylos et al. 2007).

Um einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Gewalt, die in Notaufnahmen identifiziert wird, geben zu können, wurde in den Datenbanken der Cochrane Library, Embase, Medline, Social Sci-

ence Citation Index und Arts and Humanities Citation Index standardisiert nach Studien zu Gewalt in Notaufnahmen recherchiert. Es wurden insgesamt acht Studien aus Großbritannien, der Schweiz, Norwegen, den Vereinigten Staaten von Amerika und Brasilien und zwei deutsche Forschungsarbeiten aus den letzten zehn Jahren ausgewählt (siehe Tab. 1).

**Tabelle 1 Nationale und internationale Studien zu interpersoneller Gewalt in der klinischen Notfallversorgung**

Autor/innen	Vorgehen	Reichweite und Fokus	Prävalenz
Sivarajasingam/Shepherd (2001) (GB)	Sekundäranalyse von Patientendaten für einen 3-Jahres-Zeitraum (1995-1998)	33 NA. Repräsentative Stichprobe für eine Region in England. Fokus: Akutprävalenz von gewaltbedingten Verletzungen	2,5 %
Downing et al. (2003) (GB)	Sekundäranalyse von Patientendaten für einen 1-Jahres-Zeitraum (1999-2000)	12 NA der West Midlands (GB). Repräsentative Stichprobe für die Region. Fokus: Akutprävalenz und Ursachen	1,9 %
Boyle/Todd (2003) (GB)	Befragung aller Pat. durch männliche Interviewer (zwei Wochen in 2001)	NA in Cambridge. Fokus: Bedeutung von Partnergewalt für Männer und Frauen in der Notaufnahme. (Akut- und Lebenszeitprävalenz)	1,2 % akut 20 % LZ
Steen/Hunskaar (2004) (N)	Befragung von Gewaltbetroffenen, in einem zwei Jahreszeitraum durch Ärztinnen und Ärzte	NA des Klinikums in Bergen (n= 1.803). Fokus: Akutprävalenz und Ursache gewaltbedingter Verletzungen	1,3 %
Brzank et al. (2005) (D)	Befragung aller Patientinnen in der Notaufnahme durch Interviewerinnen (sieben Wochen)	NA Benjamin Franklin KH/Berlin. Fokus: Akut-, 12-Monats- und Lebenszeitprävalenz von körperl. und sexual. Gewalt (Frauen)	3,6 % akut 6,9 % 12-Monat
Hofner et al. (2005) (CH)	Befragung aller erwachsenen Patientinnen und Patienten über einen Monat	NA Uniklinikum Lausanne. Fokus: Akutprävalenz und 12-Monatsprävalenz körperlicher und psychischer Gewalt	3 % akut 11 % 12-Monat
Exadaktylos et al. (2007) (CH)	Sekundäranalyse von Patientendaten in einem 6-Jahres-Zeitraum (2001-2006)	NA des Uniklinikums Bern. Fokus: Verletzungsarten, Behandlungsdauer und Kosten. Häufigkeitstrends über sechs Jahre	< 1 %
Saltzman et al. (2007) (USA)	Sekundäre Datenanalyse aus nationaler Patientendatenbank	Repräsentative Daten für die USA. Einschluss von 66 NA. Fokus: Akutprävalenz sexual. Gewalt in Notaufnahmen	0,025 %
Kühne (2007) Süße (2008) (D)	Sekundäranalyse von Patientendaten jeweils in einem 1-Jahres-Zeitraum	Universitätsklinikum Hamburg und Klinikum St. Georg Hamburg. Fokus: Akutprävalenz, Art und Schwere von gewaltbedingten Verletzungen	3,4 % akut 13,1 % akut
Gawryszewski et al. (2008) (BR)	Befragung Gewaltbetroffener durch das Pflegepersonal	Einschluss von 62 NA. Fokus: Akutprävalenz und Ursachen	9 %
Legende: NA=Notaufnahmen; LZ=Lebenszeitprävalenz; GB=Großbritannien; USA=United States of America; N=Norwegen; D= Deutschland; CH=Schweiz; BR=Brasilien			

Die Akutprävalenz behandlungsbedürftiger Gewaltfolgen liegt in den Studien zwischen unter 1 % und 13,1 %. Eine repräsentative Studie aus den USA (Saltzman et al. 2007) untersuchte ausschließlich behandlungsbedürftige Folgen sexualisierter Gewalt und fand eine Prävalenz von 0,025 %. Zwei Studien (Brzank et al. 2005 und Hofner et al. 2005) untersuchten neben der Akut- auch die Zwölf-Monatsprävalenz von Gewalterfahrungen und kamen auf 6,9 % und 11 %. Die Studie von Todd und

Boyle (2003) untersuchte auch die Lebenszeitprävalenz der Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten, die zu einer Behandlung in die Notaufnahme kamen und fanden eine Betroffenheit bei 20 % der Personen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass es international aussagekräftige Erkenntnisse zu der Häufigkeit gewaltbedingter Verletzungen in Notaufnahmen gibt. Über länger zurückliegende Gewalterfahrungen von Patientinnen und Patienten der Notaufnahme (Zwölf-Monats- oder Lebenszeitprävalenz) liegen weniger Daten vor. Es existieren unterschiedliche Studiendesigns zu der Erhebung von Gewaltprävalenz. Notaufnahmen unterscheiden sich durch ihre Einbettung in ihre soziale Umwelt (z.B. urbane oder rurale Lage) in dem Vorkommen von gewaltbetroffenen Patientinnen und Patienten. Die Prävalenzwerte weichen daher auch entsprechend voneinander ab und eine Übertragung auf andere Notaufnahmen ist kaum möglich.

