

Persönliche PDF-Datei für Bachler H, Fenzel L.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Umgang mit Aggression in der allgemeinmedizinischen Praxis

Allgemeinmedizin up2date

2025

345–360

10.1055/a-2228-9066

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Allgemeinmedizin up2date* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 2699-8696



Thieme

Umgang mit Aggression in der allgemeinmedizinischen Praxis

*Herbert Bachler
Lucas Fenzel*

VNR: 2760512025167570162

DOI: 10.1055/a-2228-9066

Allgemeinmedizin up2date 2025; 6 (4): 345–360

ISSN 2699-8696

© 2025. Thieme. All rights reserved.



Thieme

Unter dieser Rubrik sind bereits erschienen:

Die Schwangere in der hausärztlichen Sprechstunde Erika Baum
Heft 3/2025

Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern Lisa Degener Heft 3/2025

Der drogenabhängige Patient in der Hausarztpraxis Johannes Brönneke-Born Heft 1/2025

Patientenzentrierte Kommunikation Anne Simmenroth, Jessica Ruck Heft 4/2024

Der Mann in der Hausarztpraxis – Testosteronmangel Jörg Sandmann, Paul C. Wesselmann, Michael Zitzmann Heft 4/2024

ADHS, Angststörungen, Harn- und Stuhlinkontinenz, funktionelle Obstipation Lisa Degener Heft 2/2024

Sexuell übertragbare Erkrankungen Hanna Matthews, Stefan Schmiedel Heft 4/2023

Antipsychotika: Was der Allgemeinmediziner wissen sollte
Johanna Seifert, Hannah B. Maier, Sermin Toto, Dominik Dabbert
Heft 4/2023

Pflegende Angehörige – erkennen, Probleme identifizieren, Lösungen finden Robin John, Thomas Lichte, Marianne Schneemilch
Heft 3/2023

Alkohol- und andere Abhängigkeitserkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis Oliver Scheibenbogen, Florian Dürlinger, Reinhold Glehr Heft 2/2023

Herausforderung Demenz – Empfehlungen für die allgemeinmedizinische Betreuung Gerald Pichler, Nicole Fink, Annina Nairz, Daniel Hausmann Heft 2/2023

Hormonelle Kontrazeption in der hausärztlichen Praxis
Johannes Spanke Heft 4/2022

Hautausschläge bei Kindern und Jugendlichen Lisa Degener
Heft 3/2022

Der lange Weg zurück – Long COVID Markus Brose, Maria Wendler
Heft 3/2022

Geriatrisches Basisassessment Clemens Grupp Heft 1/2022

Depressive Erkrankungen in der Hausarztpraxis Sven Schulz, Florian Wolf Heft 1/2022

Begleitung Sterbender – Palliativmedizin in der hausärztlichen Versorgung Marie-Juliana Ehret, Myriam Reger, Michael Seitz
Heft 2/2021

Polypharmazie Hans-Otto Wagner Heft 2/2021

Keine Angst vor der Angst ... in der Sprechstunde
Hans-Michael Mühlenfeld Heft 1/2020

ALLES ONLINE LESEN



Mit der eRef lesen
Sie Ihre Zeitschrift:
online wie offline,
am PC und mobil,

alle bereits erschienenen Artikel.
Für Abonnenten kostenlos!
<https://eref.thieme.de/PJ146>

IHR ONLINE-SAMMELORDNER



Sie möchten jederzeit
und überall auf Ihr
up2date-Archiv zu-
greifen? Kein Problem!

Ihren immer aktuellen Online-
Sammelordner finden Sie unter:
<https://eref.thieme.de/24RUF>

JETZT FREISCHALTEN



Sie haben Ihre Zeit-
schrift noch nicht
freigeschaltet?
Ein Klick genügt:

www.thieme.de/eref-registrierung.

Umgang mit Aggression in der allgemeinmedizinischen Praxis

Vermeiden – Erkennen – Deeskalieren

Herbert Bachler, Lucas Fenzel



Hausärzt*innen sind zunehmend mit aggressiven Patient*innen konfrontiert – so das Fazit zahlreicher Untersuchungen. Besonders verbale Aggression stellt dabei ein ernstzunehmendes Problem dar, das die Patienten-Arzt-Beziehung, das Arbeitsklima in der Praxis sowie die psychische Gesundheit des Praxispersonals erheblich belasten kann. Ein aggressiver Tonfall, Beleidigungen oder sogar Drohungen sind häufige Ausdrucksformen dieser Konfliktsituationen.

WAS IST WICHTIG?

- 75% der Hausärzte in Deutschland gaben in Fragebögen an, in den letzten 12 Monaten mit Aggressionen konfrontiert worden zu sein.
- Aggressionen von Patient*innen haben vielschichtige Ursachen, z. B. persönliche wie Stress, Angst oder Schmerzen, aber auch lange Wartezeiten oder bestimmte Medikamente können eine Rolle spielen.
- Wie Ärzt*innen und Mitarbeitende den Aggressionen von Patient*innen begegnen können, ist erlernbar und muss Teil des Praxismanagements sein.

Einleitung

Indem die meisten Untersuchungen zu dem vorliegenden Thema auf Fragebögen basieren, unterliegen sie dem Bias selektiver Rückmeldungen von Betroffenen; systematische Studien fehlen. Klar ist: Die Ursachen für aggressive Verhaltensweisen in der hausärztlichen Praxis sind vielschichtig und reichen von individuellen Stressfaktoren bis hin zu strukturellen Problemen im Gesundheitswesen. Ein besseres Verständnis dieser Ursachen sowie gezielte Schulungen für Ärzt*innen und Praxispersonal können jedoch wesentlich zur Deeskalation beitragen.

Fragebogen-Untersuchungen unter Hausärzt*innen in Deutschland zeigen, dass ein Großteil im Laufe der Lebensarbeitszeit mit Aggressionen konfrontiert war – bis zu 75% im Laufe der vergangenen 12 Monate. Die Ausprägung der Gewalt ist naturgemäß unterschiedlich: Jeder 10. Hausarzt war Übergriffen ausgesetzt, ein Viertel erwähnt deutliche Übergriffe im Laufe der Berufskarriere [1]. In einer rezenten KBV-Befragung

BEISPIEL 1

Ein Substitutionspatient, 34 Jahre alt, reduzierte ohne ärztliche Rücksprache die Dosis seines Substitutionsmittels. Zitterig und kaltschweißig beginnt er, in der Sprechstunde ein Rezept zu fordern. Das Praxispersonal reagiere aus seiner Sicht zu langsam, woraufhin er einen Schlagring aus seinem Rucksack auspackt. Der selbst herbeigeführte Entzug als Ursache der emotionalen Anspannung wird rasch identifiziert. Im Gespräch wird die schwierige Situation des Patienten anerkannt und das Angebot einer gemeinsamen Lösungsfindung unterbreitet, sofern er sich auf die vereinbarten „Spielregeln“ einlassen und auf eine gewalttätige Grenzüberschreitung verzichten kann. Der volle Warteraum wird hierfür durch das Schließen der Verbindungstür abgetrennt – sowohl um weitere Störungen zu vermeiden als auch, um eine verstärkende Wirkung durch ein Publikum zu verhindern. Der Betroffene ist weiterhin in dieser Praxis in Substitutionsbehandlung und holt derzeit seinen Hauptschulabschluss nach.

von 7580 Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und medizinischen Fachangestellten gaben 80% der Befragten an, bereits beschimpft oder bedroht worden zu sein. Dabei ereignen sich die Vorfälle längst nicht mehr nur innerhalb der Praxen, sondern z. B. auch online [2]. Die Sensibilisierung für das Thema spiegelt sich in den letzten Jahren auch in entsprechenden Weiter- und Fortbildungsangeboten wider; zahlreiche medizinische Einrichtungen entwickelten in den letzten Jahren spezielle SOPs für ihre Mitarbeiter*innen (z. B. [3, 4]).

