

Notfall Rettungsmed 2018 · 21:347–348
<https://doi.org/10.1007/s10049-018-0487-7>
 Online publiziert: 17. Juli 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018



C. E. Wrede

Interdisziplinäres Notfallzentrum, HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Berlin, Deutschland

Notaufnahmen – Zeit für Deeskalation

Notaufnahmen sind regelmäßig Orte, in denen sowohl Patienten als auch Mitarbeiter besonderen Situationen ausgesetzt sind. Für Patienten und Angehörige kann dies die Erfahrung von Angst, Schmerzen oder Leid sein, oft auch verbunden mit medizinisch oder sozial begründeten Schwierigkeiten einer adäquaten Kommunikation. Diese Situationen können Unzufriedenheit und Aggression auf Patientenseite hervorrufen. Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter in Notaufnahmen sind hohen Anforderungen an die Ablauforganisation ausgesetzt, die durch wechselnde Arbeitslast, eine parallele Bewältigung mehrerer Aufgaben sowie ein breites Spektrum der medizinischen Versorgung von lebensbedrohlichen Situationen bis zu nicht dringlich erscheinenden Gründen einer Vorstellung geprägt sind. Hieraus ergeben sich regelmäßig Spannungsfelder zwischen Patienten bzw. Angehörigen und Mitarbeitern von Notaufnahmen, die auch zu verbaler und physischer Gewalt eskalieren können.

» Gewalt gegenüber Mitarbeitern ist in Notaufnahmen besonders häufig

Gewalt gegenüber Mitarbeitern ist in Notaufnahmen daher besonders häufig und wird anhand internationaler Daten auf mindestens einen Vorfall pro Woche und Notaufnahme geschätzt [4]. In den Notaufnahmen der Charité waren innerhalb von 6 Monaten fast alle Mitarbeiter mindestens einmal verbaler Gewalt und ein Drittel der Mitarbeiter körperlicher

Gewalt ausgesetzt, wobei Mitarbeiter der Pflege deutlich häufiger betroffen sind als Ärzte [3]. Die meisten Mitarbeiter in den Notaufnahmen, aber auch im Notarztdienst fühlen sich nicht ausreichend auf solche Situationen vorbereitet [3, 5].

Strategien zur Vermeidung solcher Gewaltsituationen beinhalten bauliche und strukturelle Maßnahmen sowie Deeskalationstrainings. Die Evidenz dieser Maßnahmen zur Verhinderung und Bewältigung von Übergriffen ist jedoch nicht eindeutig. In einer Mitgliederbefragung der Deutschen Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) waren bauliche und strukturelle Maßnahmen wie ein „panic room“ oder Systeme zur Alarmierung eines Sicherheitsdiensts bzw. der Polizei in nur wenigen Kliniken vorhanden, Deeskalationstrainings wurden in einem Drittel der teilnehmenden Kliniken angeboten [1].

Die Charité hat ein umfassendes Konzept zur Reduzierung von Gewalt gegenüber Mitarbeitern initiiert, das organisatorische und technische Maßnahmen im Bereich der Sicherheitsinfrastruktur sowie eine Ausbildung von Mitarbeitern zu Deeskalationstrainern umfasst. Die Trainer schulen dann als Multiplikatoren alle Mitarbeiter der Akutbereiche in Techniken der Deeskalation. In der aktuellen Ausgabe von *Notfall + Rettungsmedizin* stellen Frick et al. die Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung nach Durchführung von Deeskalationstrainings dar [2]. In der Selbsteinschätzung der Mitarbeiter zeigt sich eine deutliche Steigerung der Deeskalationsfähigkeiten gegenüber einer Befragung vor dem Training. Erlernte Techniken, insbesondere zur Erkennung von Frühsignalen, zum Umgang mit herausforderndem Verhal-

Dieses Editorial ist im Namen der gesamten Schriftleitung von *Notfall + Rettungsmedizin* erstellt.

ten und zur verbalen Deeskalation, wurden im Arbeitsalltag auch angewendet.

Verbale und physische Gewalt gegenüber Mitarbeitern ist vermutlich in allen Notaufnahmen Deutschlands ein relevantes Problem. Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass der Umgang mit Gewalt durch die Etablierung umfassender Deeskalationskonzepte deutlich verbessert werden kann. Es ist daher an der Zeit, solche Konzepte in allen Notaufnahmen zum Schutz der Mitarbeiter zu etablieren.