Die unterschiedlichen Studiendesigns bringen jeweils Vor- und Nachteile mit sich; eine methodische Diskussion fehlt in den vorliegenden Studien jedoch weitgehend. Die Unterschiede in den Vorgehensweisen könnten folgende Gründe haben: Die persönliche Befragung der Patientinnen und Patienten wurde genutzt, um Charakteristika der aktuellen Gewaltverletzungen zu erkennen und zurückliegende Gewalterfahrungen aufzudecken. Die Erhebungen anhand elektronischer Patientendaten ermöglichte es dagegen, eine große Anzahl an Patientinnen und Patienten zu erfassen und somit repräsentative Erkenntnisse für größere Bevölkerungsgruppen zu liefern. Sie weisen jedoch auch ein größeres Dunkelfeld auf als die persönlichen Befragungen und liefern keine Aussagen über zurückliegende Gewalterfahrungen von Patientinnen und Patienten.

Insbesondere in Deutschland ist es schwierig, aussagekräftige Patientendaten für eine Sekundäranalyse zu generieren. Es kann, aufgrund der fehlenden ICD-10-GM Codierung für fremdverschuldete Verletzungen, nicht davon ausgegangen werden, alle Gewaltfälle retrospektiv aus den Patientenakten zu erkennen. In Deutschland existiert keine anonyme und zentrale Speicherung von Patientendaten mit gewaltbezogenen Informationen, wie Saltzmann et al. (2007) sie für die repräsentative Studie zu sexualisierter Gewalt nutzten. Über die persönliche Befragung der Patientinnen und Patienten durch das Notaufnahmepersonal liegen wenige Erfahrungswerte vor. In der Studie von Hofner et al. (2005) scheint diese erfolgreich gewesen zu sein (hohe Response-Rate und positives Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer).

#### **1.4 Forschungskontext und Fragestellungen**

Die Studie GeNoaH ist Teil der Forschungsaktivitäten der Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“ am Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Die Arbeitsgruppe beschäftigt sich hauptsächlich mit der Rolle verschiedener Einrichtungen und Berufsgruppen des Gesundheitswesens bei der Behandlung und Dokumentation gewaltbedingter Verletzungen. Im Rahmen der einzelnen Projekte wurde deutlich, dass für einen erfolgreichen Übertrag von Forschungserkenntnissen in neue Versorgungs- oder Präventionsangebote eine realistische Einschätzung der Prävalenz gewaltbedingter Behandlungen notwendig ist. Die Notaufnahme stellt sich zudem in der aktuellen Erkenntnislage als wichtige „Eintrittspforte“ Gewaltbetroffener in den Versorgungssektor dar. Die Forschungsfragen der Studie GeNoaH lauten deswegen:

1. Wie viele Patientinnen und Patienten werden in hessischen Notaufnahmen aufgrund von Gewaltfolgen behandelt?
2. Wie viele der Patientinnen und Patienten, die in hessischen Notaufnahmen behandelt werden, haben innerhalb des letzten Jahres Gewalt erfahren?

Ergänzend zu der Akut- und der Zwölf-Monatsprävalenz von Gewalt soll die Studie Aufschluss darüber geben, wie die Teilnahmebereitschaft und die Reaktionen der Patientinnen und Patienten auf die Befragung nach Gewalt und die Erfahrungen des Gesundheitspersonals mit der Routinebefragung der Patientinnen und Patienten sind.

Für die GeNoaH-Studie war geplant, sechs hessische Notaufnahmen einzuschließen, um ein möglichst umfassendes Bild für Hessen zu bekommen. Dabei sollte idealerweise jede der sechs hessischen Versorgungsregionen nach dem Krankenhausbedarfsplan berücksichtigt werden. Dieses Ziel wurde nicht erreicht. Es konnten drei Kooperationskliniken für die Studie geworben werden (siehe Tab. 2). Die GeNoaH-Studie ist deshalb eine Pilotstudie, die neben der Untersuchung von Gewaltprävalenz, Erfahrungen mit der Datenerhebung in Notaufnahmen generieren soll.

## 2 Studiendesign

Das Personal der teilnehmenden Notaufnahmen sollte ihre Patientinnen und Patienten persönlich, routinemäßig und standardisiert nach akuten und zurückliegenden Gewalterfahrungen befragen. Dafür wurden die Ärztinnen bzw. Ärzte und Pflegekräfte in der Befragung ihrer Patientinnen und Patienten geschult. Die Schulung schloss Informationen und Hilfestellungen zum Umgang mit Personen, denen Gewalt widerfahren war, ein (z.B. Hilfe für die Gesprächsführung und zu dem lokalen Hilfesystem).

Als Befragungsinstrument wurde eine modifizierte Form des Partner Violence Screen (PVS) benutzt. Der PVS ist als einziges aller Screening-Instrumente zu Gewalt deutschsprachig validiert (Nyberg et al. 2008) und es liegen Erfahrungen in Notfallambulanzen vor (Feldhaus 1997). Dieses Instrument wurde für eine ähnliche Studie in Lausanne auf interpersonelle Gewalt übertragen und ins Französische übersetzt (Hofner et al. 2005). Für das GeNoaH-Projekt erfolgte, entlang eines Abgleichs der US-amerikanischen, französischen und deutschsprachigen Fassungen des PVS und der Begleitfragen, eine Anpassung an die Bedürfnisse der beteiligten Kliniken.

Die Fragen zu Gewalterfahrungen im Rahmen des Screenings lauteten:

1. Sind Sie im Laufe der letzten 12 Monate von jemandem geschlagen, getreten, geboxt oder auf andere Art körperlich angegriffen worden?
2. Sind Sie im Laufe der letzten 12 Monate von jemandem bedroht, zu etwas gezwungen worden oder wurde Ihnen Angst gemacht?
3. Wenn ja: Ist dies der Grund für Ihren Besuch hier in der Notaufnahme?