► **Tab. 1** Gewalt in Hausarztpraxen. Häufigkeiten der erlebten Situation in der Praxis (N=98). (Paula Wunsch, Med. Universität Innsbruck: Gewalt gegen HausärztInnen während der Covid-Pandemie).

Item	vor 2020	Pandemie
(N)	49	49
Beleidigungen, Beschimpfungen n (%)	27 (55%)	28 (57%)
Bedrohungen, Einschüchterung n (%)	15 (31%)	19 (39%)
körperliche Gewalt n (%)		
▪ Bedrohung mit Gegenstand oder Waffe n (%)	1 (2%)	2 (4%)
▪ sexuelle Belästigung n (%)	12 (24%)	8 (16%)
▪ sexuelle Angriffe n (%)	1 (2%)	1 (2%)
▪ Sachbeschädigung, Diebstahl n (%)	11 (22%)	7 (14%)

Die GINA-Studie (Gewalt In der Notaufnahme), an der 354 Mitarbeitende aus 51 hessischen Notaufnahmen teilnahmen, lieferte Hinweise auf das Ausmaß des Problems. Fast alle Befragten gaben an, im vorangegangenen Jahr Gewalt erfahren zu haben: 75% der Teilnehmenden waren mindestens einmal körperlicher Gewalt ausgesetzt, und nahezu alle berichteten von verbalen Angriffen. Gut 50% hatten zudem sexualisierte Gewalt erfahren, Frauen signifikant häufiger als Männer [5].

Merke

Es gibt vielfältige Ursachen, die verbale Aggression in der Hausarztpraxis begünstigen können.

Ein häufig genannter Faktor ist die Überforderung der Patient*innen durch ihre gesundheitlichen Probleme: Chronische Erkrankungen, langwierige Diagnosen oder das Gefühl, von anderen Ärzten nicht richtig gehört worden zu sein, können zu Frustration und Ärger führen, der sich in verbalen Angriffen äußert. Auch lange Wartezeiten oder eine unzureichende Kommunikation können als Auslöser von Aggressionen fungieren. Insbesondere in einem hektischen Praxisumfeld, in dem Zeitdruck und organisatorische Engpässe an der Tagesordnung sind, können diese Frustrationen triggernd wirken.

Neben individuellen Aspekten wie der psychischen Verfassung eines Patienten können auch gesellschaftliche Veränderungen zu einer Zunahme von verbaler Aggression führen. Die steigende Tendenz zur Individualisierung und der Stellenwert der Selbstbestimmung in der modernen Gesellschaft führen dazu, dass Patient*innen immer öfter Anspruch auf eine sofortige und umfassende Versorgung erheben. Sofern diese Erwartungen nicht ausreichend rasch erfüllt werden, kann dies zu Unzufriedenheit führen.

Und dennoch: In ihren Praxisräumen und bei Heimbesuchen fühlt sich die überwiegende Mehrheit der Befragten sicher oder sehr sicher, Ärztinnen jedoch seltener als Ärzte (sehr sicher: 58% vs. 70% in den Praxisräumen und 63% vs. 73% beim Heimbesuch) [1]. Ein aktueller Review findet keinen relevanten Unterschied durch das Geschlecht des Arztes, außer bei sexueller Aggression [6].

In einer nicht publizierten vom Autor betreuten Diplomarbeit an der Medizinischen Universität Innsbruck konnte 2023 keine Zunahme der Eskalationssituation der Hausärzte im Rahmen der Covid-19-Pandemie beobachtet werden (► **Tab. 1**). Andere Fachartikel hingegen beschreiben eine Zunahme durch die Pandemie [7].

Ursachen des aggressiven Verhaltens von Patienten

Stress und Angst

Viele Menschen befinden sich aufgrund gesundheitlicher Probleme oder Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Diagnose in einem anhaltenden Stresszustand, welcher sich mitunter in aggressivem Verhalten äußert. Insbesondere bei chronischen Beschwerden ist mit Unsicherheiten und Verzögerungen in der Diagnosestellung zu rechnen. Menschen mit mangelnden Copingstrategien oder einer reduzierten Frustrationstoleranz können diesen notwendigen diagnostischen Prozess allerdings nur schwer aushalten. Der gesellschaftliche Trend dahingehend, alles „Schwarz auf Weiß“ und unmittelbar bewiesen zu bekommen, führt vielfach zu einer Überdiagnostik und verhindert eine adäquate ganzheitliche Betrachtung des Beschwerdekomples; der „mündige“ Patient kommt mehrfach schon mit einem Forderungspaket in die Sprechstunde.

BEISPIEL 2

Eine 20-jährige Snowboarderin stürzte vor 2 Wochen, seither fühle sich ihr rechtes Knie „anders“ an. Schwellung, Schmerzen und Bewegungseinschränkungen werden am Telefon negiert – sie brauche auch nur eine Überweisung zum MRT, da für heute Nachmittag schon einen Termin beim Radiologen vereinbart sei. Die Assistentin erklärt am Telefon, dass der Arzt ohne Untersuchung keine Überweisung ausstellt, worauf die junge Dame die Assistentin beschimpft und wütend das Telefongespräch beendet.

Gesundheitliche Probleme und Schmerzen

Erkrankungen oder Schmerzen können nicht nur körperliche, sondern auch emotionale Belastungen verursachen. Die Sorge um die eigene Gesundheit oder auch um die von Angehörigen ist häufig sehr belastend. Die von den Patient*innen erwartete Empathie kann auch in Arztpraxen nicht immer erfüllt werden. Physische Beschwerden können Frust und Unbehagen erhöhen, was in aggressivem Verhalten münden kann.

Merke

Nicht nur im Rahmen von somatischen Belastungsstörungen erscheint die patientenseitige subjektive Leiderfahrung häufig so dominant und vordergründig, dass eine sofortige ärztliche Reaktion und Abhilfe erwartet werden.

Ein entsprechendes kompetentes Einfühlungsvermögen des Praxisteam kann wesentlich dazu beitragen, dass sich die Betroffenen in ihren Beschwerden einerseits wahrgenommen fühlen und andererseits die Rahmenbedingungen des praxisinternen Ablaufes gewahrt werden können. Darüber hinaus stellen diese einen wichtigen Teil des „Wohlfühlklimas“ in der Sprechstunde dar und dies trotz subjektiver Belastungsfaktoren der Patient*innen.

BEISPIEL 3

Eine Patientin, 64 Jahre alt, kommt mit Hüftschmerzen ohne Termin in die Praxis. Nach kurzer Wartezeit wird klinisch eine beidseitige Hüftarthrose diagnostiziert, untermauert auch dadurch, dass bereits vor 2 Jahren eine geplante Operation seitens der Betroffenen kurzfristig wieder abgesagt wurde. Es werden die möglichen nächsten Schritte besprochen. Die Schmerzen werden als nicht mehr erträglich beschrieben und könnten nicht nur von der Hüfte ausgehen. Sie möchte zu einem Spezialisten überwiesen werden. Ein Termin an der hiesigen Orthopädie wird vereinbart, eine Schmerztherapie begonnen. Es wird erklärt, dass ein Schmerztherapeut derzeit keine erweiterte Therapie starten würde, zudem werden differenzialdiagnostische Überlegungen einer Hüftkopfnekrose diskutiert. Beim Erhalt der Überweisung an der Praxisrezeption entgleitet die Patientin verbal, weil sie keine Spritze bekam und jetzt mit Schmerzen nach Hause gehen muss – obwohl zuvor eine informierte Entscheidungsfindung über die nächsten Schritte stattfand.

Wartezeiten

Lange Wartezeiten oder eine unzureichende Kommunikation über den Ablauf in der primärärztlichen Versorgung können Unzufriedenheit und Aggressionen schüren.