C. Wrede

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. C. E. Wrede

Interdisziplinäres Notfallzentrum, HELIOS
Klinikum Berlin-Buch
Schwanebecker Chaussee 50, 13125 Berlin,
Deutschland
christian.wrede@helios-gesundheit.de

Interessenkonflikt. C. Wrede gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Frick J, Slagman A, Lomberg L, Searle J, Möckel M, Lindner T (2016) Sicherheitsinfrastruktur in deutschen Notaufnahmen. Notfall Rettungsmed 19(8):666–670. <https://doi.org/10.1007/s10049-016-0179-0>
2. Frick J, Slagman A, Möckel M, Searle J, Stemmler F, Joachim R, Lindner T (2017) Erleben von aggressivem Verhalten in der Notaufnahme nach Etablierung eines Deeskalationstrainings. Notfall Rettungsmed 40:565. <https://doi.org/10.1007/s10049-017-0394-3>
3. Lindner T, Joachim R, Bieberstein S, Schiffer H, Möckel M, Searle J (2015) Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. Notfall Rettungsmed 18(3):195–200. <https://doi.org/10.1007/s10049-015-1982-8>
4. Ohlbrecht H, Bartel S, von Kardorff E, Streibelt M (2009) Gewalt in der Notaufnahme. Präz Gesundheitsf 4(1):7–14. <https://doi.org/10.1007/s11553-008-0146-9>
5. Petersen S, Scheller B, Wutzler S, Zacharowski K, Wicker S (2016) Aggression und subjektive Gefährdung in der Notfallmedizin: Eine Umfrage. Anaesthesist 65(8):580–584. <https://doi.org/10.1007/s00101-016-0202-3>

Sind europäische Patienten härter im Nehmen als ihre US-Leidensgenossen?

US-amerikanische Patienten geben nach identischen orthopädischen Operationen eine deutlich höhere Schmerzintensität an als Patienten in Europa. Obwohl die Patienten in den USA mehr Schmerzmittel erhielten, war ihr Wunsch nach mehr Schmerztherapie sogar noch höher als bei der Vergleichsgruppe aus 13 europäischen und außereuropäischen Ländern. Bei anderen Fragen zur Schmerztherapie, z.B. nach schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen, gab es dagegen kaum Unterschiede.

Diese Erkenntnisse sind das Ergebnis einer Auswertung von fast 14.000 Patientenbefragungen im Rahmen des weltweit größten Akutschmerzregisters PAIN OUT, das am Universitätsklinikum Jena koordiniert wird. „Bisher gibt es keine Studie, die so viele Patienten aus verschiedenen Ländern auf so standardisierte Art und Weise befragt hat“, betont Ruth Zaslansky, Erstautorin der Studie und Mitarbeiterin an der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Jena. Neben Ruth Zaslansky waren Richard Chapman, University of Utah, und Winfried Meißner, Koordinator des PAIN OUT Netzwerks vom Universitätsklinikum Jena an der Studie beteiligt.

Ein Teil der Ergebnisse ließe sich eventuell dadurch erklären, dass in den USA mehr Patienten bereits vor der Operation Opiode eingenommen haben, so die Autoren. Dies könne zu einer verringerten Wirkung der Schmerzmittel nach der Operation führen. Aber auch Patienten ohne vorbestehende Schmerztherapie geben in den USA höhere Schmerzen an als ihre europäischen Leidensgenossen. Die Autoren ziehen dafür zwei mögliche Erklärungen in Betracht: In den USA werden Patienten viel häufiger vom Pflegepersonal zu ihrer Schmerzintensität befragt als in Europa. Dies könnte zu einer stärkeren Fokussierung auf die eigenen Schmerzen führen und verhindern, dass Ablenkung vom Schmerz gelingt. Richtet sich die Schmerztherapie hauptsächlich nach der vom Patienten berichteten Schmerzintensität, könnte dies deshalb

eine Übertherapie zur Folge haben. „Der Parameter Schmerzintensität ist daher vielleicht nicht der beste Parameter, um die Qualität der Schmerztherapie zu beurteilen“, so Winfried Meißner.

Eine weitere Erklärung könnte in den kulturellen Unterschieden hinsichtlich der Schmerzerwartung liegen. Möglicherweise sind US-Patienten weniger bereit, auch nur mäßige Schmerzen zu tolerieren – eine Haltung, die durch das werbewirksame Versprechen vieler Kliniken, die Patientenzufriedenheit in den Mittelpunkt zu stellen, verstärkt wird. Hinzu kommen die Versprechungen der modernen Medizin, jegliche Zumutungen von Patienten fernzuhalten.

„Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die Frage nach der Schmerzintensität weder eine gute Basis für schmerztherapeutische Entscheidungen ist, noch als alleiniger Indikator für die Qualität der Versorgung in der Schmerztherapie dienen sollte“, betont Ruth Zaslansky. Natürlich sollte nicht auf die Messung von Schmerzaspekten verzichtet werden – aber möglicherweise eignen sich für Therapieentscheidungen und Qualitätsbewertung andere Indikatoren besser: Beispielsweise die Frage, ob Schmerz die Bewegung oder die Atmung behindert. Diese Hypothese muss jedoch noch weiter untersucht werden.

Originalliteratur:

Zaslansky R, et al. Pain after orthopaedic surgery: differences in patient reported outcomes in the United States vs internationally. An observational study from the PAIN OUT dataset. British Journal of Anaesthesia, 2018, <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.11.109>

Kontakt:

Ruth Zaslansky
Ruth.Zaslansky@med.uni-jena.de
apl. Prof. Dr. Winfried Meißner, Winfried.Meissner@med.uni-jena.de
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Jena