Die erste Frage diente der Erhebung der Zwölf-Monatsprävalenz körperlicher Gewalt, Frage zwei der Erhebung psychischer Gewalt. Eine Bejahung der Frage drei in Verbindung mit den Fragen eins und zwei wurde als Akutprävalenz definiert.

Ergänzend wurde bei der Bejahung der Fragen eins oder zwei gefragt, in welcher Beziehung die Betroffenen zu der Täterin bzw. dem Täter standen, wo sich die Gewalttat ereignete und ob die Patientin bzw. der Patient sich aktuell sicher fühlt. Die Frage nach dem Sicherheitsgefühl sollte den aktuellen Handlungsbedarf des Hilfesystems verdeutlichen. Zusätzlich wurden die soziodemografischen Daten wie Alter in Jahren, Geschlecht, Muttersprache (Deutsch/Andere), erkennbare Behinderungen (Ja/Nein) festgehalten. Diese sollten es ermöglichen, Korrelationen zwischen den Merkmalen Geschlecht, Migrationshintergrund, Behinderung, Alter und Gewalt zu untersuchen. Datum und Uhrzeit der Aufnahme, die zuständige Fachrichtung (chirurgisch oder internistisch) und die Angabe von Ausschlussgründen wurden als Rahmendaten erhoben.

In einem Befragungszeitraum über 28 Tage sollten alle Patientinnen und Patienten der definierten Befragungspopulation eingeschlossen werden (Vollerhebung). Dies sollte eindeutige Aussagen über den Erhebungsmonat sowie eine verlässliche Hochrechnung auf einen Zwölf-Monatszeitraum ermöglichen. Es wurde keine randomisierte Stichprobe geplant.

In zwei der drei Kliniken wurden ausschließlich volljährige ( $\geq 18$  Jahre), chirurgische Patientinnen und Patienten eingeschlossen. Eine Klinik befragte sowohl chirurgische als auch internistische Notfälle ( $\geq 18$  Jahre). Notfälle, die zu der Behandlung in eine Fachabteilung wie in eine HNO-Abteilung oder in eine gynäkologische Abteilung weiter verwiesen wurden, wurden aus der Befragung ausgeschlossen. Als Ausschlusskriterien für die Befragung galten außerdem: Subjektiv empfundener Zeitmangel des Personals, schlechter Allgemeinzustand der Patienten oder Patientinnen, Verständigungsprobleme, kognitive Beeinträchtigungen inklusive Drogeneinfluss oder Ablehnung der Befragung durch die Patientin, den Patienten.

**Tabelle 2 Kooperationskliniken und Größe der teilnehmenden Notaufnahmen**

Untersuchungseinheit		Erhebungszeitraum
Klinikum A: 1.052 Betten	Zentrale Notaufnahme mit durchschnittlich 20.000 <i>chirurgischen</i> Patient/innen pro Jahr	14.02.2011 - 13.03.2011 28 Tage
Klinikum B: 800 Betten	Zentrale Notaufnahme mit ca. 12.000 <i>chirurgischen</i> und 10.000 <i>internistischen</i> Patient/innen in 12 Monaten	28.02.2011 - 27.03.2011 28 Tage
Klinikum C: 247 Betten	Notaufnahme mit durchschnittlich 3.500 <i>chirurgischen</i> Patient/innen pro Jahr	07.03.2011 - 03.04.2011 28 Tage

Der Erhebungsprozess wurde an die Wünsche der jeweiligen Notaufnahmen angepasst. Die Ergebnisse sind daher zwischen den Notaufnahmen nicht vergleichbar. In der Notaufnahme des Klinikums A waren ausschließlich die Pflegekräfte für die Auswahl und Befragung der geeigneten Patientinnen und Patienten zuständig. In der Notaufnahme des Klinikums B legte das Aufnahmepersonal einen Befragungsbogen in die Akte geeigneter Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Danach führten Pflegekräfte oder Ärztinnen und Ärzte die Befragung durch, je nachdem wer zuerst oder intensiver in Kontakt mit der Person trat. Im Klinikum C legte ebenfalls das Aufnahmepersonal Befragungsbogen in die Akten, befragt wurde aber ausschließlich durch die Ärztinnen und Ärzte der Notaufnahme.

Die erhobenen Daten wurden elektronisch eingelesen, Erhebungsfehler bereinigt und anschließend mit dem Statistikprogramm PASW Statistics (by SPSS) Version 18.0 deskriptiv ausgewertet.

## 3 Ergebnisse

### 3.1 Notaufnahme des Klinikums A

Die Pflegekräfte der zentralen Notaufnahme (ZNA) schlossen 118 von 771 möglichen Patientinnen und Patienten in die Erhebung ein. Auf 36 dieser Personen trafen Ausschlussgründe für eine Befragung zu; 19 Fälle waren ungültig aufgrund von Erhebungsfehlern und 63 wurden nach Gewalt befragt.

Der große Anteil an nicht eingeschlossenen Patientinnen und Patienten geht darauf zurück, dass die Pflegekräfte nur zu ca. jeder sechsten Person Kontakt hatten. Die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten wurden wegen kleineren Verletzungen ärztlich behandelt und entlassen, ohne dass sich für die Pflegekräfte die Gelegenheit einer Befragung ergab. Daraufhin stellten die Pflegekräfte die Erhebung nach 14 Tagen ein.

An einem der 14 Erhebungstage wurden mehrere Gewaltbetroffene (sechs Männer) nach einer Auseinandersetzung behandelt. Dies kann die Prävalenz für den verkürzten Erhebungszeitraum zusätzlich verzerren. Wird die Häufung Gewaltbetroffener an diesem Tag aus der Analyse ausgeschlossen, ergibt sich für die ZNA des Klinikums A eine Akutprävalenz von 14,5 % (neun Betroffene) und eine Zwölf-Monatsprävalenz von 17,5 % (elf Betroffene). Alle Gewaltopfer gaben an, sowohl körperliche als auch psychische Gewalt erfahren zu haben. Vier gaben zusätzlich an, sich in ihrem sozialen Umfeld nicht sicher zu fühlen.