Ungewissheit: Lange Wartezeiten können Unbehagen und Unsicherheit hervorrufen. Einerseits können auf der Seite der Betroffenen in dieser Zeit Befürchtungen und Erwartungen entstehen, andererseits auch das Gefühl von Vernachlässigung, mangelnder Aufmerksamkeit, sozusagen einem „Nicht-Gesehen-Werden“. Nicht zu wissen, wie lange man warten muss, kann zudem den inneren Stress verstärken. Eine frühzeitige Information über die voraussichtliche Wartezeit und die etwaigen ursächlichen Hintergründe kann einer solchen emotionalen Anspannungstendenz vorbeugen.

Zeitdruck: Viele Menschen haben einen vollen Terminkalender und müssen ihre Zeit effizient nutzen. Wenn sie im Wartezimmer sitzen, fühlen sie sich möglicherweise so, als verlören sie wertvolle Zeit. Tatsächlich geht heute durch diverse Wartezeiten viel Lebenszeit verloren, so etwa verlor allein im Jahr 2024 der deutsche Autofahrer 43 Stunden im Stau [8].

Merke

Viele Menschen erwarten, dass sie schnell behandelt werden, insbesondere wenn sie einen Termin haben. Wenn dieser Wunsch nicht erfüllt werden kann, kommt es nicht selten zum Ausagieren der inneren Anspannung.

Die meisten Betroffenen im Warteraum haben Verständnis, wenn „Notfälle“ vorgereicht werden. Sofern diese Vorreihungen jedoch nicht als solche identifizierbar sind, kann sich der „Wartestress“ verstärken.

Soziale Interaktion: In einem Wartezimmer kann die Atmosphäre angespannt sein, insbesondere wenn andere Patient*innen ebenfalls ungeduldig oder frustriert sind. Steht das Praxispersonal aufgrund verschiedener Tätigkeiten in der Anmeldung zusätzlich unter Zeitdruck, kann eine Eskalation im Warteraum nur schwer antizipiert werden.

Persönliche Probleme

Patient*innen bringen oft psycho-soziale Belastungsfaktoren mit in die Praxis. Diese können durch akute oder frühere Erfahrungen getriggert werden. Überlastung am Arbeitsplatz, finanzielle Sorgen, familiäre Konflikte oder auch Selbstwertprobleme sind häufige Ursachen für eine emotionale Vulnerabilität und das Entstehen von Aggression.

BEISPIEL 4

Ein jahrelang hausärztlich bekannter Patient (47 Jahre) mit Bluthochdruck kommt wegen zunehmender Schlafstörungen zum Termin. Die Ärztin erkennt rasch, dass der Betroffene „unter Strom“ steht und die Belastungssituation weitreichender sein könnte. Vorsichtig auf zugrundeliegende private Sorgen angesprochen, schildert er die Arbeitsplatzsituation und die schlechte Auftragslage seiner Firma, in der er seit 20 Jahren im mittleren Management tätig ist. Möglicherweise drohen Entlassungen. Parallel dazu sind aber noch eigene Schulden vom Hausbau offen und seine Frau hat ihm vor Kurzem einen Seitensprung gestanden. Nicht zu vergessen sei die Sorgepflicht gegenüber den beiden Töchtern (12 und 14 Jahre alt). „Ich stehe vor einem Trümmerhaufen, die Schlafstörung ist nur ein Teilproblem“ ergänzt er. Die Ärztin empfiehlt ihm einen Krankenstand, um die Sachlage in Ruhe zu analysieren, worauf der Patient verbal um sich schlägt und schreit: „Sie haben wohl keine Ahnung, dass damit meine Lebenssituation noch weiter eskaliert?“ Eine Beziehungskrise, der drohende Verlust des Arbeitsplatzes und finanzielle Not. Der Ärztin gelingt es schließlich, besänftigend auf den Mann einzuwirken, seine Situation empathisch anzuerkennen und dann gemeinsam mit ihm über die nächsten Schritte nachzudenken. Die Einbindung des Betroffenen in Entscheidungsfindungen deeskaliert die Situation.

INFOBOX**Spiegelneurone**

1992 wurden die sog. Spiegelneurone entdeckt und beschrieben. Diese ermöglichen uns u. a., Handlungen erkennen und nachahmen zu können. Der Entdecker der Spiegelneurone Rizzolatti beschreibt: „Der eigentlich große und interessante Schritt war unsere Entdeckung, dass der Spiegelmechanismus nicht nur bei Handlungen, sondern auch bei Emotionen wirkt.“ Die Empathie hat hier also ihren wesentlichen Ursprung. Nach traumatischen Erfahrungen können ähnliche belastende Situationen auch die früheren Erfahrungen aktivieren und zu seelischen Reaktionen der Betroffenen führen, vergleichbar mit der emotionalen Reaktion von damals. Oberflächlich betrachtet wäre man dann nur über die subjektive Reaktion verwundert. Wenn diese aber verstanden wird, kann man ihr auch gegensteuern und sie reflektieren [9].

Beziehungsprobleme: Schwierigkeiten in Paarbeziehungen, Freundschaften oder familiären Bindungen können zu emotionalen Problemen führen. Trennungen und innerfamiliäre Konflikte sind häufige Ursachen für emotionale Dysbalancen; sie können von Männern deutlich seltener direkt verbalisiert werden.

BEISPIEL 5

Eine 27-jährige Patientin kommt in die Praxis, um sich die „Pille danach“ verschreiben zu lassen (Anmerkung: seit 2009 ist diese in Österreich auch rezeptfrei in der Apotheke erhältlich). Nachdem dies die 3. Verschreibung binnen 6 Monaten ist, vermittelt der Hausarzt der jungen Frau klar und deutlich, wie wichtig eine funktionierende Verhütung in ihrer Situation ist, bevor er ihr das Rezept aushändigt. Die Patientin explodiert und implodiert im Rahmen einer Panikattacke, schmeißt Gegenstände vom Schreibtisch des Arztes und weint. Doch die beruhigenden Worte des Hausarztes wirken. Er weiß, dass die Frau zuletzt mit 17 körperlicher Gewalt durch den Vater ausgesetzt war, und erkennt, dass seine klare und durchaus kräftige Stimme bei der Patientin eine „als ob-Situation“ – Gewalt und Übergriff – und letztlich die Panikattacke ausgelöst hat. So kann man wohl davon ausgehen, dass jede psychische Erkrankung (Depression, Angststörung, posttraumatische Belastungsstörung ...) das emotionale Wohlbefinden stark beeinträchtigen und sich in verschiedenen Verhaltensweisen äußern kann. Insbesondere bei emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (früher Borderline-Störung) können verschiedenste Situationen und Interaktionen triggernd wirken.

Traumatische Erlebnisse: Erfahrungen wie Verlust, Missbrauch oder andere traumatische Ereignisse können langfristige emotionale Auswirkungen haben und das Verhalten der betroffenen Person beeinflussen. Werden Situationen als belastend erlebt, können die früheren Erfahrungen aktiviert und überschießende subjektive Reaktionen provoziert werden.

Vereinsamung: Einsamkeit und das Fehlen eines unterstützenden sozialen Netzwerks wirken häufig emotional destabilisierend. Menschen, die sich sozial isoliert fühlen, haben oft Schwierigkeiten, mit Stress und Herausforderungen umzugehen. (Nach einer Studie, die die Caritas gemeinsam mit Foresight 2023 durchgeführte, fühlen sich rund 600000 Menschen in Österreich mehr als die Hälfte der Zeit einsam [10]!)