Unter den Betroffenen waren sechs Männer und fünf Frauen. Eine Frau gab an, von Partnergewalt betroffen zu sein. Eine weitere Frau und ein Mann berichteten, durch Familienangehörige Gewalt erfahren zu haben. Knapp die Hälfte der Betroffenen (fünf Personen) hatte einen Migrationshintergrund.

Die Qualität der Daten reicht nicht aus, um die ermittelte Prävalenz auf den Erhebungsmonat und einen Zwölf-Monatszeitraum zu übertragen. In dieser kleinen Gruppe befragter Patientinnen und Patienten ist die Gewaltprävalenz jedoch überdurchschnittlich hoch und bestätigt so den subjektiven Eindruck des Notaufnahmepersonals, das im Voraus äußerte, häufig in dem Arbeitsalltag mit Gewaltopfern konfrontiert zu sein.

Die Pflegekräfte sowie der ärztliche Leiter der ZNA würden die Studie jederzeit wiederholen, wenn die Befragung durch externe Personen durchgeführt wird. Sie halten die eigenständige, standardisierte Befragung für nicht durchführbar, sind aber an der Thematik interessiert. Die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte lehnten eine Befragung ihrer Patientinnen und Patienten bereits im Vorhinein ab.

### 3.2 Notaufnahme des Klinikums B

Im Klinikum B wurde die größte Anzahl an Patientinnen und Patienten eingeschlossen (n= 530). Eine Vollerhebung gelang jedoch auch in dieser ZNA nicht. 1.882 Personen hätten eingeschlossen werden können, davon 1.111 chirurgische und 771 internistische Patientinnen und Patienten. Von den 530 eingeschlossenen Fällen wurden 210 nach Gewalterfahrungen befragt und in 320 Fällen wurden Ausschlussgründe für die Befragung angegeben. Der am häufigsten angegebene Grund für die Nicht-



Befragung war der subjektiv empfundene Zeitmangel in der Behandlungssituation (104 Fälle). Das Personal der ZNA gab an, dass die Arbeitsteilung zwischen dem Aufnahmepersonal und den Pflegekräften gut funktioniert hätte. Die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte ergänzten die Befragung vereinzelt.

Die Erhebung ergab eine Akutprävalenz von 4,3 % und eine Zwölf-Monatsprävalenz von 9 %. Für die chirurgischen Patientinnen und Patienten lagen die Akutprävalenz (8,3 %) und die Zwölf-Monatsprävalenz (12,5 %) deutlich höher. Unter den internistischen Patientinnen und Patienten war die Akutprävalenz von Gewalt sehr niedrig (0,9 %); die Zwölf-Monatsprävalenz spielt dagegen auch bei ihnen eine Rolle (6,4 %).

Bis auf einen Mann gaben alle identifizierten Gewaltbetroffenen (19 Personen) an, sowohl körperliche als auch psychische Gewalt erfahren zu haben. 17 Personen gaben zusätzlich ein fehlendes Sicherheitsgefühl an. Unter den Gewaltbetroffenen waren sieben Frauen und zwölf Männer. Familiäre Gewalt bzw. Partnergewalt betrafen vier Frauen und ein Mann. Knapp die Hälfte der Betroffenen (9 Personen) hatte einen Migrationshintergrund.

Für das Klinikum B konnte die Anzahl der behandlungsbedürftigen Gewaltbetroffenen und die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Gewalt in der Anamnese sowohl für den Erhebungszeitraum als auch für einen Zwölf-Monatszeitraum geschätzt werden. Aufgrund der geringen Einschussrate und dem vermehrten Einschluss in den Tagschichten sind die Angaben jedoch als Mindestangaben zu werten.

Die ZNA des Klinikums B behandelte zwischen dem 28.02.2011 und dem 28.03.2011 mindestens 81 Personen aufgrund von Gewaltfolgen. Diese kamen fast ausschließlich für eine chirurgische Behandlung. In diesem Zeitraum wurden außerdem etwa 169 Personen behandelt, die in den vorangegangenen zwölf Monaten Gewalt erfahren hatten. Knapp 2/3 dieser Personen wurde chirurgisch behandelt, gut 1/3 internistisch.

In einem Zeitraum von zwölf Monaten versorgt die ZNA des Klinikums B mindestens 1.000 Personen aufgrund von Gewaltfolgen und mindestens 2.000 Patientinnen und Patienten haben Gewalterfahrungen in ihrer Anamnese.

Die pflegerische und ärztliche Leitung der ZNA sowie die aktiv Mitarbeitenden an der Studie zeigten großes Interesse für die Thematik. Die Pflegekräfte der ZNA nahmen anschließend noch an qualitativen Interviews teil, die die Gewalterfahrungen des Personals der Notaufnahme untersuchten (Klass et al. 2012).

### **3.3 Notaufnahme des Klinikums C**

Die Erhebung in der Notaufnahme des Klinikums C lieferte keine aussagefähigen Daten. Es wurden 53 gültige Fälle von 371 möglichen Fällen in die Erhebung aufgenommen. Davon wurden 38 Personen nach Gewalterfahrungen befragt. Leider konnten die Gründe für den Nicht-Einschluss einiger Patientinnen und Patienten im Nachhinein nicht rekonstruiert werden. Eine Verzerrung sowohl bei der Vorauswahl der Teilnehmenden durch das Aufnahmepersonal als auch bei der Befragung durch die diensthabenden Ärztinnen und Ärzte ist nicht auszuschließen.

### 3.4 Häufigkeiten von Gewalt und Charakteristika der identifizierten Gewaltopfer

Alle drei Notaufnahmen identifizierten im Laufe der Erhebung gewaltbetroffene Patientinnen und Patienten, die nicht ablehnend auf die Befragung nach Gewalterfahrungen reagierten. Keine der beteiligten Notaufnahmen konnte eine Vollerhebung über den Zeitraum von 28 Tagen verwirklichen. Tabelle 3 zeigt zusammenfassend die Ergebnisse der Akut- und der Zwölf-Monatsprävalenz.

**Tabelle 3 Zusammenfassung der Studienergebnisse für die drei Kooperationskliniken**

	Befragte (n)	Gewalterfahrungen (n)			Prävalenz in der Erhebung (in %)		Behandlungen in 12 Monaten
		Männer	Frauen	gesamt	Akut	12 Monate	Schätzung
<b>Klinikum A</b>	63	6	5	11	14,5 %	17,5 %	--
<b>Klinikum B</b>	210	12	7	19	4,3 %	9 %	min. 1.000
<b>Klinikum C</b>	38	4	--	4	--	--	--

In allen drei Notaufnahmen konnten keine gewaltbetroffenen Personen über 70 Jahre identifiziert werden. Nur eine Person über 60 Jahre gab an, Gewalt innerhalb der vorangegangenen zwölf Monate erfahren zu haben. Der Anteil von Personen mit Migrationshintergrund unter den Gewaltbetroffenen lag zwischen 34 % in A und C sowie knapp 50 % in B. Dies ist in allen drei Notaufnahmen höher als in der entsprechenden Grundgesamtheit.

Öffentliche Gewalt fand ausschließlich an öffentlichen Tatorten statt. Der Arbeits- und Ausbildungsplatz kam in den Erhebungen aus A und B als Tatort psychischer Gewalt vor. Familiäre Gewalt und Partnergewalt fanden häufiger in privater als in öffentlicher Umgebung statt. Gewalt unter fremden oder bekannten Personen betraf meist Männer und fand in öffentlichen Räumen statt. Männer erfuhr häufiger körperliche Gewalt als Frauen. Unter den Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Gewalt behandelt wurden, befanden sich daher auch mehr Männer als Frauen. Bei der Zwölf-Monatsprävalenz wurden gleich viele Männer und Frauen identifiziert und von psychischer Gewalt waren Frauen häufiger betroffen als Männer.

Mindestens 1/3 aller Gewaltbetroffenen gab an, sich zum Zeitpunkt der Befragung in ihrem sozialen Umfeld nicht sicher zu fühlen. Außerdem berichteten einzelne Personen davon, sich in ihrem sozialen Umfeld nicht sicher zu fühlen, obwohl sie die Gewaltfragen verneint hatten.

### 3.5 Erkenntnisse aus den Schulungen

Aus den Schulungen und den damit verbundenen Gesprächen mit dem Personal der beteiligten Notaufnahmen ging hervor, dass einige Aufgaben im Umgang mit Gewaltbetroffenen als selbstverständlich angesehen werden, andere jedoch Handlungsunsicherheiten hervorrufen und nicht als Versorgungsauftrag anerkannt werden (siehe Tab. 4).

**Tabelle 4      Angaben von Personal der Notaufnahme zur Versorgung Gewaltbetroffener**

<b>Aufgaben</b>	<b>Einstellung und Handlungssicherheit</b>
<b>Gewaltbedingte Verletzungen medizinisch versorgen</b>	Wurde eindeutig als Aufgabe von Notaufnahmen thematisiert. Es existierten keine erkennbaren Handlungsunsicherheiten.
<b>Beratung und Schutz Gewaltbetroffener</b>	Wurde meist als Aufgabe von Notaufnahmen thematisiert. Es existierten Handlungsunsicherheiten.
<b>Gerichtsverwertbare Dokumentation von Gewaltfolgen</b>	Die polizeibeauftragte Dokumentation wird als Aufgabe von Notaufnahmen verstanden, eine Dokumentation im Auftrag von Patientinnen und Patienten wird nicht angeboten.
<b>Gewalt als Ursache einer Verletzung erkennen/zurückliegende Gewalterfahrungen erkennen</b>	Wurde nicht als Aufgabe von Notaufnahmen thematisiert. Es wird keine Routinebefragung nach Gewalt durchgeführt. Es existieren Handlungsunsicherheiten bei der Ansprache von Patientinnen und Patienten.

Die Versorgung körperlicher Verletzungen wird eindeutig als Zuständigkeit der Notaufnahmen empfunden, unabhängig davon, wie diese entstanden sind. Es werden aber keine Routinefragen in der Anamnese gestellt, um Gewaltbetroffene zu identifizieren und entsprechende Versorgungsangebote zu unterbreiten. Bei der Thematisierung von Gewalt zeigten sich Handlungsunsicherheiten. Die Beteiligten berichteten, dass sie Personen nur bei einem subjektiv wahrgenommenen, begründeten Verdacht ansprechen und auch nur dann, wenn sie eine Beziehung zu der Person haben wie z. B. bei wiederholter Behandlung.

Die Beratung erkennbar gewaltbetroffener Personen und die Gewährleistung ihres akuten Schutzes werden ebenfalls als sinnvolle Aufgaben erkannt, bei der Weitervermittlung und Beratung von Opfern werden jedoch Handlungsunsicherheiten thematisiert. Diese beziehen sich vor allem auf abhängige Patientengruppen wie demenziell Erkrankte oder Kinder.

Die gerichtsverwertbare Dokumentation von Gewaltfolgen wird durch Ärztinnen und Ärzte als Leistung kommuniziert, die sie im Auftrag der Polizei erbringen und nicht originär als Bestandteil ihrer Arbeit ansehen. Eine Dokumentation von Gewaltfolgen im Auftrag der Patientinnen und Patienten erfolgte in den beteiligten Notaufnahmen bislang nicht.