Medikamenteneffekte

Einige Medikamente oder Drogen können das Verhalten beeinflussen und zu Aggressivität führen. So wurde 2020 publiziert, dass es bei einer Behandlung mit Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) zu einer 24–28% höheren Rate an Gewaltverbrechen kommen kann [11]. Diese Gefahr besteht vor allem bei Medikamenten

HINWEIS FÜR DIE PRAXIS

Bedingt durch die Häufigkeiten von Interaktionen und die knappen Zeitressourcen von Hausärzt*innen werden die Bedürfnisse der Patient*innen oft zu wenig wahrgenommen. Es ist wichtig, dass das medizinische Personal einfühlsam auf die Bedürfnisse der Patient*innen eingeht und ggf. Unterstützung oder Ressourcen anbietet, um mit diesen Herausforderungen umzugehen. Zeitgleich sind aber klare Strukturen und Abläufe ebenso wichtig, damit die entsprechenden Emotionen nicht komplett ausufern. Die Vernetzung mit den verschiedenen lokalen psychosozialen Einrichtungen gehört fest zum Bestandteil guter Primärversorgung durch Hausärzt*innen.

mit antriebssteigernder Komponente; dies muss bei der Verschreibung und Aufklärung der Patient*innen berücksichtigt werden.

Auch Nootropika, ADHS-Medikamente, Psychostimulanzien und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer stehen im Verdacht, Unruhe und Aggression der Betroffenen zu fördern. Ein Cochrane-Review aus 2023 zeigt, dass nur 3 Medikamentenklassen im Vergleich zu Placebo eine Verringerung von Reizbarkeit, Aggressivität oder Selbstverletzung zeigen. Atypische Antipsychotika *verringern* wahrscheinlich Reizbarkeit und Aggressivität, scheinen aber wenig bis gar keine Auswirkungen auf Selbstverletzungen zu haben. Medikamente gegen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) verringern möglicherweise die Reizbarkeit, SSRI zeigen ebenfalls keinen Effekt auf Aggression; die Evidenz ist allerdings unsicher [12]. Die Daten wurden für ASD (Autism Spectrum Disorders) erhoben.

Formen der Gewalt**Verbale Aggression**

Verbale Aggression ist die häufigste Form der Gewalt in Hausarztpraxen. Ärzt*innen und Praxispersonal berichten von beleidigenden Äußerungen, Drohungen und herabwürdigenden Kommentaren.

Folgen verbaler Aggression: Verbale Aggression in der Hausarztpraxis hat weitreichende Konsequenzen – sowohl für Patient*innen als auch für die Mitarbeitenden. Aggressive Kommunikation schädigt die Arzt-Patienten-Beziehung und das Vertrauensverhältnis in den Arzt oder die Praxis. Hieraus resultieren Adhärenzschwierigkeiten, also eine mangelnde Bereitschaft zur therapeutischen Zusammenarbeit. Die individuelle medizinische Versorgung kann in einem solchen belas-

teten Setting nur unzureichend gewährleistet werden. Für das Praxispersonal stellen verbale Angriffe eine erhebliche Belastung dar. Sie können das emotionale Wohlbefühl beeinträchtigen und zu einem Empfinden von Hilflosigkeit oder Erschöpfung führen. Besonders exponiert sind medizinische Fachangestellte, die häufig im direkten Kontakt mit Patient*innen stehen und daher vermehrt verbalen Aggressionen ausgesetzt sind.

Merke

Wiederholte belastende Erfahrungen wirken sich nicht nur auf das individuelle Wohlbefinden aus, sondern können auch die Arbeitsatmosphäre und die Versorgungsqualität nachhaltig beeinträchtigen.

Umgang mit verbaler Aggression: Präventiv kann eine offene und respektvolle Kommunikation mit den Patient*innen helfen, Missverständnisse und Frustrationen von vornherein zu vermeiden. Dazu gehört, frühzeitig über Wartezeiten zu informieren und sich für etwaige Unannehmlichkeiten zu entschuldigen. Eine klare und transparente Kommunikation über den Behandlungsprozess und die medizinischen Entscheidungen kann das Vertrauen in die Praxis stärken und potenzielle Konflikte vermeiden.

Im akuten Konfliktfall ist es entscheidend, ruhig und sachlich zu bleiben. Eine klare, aber respektvolle Kommunikation, die auf unangemessenes Verhalten hinweist, kann deeskalierend wirken. In besonders belastenden Situationen kann es notwendig sein, das Gespräch zu unterbrechen und deutlich zu machen, dass eine Fortsetzung nur bei gegenseitigem Respekt möglich ist.

Ergänzend empfiehlt sich die Implementierung regelmäßiger Schulungen für das gesamte Praxispersonal. Inhalte solcher Trainings sind u. a. deeskalierende Gesprächsführung, das Setzen professioneller Grenzen sowie Strategien zur Stressbewältigung. Ziel ist es, das Personal für herausfordernde Situationen zu sensibilisieren und in ihrer Handlungskompetenz zu stärken.

Körperliche Gewalt

Obwohl seltener, kommt es in einigen Fällen zu körperlichen Übergriffen. Diese können von einem Schubsen bis hin zu ernsthaften Verletzungen reichen. Solche Vorfälle sind besonders alarmierend und erfordern mitunter auch polizeiliche Intervention.

Folgen körperlicher Aggression: Werden Ärzt*innen oder Mitarbeitende Ziel körperlicher Aggression, kann dies zu teils schweren Verletzungen führen, die mitunter langfristige gesundheitliche Konsequenzen nach sich ziehen. Neben den physischen Schäden stehen jedoch vor allem die psychischen Folgen im Vordergrund: Viele Betroffene entwickeln Angststörungen,

posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) oder verlieren das Vertrauen in die Interaktion mit Patient*innen. Diese psychischen Belastungen können die berufliche Leistungsfähigkeit ebenso beeinträchtigen wie die persönliche Lebensqualität.

Darüber hinaus wirkt sich solch ein Vorfall auch auf das gesamte Praxisklima aus. Ein einzelner Vorfall kann das Sicherheitsempfinden des Teams nachhaltig erschüttern. Entsteht ein Gefühl ständiger Bedrohung, so leiden Motivation, Arbeitszufriedenheit und letztlich auch die Qualität der Versorgung.

Merke

In der Folge kann es zu erhöhter Personalfluktuations, Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung und sogar zu rechtlichen Herausforderungen kommen, etwa, wenn der Vorfall nicht angemessen dokumentiert oder gemeldet wurde.

Strategien im Umgang mit körperlicher Aggression:

Der Umgang mit körperlicher Aggression in der Hausarztpraxis erfordert ein systematisches und professionelles Vorgehen. Zunächst ist es von Bedeutung, präventive Maßnahmen zu ergreifen, um die Wahrscheinlichkeit von Gewalt zu verringern, wie etwa die Schulung des Praxispersonals im Bereich Deeskalation. Dazu gehören der Umgang mit Stress-Situationen, das Erkennen von Warnsignalen für aggressive Tendenzen und das Erlernen von Kommunikationsstrategien, die Konflikte frühzeitig entschärfen können. Eine ruhige, respektvolle und klare Kommunikation kann helfen, Missverständnisse zu vermeiden und die Wut der Patienten zu kontrollieren, bevor diese in körperliche Gewalt umschlägt.

Zusätzlich sollten Hausarztpraxen eine Sicherheitsstrategie entwickeln, die im Fall eines gewaltsamen Vorfalls zum Tragen kommt. Dies kann die Installation von Überwachungskameras, ein Notrufsystem sowie klare Verhaltensrichtlinien im Umgang mit aggressiven Patient*innen umfassen. Ein schnelles Einschreiten und eine klare Ablehnung von Gewalt sind entscheidend, um die Eskalation zu verhindern. Ein weiterer wichtiger Aspekt im Umgang mit körperlicher Aggression ist die rechtliche Absicherung. Dazu gehören etwa das Einholen von rechtlichem Beistand bei wiederholten Übergriffen oder die Anzeige von Vorfällen bei der Polizei.

Merke

Ein klares Handeln im Falle von Gewalt sendet nicht nur ein Signal an den/die Täter*in, sondern trägt auch zur Entlastung der Betroffenen bei und stärkt das Selbstverständnis der Praxis als sicheren Arbeitsplatz.

Psychische Gewalt

Diese Form der Gewalt ist oft subtiler, kann aber ebenso schädlich sein. Dazu gehören Mobbing, Isolation oder das Schüren von Angst unter den Mitarbeitenden.

Folgen psychischer Aggression: Psychische Aggression hat tiefgreifende Auswirkungen auf die Betroffenen und auf die gesamte Praxisorganisation. Für das Praxispersonal kann der Umgang mit psychischer Aggression sehr belastend sein. Die ständige Konfrontation mit manipulativen oder herabwürdigenden Verhaltensweisen kann zu erhöhtem Stress, Frustration und letztlich zu einem Gefühl der Hilflosigkeit führen. Langfristig kann dies die berufliche Zufriedenheit der Praxismitarbeiter beeinträchtigen, zu einer höheren Fluktuation im Team führen und die Arbeitsatmosphäre negativ beeinflussen. Besonders betroffen sind oft Arzthelferinnen und Arzthelfer, die im direkten Kontakt mit den Patienten stehen und deren psychische Aggressionen häufig in Form von manipulativen Anfragen, emotionalem Druck oder verzerrten Darstellungen von Gesundheitszuständen erlebt werden.

Für die Patienten-Arzt-Beziehung hat psychische Aggression ebenfalls schwerwiegende Folgen. Wenn Patient*innen mit manipulativen oder aggressiven Verhaltensweisen versuchen, die Ärztin oder das Praxispersonal unter Druck zu setzen, kann dies das Vertrauen in die medizinische Versorgung beeinträchtigen. Eine solche Dynamik kann dazu führen, dass sich Ärzt*innen distanzieren, was wiederum zu einer Verschlechterung der Zusammenarbeit führt und möglicherweise die Behandlungsergebnisse negativ beeinflusst.

Umgang mit psychischer Aggression: Der Umgang mit psychischer Aggression in der Hausarztpraxis erfordert eine Kombination aus Prävention, gezielter Kommunikation und professionellem Verhalten.

Merke

Präventive Maßnahmen können eine wichtige Rolle dabei spielen, das Risiko von Aggressionen zu minimieren.

Zu den präventiven Strategien gehört eine klare und offene Kommunikation mit den Patienten. Ärzte und Praxispersonal sollten sicherstellen, dass Patienten in ihren Sorgen und Bedürfnissen gehört werden und dass ihre Anliegen ernst genommen werden. Ein empathischer und respektvoller Umgang kann Missverständnissen und der Entstehung von Aggressionen vorbeugen.

Darüber hinaus sollten klare Grenzen gesetzt werden, um psychische Aggressionen frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Dies bedeutet, dass Arzt und Praxispersonal auf manipulative oder aggressiv aufgeladene Verhaltensweisen aufmerksam werden und darauf reagieren müssen. Ein ruhiges und sachliches Auftreten ist hierbei entscheidend. Wenn Patienten versuchen, den Arzt emotional unter Druck zu setzen, sollten klare, respektvolle Grenzen gezogen und gegebenenfalls auch die Konsequenzen für unangemessenes Verhalten dargelegt werden. In extremen Fällen kann es notwendig sein, das Gespräch zu beenden und auf eine respektvolle Fortführung des Dialogs zu bestehen.

Zusätzlich kann regelmäßige Schulung des Praxispersonals im Umgang mit schwierigen Patienten und psychischer Aggression hilfreich sein. Hierzu gehören Trainings, die Kommunikationsstrategien, Deeskalationstechniken und das Setzen von Grenzen vermitteln. Eine offene Diskussion über die psychischen Belastungen, die mit Aggressionen verbunden sind, kann das Bewusstsein der Mitarbeiter für dieses Thema schärfen und sie besser auf mögliche Konflikte vorbereiten.

Präventionsstrategien

Schulungen

Schulungen sind für Mitarbeiter in Arztpraxen wesentlich, um mit Gewalt oder aggressivem Verhalten umzugehen, und um ein sicheres und unterstützendes Umfeld für Patienten und Mitarbeiter zu gewährleisten [13].

Deeskalationstraining für das Praxisteam

Die Schulung des gesamten Teams in Deeskalationstechniken ist eine der wichtigsten Maßnahmen. Alle Mitarbeitenden sollten wissen, wie man Konflikte frühzeitig erkennt und ruhig und professionell darauf reagieren kann. Eine Sensibilisierung für gewaltpräventive Maßnahmen zur Erkennung von Warnzeichen aggressiven Verhaltens und zur richtigen Reaktion können dazu beitragen, dass bereits in der frühen Phase eines Konflikts Maßnahmen ergriffen werden (siehe z. B. [14]).

Kommunikationstraining

Eine professionelle Gesprächsführung stellt den wesentlichen Aspekt im Umgang mit aggressivem Verhalten dar, sofern eine kommunikative Lösung der Konfliktsituation umsetzbar erscheint und dadurch keine Verzögerung notwendiger Sicherheitsmaßnahmen zum Selbstschutz oder dem Schutze der Mitarbeiter*innen entsteht. Als eine ärztliche Grundfertigkeit sollte kommunikative Kompetenz bereits im Studium erlernt und in der weiteren Ausbildung und späteren

Tätigkeit kontinuierlich vertieft und verbessert werden. Sie kann dabei helfen, Missverständnissen vorzubeugen, Spannungen frühzeitig abzubauen und eine „gemeinsame Wirklichkeit“ der Gesprächspartner herzustellen. Dabei sind Techniken des aktiven Zuhörens, der empathischen Kompetenz und verständlichen Ausdrucksweise wesentlich.

Merke

Eine grundlegende kommunikative Schulung des gesamten Praxisteams kann nicht nur der Bewältigung akuter Konfliktsituationen, sondern auch der Etablierung einer friedlichen Atmosphäre und gemeinsamen innerbetrieblichen Gesprächskultur dienen.

Transparente Kommunikation und Aufklärung

Frühzeitige Informationen über Wartezeiten, Organisationsabläufe und mögliche Behandlungsschritte können dazu beitragen, dass Patient*innen ihre Erwartungshaltung anpassen und Frustrationen besser tolerieren können. Hierbei empfiehlt sich der Einsatz standardisierter Informationsmaterialien (u. a. Handzettel oder digitale Ressourcen wie Apps oder Websites).

Das Erstgespräch

Dem Erstgespräch kommt in der hausärztlichen Terminstruktur ein großer Stellenwert zu. Neben Informationsaustausch, dem Äußern von Erwartungen und der klinischen Untersuchung wird hierbei der Grundstein einer mitunter langfristigen A-P-Beziehung gelegt. Fühlen sich Patient*innen in ihrem bio-psycho-sozialen Beschwerdekomplex ganzheitlich wahrgenommen, sinkt die Wahrscheinlichkeit von Gewaltausbrüchen. Bringen Patient*innen mehrere Anliegen hervor, sollte der zur Verfügung stehende Zeitrahmen frühzeitig kommuniziert werden. Die Themen lassen sich anschließend nach Dringlichkeit priorisieren und auf mehrere Konsultationen verteilen, um eine strukturierte und effiziente Versorgung zu gewährleisten.