Eine Routinebefragung der Patientinnen und Patienten nach Gewalt, die Dokumentation von Gewaltfolgen und die Beratung sowie Weiterleitung Gewaltbetroffener wurden als sinnvolle Maßnahmen angesehen. Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte stellten im Hinblick auf diese drei Versorgungsaspekte die Frage, warum man sie in der Notaufnahme wahrnehmen sollte und wer konkret dafür zuständig sein könnte. In allen drei Notaufnahmen äußerten die Pflegekräfte deutlicher als das ärztliche Personal, sich für die adäquate Versorgung und Weitervermittlung der Gewaltopfer verantwortlich zu fühlen.

Die Handlungsfreiheit der Pflegekräfte in einer Notaufnahme ist eingeschränkt und sie sind in vielen Bereichen auf ärztliche Anordnungen angewiesen. Bei der gerichtsverwertbaren Dokumentation von Gewaltfolgen ist es beispielsweise für Pflegekräfte nicht möglich, die Versorgungsverantwortung zu übernehmen, da diese in Deutschland durch approbierte Ärztinnen und Ärzte durchgeführt werden muss, um als Beweis vor Gericht verlesen werden zu können.

Die Beteiligten merkten an, dass es ihnen unrealistisch erscheint, mehr Aufgaben wahrzunehmen, wenn dies nicht durch eine entsprechende Qualifikation und eine Erweiterung der Personalkapazität unterstützt würde. Ein Schulungsbedarf wurde geäußert, aber gleichzeitig auch die strukturelle Anpassung der Arbeitsbedingungen an die spezifischen Anforderungen gefordert. In keiner Notaufnahme wurde die Zuständigkeit für die Versorgung von Gewaltbetroffenen grundlegend in Frage gestellt.

## 4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie zu der Gewaltprävalenz in drei hessischen Notaufnahmen lieferte in zwei von drei Erhebungen keine verlässliche Grundlage für eine statistische Schätzung von Fallzahlen. Trotzdem deutet sich die Alltäglichkeit der Versorgung von Gewaltopfern in der Notaufnahme an, stärker für chirurgische als für internistische Patientinnen und Patienten. Insoweit wird die internationale Studienlage bestätigt.

Das Notaufnahmepersonal ist demnach regelmäßig damit konfrontiert, Gewaltfolgen behandeln zu müssen und könnte aufgrund der flächendeckenden Versorgungsstrukturen wichtige Aufgaben bei der Versorgung und Prävention gewaltbedingter Gesundheitsprobleme übernehmen. Fehlende Transparenz über die Art und den Umfang der mit Gewalt einhergehenden Anforderungen führen zu Handlungsunsicherheiten und unklaren Zuständigkeiten. Eine unzureichende Versorgung von Gewaltopfern und eine höhere Belastung des Personals können die Folge sein.

Für die Planung und Entwicklung der Versorgungsqualität wäre es wichtig, die Anzahl gewaltbedingter Notfallbehandlungen und die dabei anfallenden Aufgaben genau zu kennen. Die Frage, wie dies erreicht werden könnte, wurde im Rahmen der GeNoaH-Studie weitgehend beantwortet.

Die Notaufnahme ist ein Forschungsfeld, in dem die Erhebung durch Praxisakteure sinnvoll sein kann, einerseits um das Vertrauensverhältnis zwischen Patientinnen, Patienten und behandelnden Personen zu nutzen, andererseits um die behandelnden Personen für Gewalterfahrungen ihrer Patientinnen und Patienten zu sensibilisieren. Die Erhebung durch die Ärzteschaft und Pflegekräfte wäre eine erfolgversprechende Möglichkeit des Gewalt-Monitorings, wenn in Notaufnahmen ein zeitlich unbegrenztes Routinescreening nach Gewalterfahrungen implementiert wäre. In deutschen Notaufnahmen ist dies jedoch in der Regel nicht der Fall.

In der vorliegenden Studie wurde versucht, das Personal sowohl für ein Screening nach Gewalterfahrungen als auch für den Umgang mit Gewaltbetroffenen zu schulen und eine Datenerhebung auf den neu erlernten Fähigkeiten aufzubauen. Diese Kopplung von Intervention und Erhebung erwies sich als nicht zielführend. Vielmehr fühlten die beteiligten Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte sich mit der Datenerhebung in ihrem Arbeitsalltag überfordert.

Stattdessen könnten, vergleichbar dem Vorgehen in anderen Studien wie z.B. bei Brzank et al. 2005; Hofner et al. 2005, zuerst qualitativ hochwertige Daten durch externe Interviewerinnen und Interviewer erhoben werden, um eine solide Planungsgrundlage zu schaffen. Als Befragungsinstrument erwies sich der modifizierte Partner Violence Screen (PVS) als geeignet. Um den Daten eine größere Aussagekraft zu geben, sollte eine randomisierte Stichprobe für eine gesamte Versorgungsregion ermittelt werden. Dieses Vorgehen erfordert zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen, die durch die teilnehmenden Kliniken nicht aufgebracht werden können. Eine externe Finanzierung, auch für die Datenerhebung, ist daher erforderlich.

Den quantitativen Einfluss von Gewalt auf die Arbeit in Notaufnahmen durch eine erfolgreiche Prävalenzstudie aufzuzeigen, ist jedoch nur der erste Schritt. Danach müssten angemessene Maßnahmen

formuliert, im System verankert und verstetigt werden. Die Implementierung dieser Maßnahmen und ihre Auswirkungen müssten langfristig überprüft werden.

Für deutsche Notaufnahmen ist es wichtig zu klären, was ihre Aufgaben im Zusammenhang mit Gewalt sind. Dafür sind gesetzliche Handlungsrichtlinien und verbindliche Qualitätsstandards dringend erforderlich. In Hessen ist die gerichtsverwertbare Dokumentation von Gewaltfolgen durch die Landesregierung ausdrücklich erwünscht (HSM 2010); ein klarer Auftrag oder ein externer Anreiz dafür besteht jedoch nicht. Eine Dokumentation der Gewaltfolgen scheint nur dann gesichert, wenn ein Auftrag durch die Polizei vorliegt. In diesem Fall wird die gerichtsverwertbare Dokumentation als Beweissicherung, meist bei Sexualstraftaten, durch die Gerichte bezahlt.