Strukturierte kommunikative Deeskalation

Ein in der Literatur und Schulungen vielfach erwähntes Stufenschema der dialogischen Lösung angespannter Situationen ist das CALM-Modell (Contact – Appoint – Look ahead – Make a Decision). Hierbei wird zunächst der Versuch unternommen, die emotionale Lage des Gegenübers nachzuvollziehen und gezielt anzusprechen bei gleichzeitiger innerlicher Distanzierung von Schuldzuweisungen und eigenen konfrontativen Impulsen. Auf Grundlage einer solchen wertschätzenden und entlastenden Annäherung können nachfolgend klare Grenzen gesetzt und bestenfalls eine gemeinsame Entscheidung hinsichtlich des weiteren

INFOBOX

CALM-Modell

- **C** – den Kontakt zum Gegenüber aufrechterhalten:
 - aggressiven Druck „entweichen“ lassen durch ein ruhiges und entschleunigendes Auftreten
 - für die schwierige Situation des Gegenübers ein Verständnis entwickeln
 - ursächliche Zusammenhänge erklären und benennen
 - anerkennen von etwaigen eigenen Fehlern (Rechtfertigungen vermeiden)
- **A** – Emotionen erkennen und ansprechen:
 - „Ich merke, dass Sie sehr verärgert sind“
 - nach einer solchen empathischen Bezugnahme ist mit einer erneuten kurzfristigen Affektreaktion zu rechnen, bevor eine nachhaltige Beruhigung eintreten kann und Platz für die zugrundeliegenden Ängste und Sorgen auf Seiten des Aggressors entsteht
- **L** – Arzt-Patient-Beziehung thematisieren und Zukunftsaussicht herstellen:
 - Klären der Rollen und des Beziehungsgefüges
 - unter welchen Bedingungen könnte eine weitere Zusammenarbeit stattfinden?
 - worin könnte eine gemeinsame Zielsetzung bestehen?
 - sofern möglich: Angebote bzw. Lösungsansätze kommunizieren unter Wahrung und Betonung der eigenen Grenzen und „Spielregeln“
- **M** – eine Entscheidung treffen:
 - Entscheidung des Gegenübers zu dem zuvor unterbreiteten „Zusammenarbeitsvertrag“ abwarten
 - bei anhaltendem Anspannungszustand optional den Freiraum für eine spätere Entscheidungsfindung anbieten (klare zeitliche Rahmenbedingungen setzen)
 - ein erneutes Einlassen auf eine inhaltliche Auseinandersetzung soll an dieser Stelle vermieden werden

Behandlungsverhältnisses oder auch der Auflösung desselben getroffen werden [15, 16].

Umgang mit psychischen Erkrankungen

Können Mitarbeiter*innen häufige psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen auf das Verhalten von Patienten erkennen und zuordnen, verstehen sie besser, wie sie auf bestimmte Verhaltensweisen reagieren können [17].

Sicherheitsprotokolle

Schulungen zur Sicherheit in der Praxis sollten über Notfallprotokolle, Alarmierungssysteme und Fluchtmöglichkeiten informieren. Die Nutzung von Sicher-

heitsausrüstung sollte trainiert werden. Gegebenenfalls sollte auch klar sein, ab welchem Eskalationspunkt Sicherheitskräfte oder die Exekutive verständigt werden sollte [18].

Merke

Jedem/jeder Mitarbeiter*in sollte klar sein, dass Selbstschutz immer vor Fremd- und Sachschutz geht.

Rechtliche Aspekte

Informationen über die rechtlichen Rahmenbedingungen im Umgang mit Gewalt und aggressivem Verhalten sind wichtig. Die Rechte der Mitarbeiter*innen und Patient*innen sowie die rechtlichen Schritte, die im Falle von Gewalt ergriffen werden können, sollten allen Beteiligten bewusst sein.

Stressbewältigung und Selbstfürsorge

Coaching und Supervision zur Stressbewältigung helfen Mitarbeitenden, ihre eigenen emotionalen Reaktionen zu managen und Strategien zur Selbstfürsorge zu entwickeln – dies auch, um Burnout zu vermeiden. Wie wichtig es ist, für das Personal Gewalt am Arbeitsplatz zu minimieren, wurde in einem Review nachgewiesen.

Teamarbeit und Unterstützung

Maßnahmen, die Teambuilding unterstützen, den Teamgeist auch spielerisch fördern und die Bedeutung von unterstützendem Verhalten unter Kollegen betonen, tragen dazu bei, ein positives Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem Mitarbeiter*innen sich sicher genug fühlen, auch um ihre Bedenken zu äußern. Dies können z. B. Betriebsausflüge zu Hochseilgarten, Escape Room etc. sein. Der Aufbau von Peer-Support-Netzwerken in größeren Praxen dient dazu, dass sich Mitarbeitende gegenseitig dabei unterstützen, mit den emotionalen und praktischen Herausforderungen des Berufsalltags, insbesondere im Hinblick auf Gewalt, besser umgehen zu können [19, 20].

Simulationen und Rollenspiele

Praktische Übungen, bei denen das Praxispersonal in realistischen Szenarien trainiert, können helfen, das Gelernte anzuwenden und das Selbstvertrauen im Umgang mit schwierigen Situationen zu stärken. Dazu eignet sich auch die Arbeit mit Schauspielpatient*innen, um herausfordernde Situationen trainieren und anschließend reflektieren zu können.

Externe Experten

Die Einbeziehung von Fachleuten, wie Psychologen/ Psychotherapeuten, Organisationsberater oder Sicherheitsexperten, kann wertvolle Einblicke und spezifische Strategien bieten, um mit Gewalt und Aggression umzugehen.

Regelmäßige Auffrischkurse

Da sich die Dynamik in Arztpraxen ändern kann, sind regelmäßige Schulungen und Auffrischkurse wichtig, um das Wissen und die Fähigkeiten der Mitarbeiter aktuell zu halten; dies kann durchaus mit den für Praxen verpflichtenden Notfallübungen verglichen werden.

Verbesserung der Praxisorganisation

Die Verbesserung der Praxisorganisation kann entscheidend dazu beitragen, Gewalt in Hausarztpraxen zu minimieren. Hier sind einige Strategien, die implementiert werden können:

- Erstellen Sie klare Sicherheitsrichtlinien und Notfallprotokolle für den Umgang mit aggressivem Verhalten. Diese sollten allen Mitarbeitern bekannt sein und regelmäßig geübt werden.
- Überlegen Sie, den Zugang zur Praxis zu kontrollieren, um ungebetene Gäste zu vermeiden, wenn dies notwendig sein sollte.
- Gestalten Sie den Wartebereich so, dass er eine beruhigende Atmosphäre schafft. Dies kann durch angenehme Farben, bequeme Sitzgelegenheiten und eine klare Trennung zwischen verschiedenen Patientengruppen (z. B. akute und chronische Patienten) erreicht werden.
- Implementieren Sie ein System, das es Patient*innen ermöglicht, Feedback zu geben. Dies kann helfen, Probleme frühzeitig zu erkennen und zu beheben, bevor sie eskalieren [1].
- Wenn möglich, schaffen Sie separate Bereiche für verschiedene Patientengruppen, um Spannungen zu reduzieren. Zum Beispiel könnten akute Erkrankte in einem anderen Bereich behandelt werden als chronisch Kranke.
- Nutzen Sie digitale Systeme zur Terminvergabe und Patientenkommunikation, um den Patientenfluss zu optimieren und Wartezeiten zu minimieren.
- Stellen Sie sicher, dass alle Mitarbeiter*innen wissen, wie sie im Notfall Hilfe rufen können – sei es durch interne Notrufsysteme oder durch die Kontaktaufnahme mit Sicherheitsdiensten.
- Alle Maßnahmen sollten regelmäßig evaluiert werden. Überprüfen Sie die Praxisorganisation und die Sicherheitsprotokolle, um sicherzustellen, dass sie effektiv sind und an aktuelle Gegebenheiten angepasst werden.