Ein Routinescreening nach Gewalterfahrungen wird in der internationalen Literatur als wirkungsvolle Früherkennungsmaßnahme beschrieben, ist aber in deutschen Notaufnahmen keine gängige Praxis. Die Klärung des Schutzbedarfes und die Weitervermittlung Betroffener an Hilfestellen sind nicht geregelt und somit abhängig von dem persönlichen Engagement, dem Wissen und den Arbeitsbedingungen des Notaufnahmepersonals. Um dies zu ändern, bedarf es eines klaren gesetzlichen Auftrags an die Notaufnahmen und einer entsprechenden Qualifikation des Personals.

Vor diesem Hintergrund ist zu klären, wem Aufgaben im Zusammenhang mit Gewalt zukünftig übertragen werden könnten. Aus der Arbeit mit den Notaufnahmen wurde deutlich, dass die Pflegekräfte sich stark mit dem Thema identifizieren. In einigen europäischen Ländern (z.B. Großbritannien) ist das Erkennen, Dokumentieren sowie das Management von Gewalterfahrungen in eine Fachweiterbildung für Pflegekräfte, das sog. „Forensic Nursing“, übergegangen (Blättner et al. 2009). Diese erweitert die Qualifizierung und damit den Handlungsspielraum der Pflegekräfte vor allem bei der gerichtsverwertbaren Dokumentation von Gewaltfolgen. Eine solche Fachkraft könnte eine Steigerung der Versorgungsqualität erreichen und die Spezialisierung bietet außerdem eine Möglichkeit der beruflichen Weiterentwicklung für Pflegefachkräfte. In Deutschland wäre es denkbar, dies an eine akademische Qualifikation von Pflegekräften zu binden, wie es etwa für die Übernahme der heilkundlichen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal im Rahmen von Modellprojekten diskutiert wird.

Die Schulung und Sensibilisierung des Notaufnahmepersonals zu dem Thema Gewaltbetroffenheit wäre der zentrale Bestandteil in der Qualitätssicherung und Verstetigung neuer Versorgungsaspekte für Gewaltopfer. Eine Vorreiterrolle nimmt S.I.G.N.A.L. e.V. ein, die im Jahr 2004 ein Curriculum für das Notaufnahmepersonal sowie andere Berufsgruppen des Gesundheitswesens veröffentlicht hatten (Hellbernd et al. 2004). Das erklärte Ziel des Vereins ist es jedoch, die grundständige Integration gewaltassoziierter Inhalte in das Curriculum für Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte zu erreichen.

## Literatur

- Blättner B; Krüger K; Grewe HA (2009): A.U.S.W.E.G. Ärztliche Dokumentation der Folgen häuslicher Gewalt, Sichtweisen der Gesundheitsversorgung – Eine Evaluationsstudie in Hessen. Forschungsberichte des gFFZ: Frankfurt a.M.
- Boyle A; Todd C (2003): Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. *Emerg Med J* 2003; 20 (5): 438-442
- Brzank P (2009): (Häusliche) Gewalt gegen Frauen: Sozioökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. Einführung und Überblick. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2009; 52 (3): 330-338
- Brzank P; Hellbernd H; Maschewsky-Schneider U; Kallischnigg G (2005): Häusliche Gewalt gegen Frauen und Versorgungsbedarf. Ergebnisse einer Befragung von Patientinnen einer Ersten Hilfe Rettungsstelle. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 2005; 48 (3): 337-345
- Bundesärztekammer (2010): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25.06.2010. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129> (Zugriff am 06.06.2011)
- Bundesärztekammer (2011): (Muster-)Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung (MBWO 2003) in der Fassung vom 18.02.2011. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.128.129> (Zugriff am 06.06.2011)
- Dotd C; Hogan B; Schäfer R; Petersen P; Altmann G (2010): Notfallmedizin in Deutschland. Ringen um Besitzstandswahrung. *Deut Ärzteblatt* 2010; 107 (30): A1440-A1443
- Downing A; Cotterill S; Wilson R (2003): The epidemiology of assault across the West Midlands. *Emerg Med J* 2003; 20 (5): 434-437
- Exadaktylos AK; Häuselmann S; Zimmermann H (2007): Are times getting tougher? A six-year survey of urban violence related injuries in a Swiss university hospital. *Swiss Med Wkly* 2007; 137 (37-38): 525-530
- Feldhaus K M; Koziol-McLain J; Amsbury HL; Norton IM; Lowenstein SR; Abbott JT (1997): Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA* 1997; 277 (17): 1357-1361
- Fleischmann T (2007): Der deutsche Weg zum Facharzt für Notfallmedizin. *Rettungsdienst* 2007; 30 (8): 829
- Gawryszewski VP; da Silva MM; Malta DC; Kegler SR; Mercy JA; Mascarenhas MD; Morais Neto OL (2008): Violence related injury in emergency departments in Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24 (6): 400-408
- Görgen T (2009): Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen. BMFSFJ/Bonn

- Gries A; Seekamp A; Wette T; Wygold T; Meixensberger J; Deuschl G; Galanski M; Sybrecht G (2010): Notfallbehandlung. Zentral und interdisziplinär. Dtsch Ärzteblatt 2007; 107 (7): A268-A269
- Harwell TS; Casten RJ; Armstrong KA; Dempsey S; Coons HL; Davis M (1998): Results of a Domestic Violence Training Program Offered to the Staff of Urban Community Health Centers. Am J Prev Med 1998; 15 (3): 235-242
- Hellbernd H; Brzank P; Wieners K; Maschewsky-Schneider U (2004): Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das SIGNAL-Interventionsprogramm. BMFSFJ/Berlin. <http://www.signal-intervention.de/index.php?link=butt55> (Zugriff am 02.10.2012)
- Hintz E; Blättner B; Renner J, Hahn D (2011): Evaluation der Implementierung des hessischen Dokumentationsbogens bei sexualisierter Gewalt gegen Frauen. Forschungsberichte des gFFZ: Frankfurt a.M.
- Hofner MC; Python NV; Martin E; Gervasoni JP; Graz B; Yersin B (2005): Prevalence of victims admitted to an emergency department. Emerg Med J 2005; 22 (7): 481-485
- Hogan B; Dodt C; Schäfer R; Droste W; Petersen P (2009): Europäisches Curriculum für Notfallmedizin. Hrsg. von DGINA e.V. [http://www.dgina.de/media/veroeffent/20100321\\_EuSEM\\_de.pdf](http://www.dgina.de/media/veroeffent/20100321_EuSEM_de.pdf) (Zugriff am 23.06.2011)
- HSM (2008): Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Allgemeiner Teil: Planungsgrundlage und Bedarfsprognose. Hessisches Sozialministerium/Wiesbaden
- HSM (2010): Ärztliche Dokumentation bei häuslicher Gewalt – körperlicher Misshandlung Information für die behandelnde Ärztin, den behandelnden Arzt. <http://www.familienatlas.de/ca/b/tp/> (Zugriff am 04.07.2011)
- Jungnitz L; Lenz HJ; Puchert R; Puhe H; Walter W (2005): Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland – Ergebnisse der Pilotstudie. BMFSFJ/Bonn
- Klass S; Grundel A; Blättner B (2012): Gewalt gegen Pflegekräfte der Notaufnahmen durch Patientinnen, Patienten und deren Angehörige. GeNoaH II – ein studentisches Forschungsprojekt. HS Fulda, unveröffentlichter Projektbericht
- Krankenhausfinanzierungsgesetz (2009): Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze. <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/khg/gesamt.pdf> (Zugriff am 23.06.2011)
- Krug EG; Dahlberg; Mercy JA; Zwi AB; Lozano R (2002). World report on violence and health. Hrsg. von WHO, Geneva [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/full\\_en.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf) (Zugriff am 23.06.2011)
- Kühne OC (2007): Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg. <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2007/3454/> (Zugriff am 07.06.2011)



- Müller U; Schröttle M. (2004): Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. BMFSFJ/Bonn
- Nyberg E; Hartman P; Stieglitz RD; Rieche-Rössler A (2008): Screening Partnergewalt. Ein deutschsprachiges Screeninginstrument für häusliche Gewalt gegen Frauen. Fortschr Neurol Psychiatr 2008; 76 (1): 28-36
- Saltzman LE; Basile KC; Mahendra RR; Steenkamp M; Ingram E; Ikeda R (2007): National Estimates of Sexual Violence Treated in Emergency Departments. Ann Emerg Med 2007; 49 (2): 210-217
- Schlack R; Hölling H (2007): Gewalterfahrungen von Kindern und Jugendlichen im subjektiven Selbstbericht. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2007; 50 (5-6): 819-826
- Shepherd JP (2007): The Role of Emergency Departments in Community Violence Prevention. Department of Health/Cardiff University, Heath Park Cardiff
- Sivarajasingam V; Shepherd JP (2001): Trends in community violence in England and Wales 1995-1998: an accident and emergency department perspective. Emerg Med J 2001; 18 (2): 105-109
- Sobotta R; Petersen PF; Altröck G; Huntemann M; Geppert R; Holstein EG; Hilmer T; Ludwig A; Walter B; Rupp P (2007): Die interdisziplinäre Notaufnahme: Konsensus der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notaufnahme e.V. Rettungsdienst 2007; 30 (8): 806-810
- Steen K; Hunskaar S (2004): Violence in an urban community from the perspective of an accident and emergency department: a two-year prospective study. Med Sci Monit 2004; 10 (2): CR75-79
- Süße A (2008): Gewaltbedingte Verletzungen in der chirurgischen Notaufnahme der Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Hamburg. <http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2009/3994/> (Zugriff am 07.06.2011)
- Walz G (2011): Organisationsformen der Notfallmedizin aus Sicht des Krankenhausmanagement. Fachspezifisch oder interdisziplinär? Der Chirurg 2011; 82 (4): 342-347
- Werdan K (2010): Evaluation medizinischer Notaufnahmen. Deut Ärzteblatt 2010; 107 (15): 259-260
- WHO (Hg.) (2003): Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung. WHO/Genf

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Aufgabenbereiche von Notaufnahmen .....	8
Tabelle 1	Nationale und internationale Studien zu interpersoneller Gewalt in der klinischen Notfallversorgung .....	11
Tabelle 2	Kooperationskliniken und Größe der teilnehmenden Notaufnahmen .....	15
Tabelle 3	Zusammenfassung der Studienergebnisse für die drei Kooperationskliniken .....	18
Tabelle 4	Angaben von Personal der Notaufnahme zur Versorgung Gewaltbetroffener .....	19

## Danksagung

Die Arbeitsgruppe „Gesundheitsschutz bei interpersoneller Gewalt“ bedankt sich herzlich bei den Praxispartnern der drei hessischen Kliniken, ohne deren Engagement die GeNoaH-Studie nicht möglich gewesen wäre. Insbesondere danken wir den Ärzten und Pflegekräften der beteiligten Notaufnahmen für ihre Bereitschaft, eine Befragung zur Versorgung von Gewaltopfern in ihren Arbeitsalltag zu integrieren.

**ISBN 978-3-940713-05-6**

**pg-papers 03/2012**

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Marquardstraße 35

D-36039 Fulda