PRAXISTIPP

Strukturierte Terminplanung zur Reduktion von Stress und Aggression

Eine gut organisierte Terminplanung ist ein zentraler Faktor für einen reibungslosen Praxisablauf. Durch feste Zeitfenster für Routineuntersuchungen und flexible Slots für akute Fälle lässt sich der Zeitdruck verringern, Wartezeiten werden reduziert. Entscheidend ist dabei die Einplanung ausreichender Pufferzeiten: Sie ermöglichen es, auf unvorhergesehene Verzögerungen oder besonders betreuungsintensive Patient*innen flexibel zu reagieren.

Zudem sollte die Terminlänge realistisch angesetzt werden. Zu knapp kalkulierte Gespräche erschweren eine offene Kommunikation und können bei Patienten das Gefühl hervorrufen, nicht ausreichend gehört zu werden – ein häufiger Auslöser für Unzufriedenheit oder sogar aggressive Verhaltensweisen. Eine durchdachte, patientenzentrierte Zeitplanung trägt somit nicht nur zur Versorgungsqualität, sondern auch zur Deeskalation im Praxisalltag bei.

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: nein; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: nein; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (TGAM), Präsident Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, Präsidiumsmitglied.

Autorinnen/Autoren

**Dr. med. univ. Herbert Bachler**

1984–1990 Studium der Humanmedizin an der Universität Innsbruck. Seit 1994 in freier Praxis in Innsbruck als Arzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapeut tätig. 1994 Eintragung als Psychotherapeut in die Liste des Bundesministeriums, Lehrauftrag der Universität Innsbruck, seit 2002 Univ.-Lektor für Allgemeinmedizin an der MUI. Akademische Lehrpraxis aller Medizinischen Universitäten in Österreich. Seit 2010 Präsident der Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin.

**Dr. Lucas Fenzel**

Arzt für Allgemeinmedizin, Sprengelarzt, selbstständige und angestellte Lehrtätigkeit. Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck, Allgemeinmedizinische Facharztausbildung an den Tiroler Kliniken (LKH Hall und Universitätsklinik Innsbruck). ÖAK Diplom Palliativmedizin, ÖAK Diplom Notarzt, ÖAK Zertifikat Sonographie Abdomen, ÖAK Zertifikat Wundbehandlung.

Korrespondenzadresse

Dr. med. univ. Herbert Bachler

Innrain 71
6020 Innsbruck
Österreich
herbert.bachler@oegam.at

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Dr. med. Herbert Bachler, Innsbruck, Österreich.

IHf-Zertifizierung

Dieser Artikel wurde gemäß den Kriterien des Instituts für hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzterverband (IHf) e.V. zertifiziert.

Literatur

- [1] Vorderwülbecke F, Feistle M, Mehring M et al. Aggression and violence against primary care physicians—a nationwide questionnaire survey. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 159–165 doi:10.3238/arztebl.2015.0159
- [2] Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. Qualitätszirkel-Module. Für Moderierende. Zugriff am 22. September 2025: <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/qualitaets-zirkel-module>
- [3] Unfallkasse NRW. Gesundheitsdienstportal: Gewaltprävention. Zugriff am 02. April 2025: <https://www.gesundheitsdienstportal.de/themenfeld/gewaltpraevention/page/6/>
- [4] Universitätsklinikum Aachen A. Bitte mehr Respekt — Aggressionen in Arztpraxen nehmen zu (02.02.2023). Zugriff am 02. April 2025: <https://www.ukaachen.de/kliniken-institute/mfa-zfa/alle-beitraege-aus-news/news-5/bitte-mehr-respekt/>
- [5] Christiansen M, Güzel-Freudenstein G. Ergebnisbericht GLNA, Gewalt in der Notaufnahme. Zugriff am 02. April 2025: <https://fuldok.hs-fulda.de/opus4/frontdoor/index/index/year/2022/docId/962>
- [6] Tyau ND, Swedish KA, Perez HR. Workplace Violence Against Primary Care Clinicians: A Narrative Review. *J Gen Intern Med* 2024; 39: 2806–2828 doi:10.1007/s11606-024-08850-3
- [7] Koock U. Arzt-Patienten-Verhältnis: Aggression und Gewalt in der Hausarztpraxis. *doctors today*. 2022; 02: 57–59 Zugriff am 04. April 2025: <https://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/artikel/aggression-und-gewalt-in-der-hausarztpraxis>
- [8] Deutsche Presse Agentur. 43 Stunden Stau: Warum Pendler immer länger warten müssen (07.01.2025). *Merkur.de*. Zugriff am 04. April 2025: <https://www.merkur.de/wirtschaft/43-stunden-stau-warum-pendler-immer-laenger-warten-muessen-zr-93500951.html>
- [9] Benz A. Mythos Spiegelneurone (04.03.2022). *Spektrum.de*. Zugriff am 06. April 2025: <https://www.spektrum.de/news/was-steckt-wirklich-hinter-den-spiegelneuronen/1991029>
- [10] Caritas Wien. Foresight-Umfrage "Einsamkeit in Ö" 2023. Zugriff am 04. April 2025: https://www.caritas-wien.at/file-admin/storage/wien/hilfe-angebote/Studien/Fore-sight_ExecSum_Kurzbefragung_Einsamkeit_2023.pdf
- [11] Lagerberg T, Fazel S, Molero Y et al. Associations between selective serotonin reuptake inhibitors and violent crime in adolescents, young, and older adults - a Swedish register-based study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2020; 36: 1–9 doi:10.1016/j.euroneuro.2020.03.024
- [12] Iffland M, Livingstone N, Jorgensen M et al. Pharmacological intervention for irritability, aggression, and self-injury in autism spectrum disorder (ASD). *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 10: CD011769 doi:10.1002/14651858.CD011769.pub2
- [13] Arbeiterkammer Steiermark. Beschäftigte in der Pflege vor Gewalt schützen (2018). Zugriff am 04. April 2025: https://stmk.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/gesundheitsundpflege/Gewalt_in_der_Pflege.html
- [14] Unfallkasse Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsdienstportal: Risiko Übergriff - Konfliktmanagement im Gesundheitsdienst (27.06.2012). Zugriff am 04. April 2025: <https://www.gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/start/index.htm>
- [15] Schweickhardt A, Fritzsche K. Kursbuch ärztliche Kommunikation. Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis: mit 48 Abbildungen und 15 Tabellen. 3. Aufl. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2016: doi:10.47420/9783769136531
- [16] praktischArzt. Gewalt in der Praxis: Umgang mit pöbelnden Patienten (26.03.2021). *praktischArzt*. Zugriff am 04. April 2025: <https://www.praktischarzt.at/magazin/gewalt-in-der-praxis-umgang-mit-poebelnden-patienten/>

- [17] Stehle F. Umgang mit aggressiven Patienten: 7 Tipps für Deeskalation (11.12.2024). med2day. Zugriff am 04. April 2025: <https://www.med2day.com/aggressive-patienten/>
- [18] Rosenfluh Publikationen. Der aggressive Patient in der Hausarztpraxis. Zugriff am 04. April 2025: <https://www.rosenfluh.ch/arsmedici-2018-11/der-aggressive-patient-in-der-hausarztpraxis>
- [19] Balducci C, Rafanelli C, Menghini L et al. The Relationship between Patients' Demands and Workplace Violence among Healthcare Workers: A Multilevel Look Focusing on the Moderating Role of Psychosocial Working Conditions. Int J Environ Res Public Health 2024; 21: doi:10.3390/ijerph21020178
- [20] Burt J, Campbell J, Abel G et al. Improving patient experience in primary care: a multimethod programme of research on the measurement and improvement of patient experience. Programme Grants Appl Res 2017; 5: doi:10.3310/pgfar05090

Bibliografie

Allgemeinmedizin up2date 2025; 6: 345–360
DOI 10.1055/a-2228-9066
ISSN 2699-8696
 © 2025. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG Oswald-Hesse-Straße 50,
 70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Die Teilnahme an dieser Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate möglich, solange ein aktives Abonnement besteht. Unter <https://eref.thieme.de/CXMY58V> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests und zum Artikel. Sie finden dort auch den genauen Einsendeschluss. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

VNR 2760512025167570162



Frage 1

Für welchen Aspekt steht der Buchstabe „L“ im CALM-Modell? Für ...

- A das aktive Zuhören und Erkennen non-verbalen Signale der Patient*innen.
- B eine bewusste Selbstoffenbarung als erster deeskalierender Kommunikationsschritt.
- C ein Angebot zur Konfliktlösung mit Fokussierung auf die Bedingungen einer zukünftigen Zusammenarbeit.
- D ein langsames und gelassenes ärztliches Gesprächstempo.
- E den partizipativen Entscheidungsfindungsprozess am Ende einer Diskussion.

Frage 2

Die Einnahme welcher Wirkstoff -bzw. Medikamentengruppe ist nachweislich mit einer Zunahme gewalttätiger Delikte assoziiert?

- A NSAR
- B SSRI
- C β -Blocker
- D Thiaziddiuretika
- E inhalative Kortikosteroide

Frage 3

Aggressives Verhalten stellt in der allgemeinmedizinischen Praxis keine Seltenheit dar. Welche Aussage zu aktuellen epidemiologischen Studienlage trifft am ehesten zu?

- A In der Primärversorgung ist körperliche Gewalt nachweislich die am häufigsten gemeldete Form von aggressiven Verhaltensweisen.
- B Männliche Ärzte sind in ihrem Berufsalltag statistisch häufiger verbalen Aggressionen ausgesetzt als ihre weiblichen Kolleginnen.
- C Hinsichtlich des Erfahrens sexualisierter Gewalt zeigte sich in der GINA-Studie („Gewalt In der Notaufnahme“) kein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern der Betroffenen.
- D Laut einer Umfrage fühlt sich mehr als die Hälfte der deutschen Hausärzt*innen innerhalb ihrer Praxisräumlichkeiten sicher.
- E Für Mitarbeiter des Gesundheitssystems spielt aggressives Verhalten im Internet oder über digitale Medien bisher keine Rolle.

Frage 4

Welche Aussage zur Umgangsweise mit verbalem aggressivem Verhalten in der Hausarztpraxis trifft am ehesten zu?

- A Als deeskalierende Gesprächsstrategie für den niedergelassenen Tätigkeitsbereich eignet sich das „WILD“-Modell.
- B Insbesondere bei Gewaltandrohungen seitens des Aggressors kann ein empathischer Umgang zur Eskalation des Konfliktes beitragen.
- C Der Versuch, die Situation des Aggressors nachzuvollziehen, stellt einen wichtigen ersten Schritt zur kommunikativen Deeskalation dar.
- D Aufgrund der Unvorhersehbarkeit verbal-aggressiven Verhaltens können nach aktuellem Wissensstand keine präventiven Maßnahmen empfohlen werden.
- E Eine zeitliche Unterbrechung der Diskussion mit aggressiv auftretenden Menschen soll vermieden werden, da sich Pausen meist aggressionsverstärkend auswirken.

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 5

Regelmäßige Fortbildungen und Training des Praxispersonals sind ein wichtiger Bestandteil eines gelingenden Aggressionsmanagement. Welche Aussage trifft am ehesten zu?

- A Fehlende Schulung -und Fortbildungsprogramme erschweren die Etablierung geeigneter Bewältigungsstrategien in der Primärversorgung.
- B Das gemeinsame Trainieren als Praxisteam kann neben dem Erlernen einer professionellen Deeskalationsstrategie auch zur Erhaltung eines „positiven Betriebsklimas“ beitragen.
- C Schulungen der kommunikativen Kompetenz spielen für den Umgang mit körperlicher Gewalt eine untergeordnete Rolle.
- D Es ist sinnvoll, die Ärzteschaft vornehmlich in der Gesprächsführung und die übrigen Praxisassistent*innen in Form reiner Selbstverteidigungskurse fortzubilden.
- E Eine gemeinsame Nachbesprechung aggressiver Konfliktsituationen sollte aufgrund des Risikos einer Retraumatisierung vermieden werden.

Frage 6

Strukturelle und organisatorische Anpassungen in der Arztpraxis können aggressivem Verhalten effektiv vorbeugen. Welche Maßnahme zählt diesbezüglich *nicht* dazu?

- A Eine friedliche, gemütliche Gestaltung des Anmelde- und Wartebereichs.
- B Eine transparente und bestenfalls frühzeitige Information über Wartezeiten und Praxisabläufe.
- C Eine vorausschauende Einteilung von Pufferzeiträumen und Zeitslots für unvorhergesehene Zeit- und ressourcenintensive Konsultationsanlässe
- D Eine räumliche Trennung von jungen und hochbetagten Patient*innen im Warteraum.
- E Regelmäßige Sicherheitsschulungen und die Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen.

Frage 7

Im Umgang mit aggressiven Patient*innen spielt die kommunikative Kompetenz eine herausragende Rolle. Welche Aussage trifft hierbei *nicht* zu?

- A Ein Erstgespräch zwischen Arzt und Patient kann dem Abgleich von Erwartungen und Präferenzen beider Akteure dienen.
- B Um aggressiv agierende Personen zu beruhigen, sollten sie im ersten Deeskalationsschritt auf ihr gegenwärtiges menschliches Fehlverhalten hingewiesen werden.
- C Verbale patientenseitige Aggression führt ohne entsprechende deeskalierende Maßnahmen nicht selten zu Adhärenzschwierigkeiten.
- D Eine ruhige und sachliche Gesprächshaltung eignet sich, um aggressive Spannungszustände zunächst „auslaufen“ lassen.
- E Nach dem Unterbreiten eines Lösungsvorschlags und der Bedingungen für eine weitere Zusammenarbeit ist die patientenseitige Entscheidung abzuwarten.

Frage 8

Verschiedene bio-psycho-sozialen Ursachen können aggressive Verhaltenstendenzen mitverursachen. Welcher Aspekt spielt in diesem Zusammenhang eine höchstens untergeordnete Rolle?

- A chronische Schmerzen
- B Stress und Zeitdruck
- C latenter Eisenmangel
- D Medikamentennebenwirkungen
- E lange Wartezeiten

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 9

Wie viel Prozent der befragten deutschen Allgemeinmediziner*innen wurden laut einer rezenten Studie alleine im vorausgegangenen Jahr der Umfrage Opfer aggressiver Übergriffe?

- A 10%
- B 25%
- C 50%
- D 75%
- E 90%

Frage 10

Welche Aussage trifft *nicht* zu? Der Umgang mit körperlicher Aggression erfordert ...

- A eine entschiedene rechtliche Absicherung, eine polizeiliche Anzeige und sorgfältige Dokumentation.
- B in erster Linie die Sicherstellung des Eigenschutzes, Schutzes des Praxispersonals und der übrigen anwesenden Personen.
- C eine rasche deeskalierende dialogische Entschärfung des Konfliktes, sofern eine Kommunikation mit dem Aggressor noch möglich erscheint.
- D das rechtzeitige Erkennen aggressiver Tendenzen und eine gezielte präventive Beruhigungsstrategie seitens des Praxisteam.
- E eine sofortige körperliche Konfrontation und Überwältigung des Aggressors als Zeichen der eigenen Stärke.

PRAXISNAH

Ihr Podcast für die Allgemeinmedizin

Sie haben Fragen, insbesondere zu den Inhalten der CME-Artikel in dieser Ausgabe? Gerne geben wir Ihre Fragen an den Podcast-Herausgeber Dr. Falk Stirkat weiter, damit er sie im Podcast diskutieren kann.

Schreiben Sie uns hierzu per Mail an allgemeinmedizin-u2d@thieme.de

