

Fall des Monats – Quartal 2/2026

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall:¹ Aggressive Person gelangt in den OP-Trakt**Zuständiges Fachgebiet:** Anästhesiologie**Wo ist das Ereignis eingetreten?** Krankenhaus – OP**Tag des berichteten Ereignisses:** Wochentag**Versorgungsart:** Notfall**Wichtige Begleitumstände:**

Tatzeitpunkt im Bereitschaftsdienst sehr spät abends (nur max. 2 OP-Teams + Putzpersonal anwesend)

Fallbeschreibung:

Im Dienstbetrieb kam es bei einem laufenden Notfallsaal zu einem Sicherheitsvorfall im OP. Am späten Abend gelangte ein aggressiver und verwirrter Patient in blutiger Zivilkleidung in den OP-Trakt des maximalversorgenden Krankenhauses. Einem Mitarbeiter der Anästhesiepflege begegnete die obige Person unvermittelt vor einem OP-Saal im Hauptflur. Der Patient war völlig im Delir wild schimpfend und bedrohte das Personal. Daraufhin zog sich der Mitarbeiter zunächst zurück und telefonierte mit dem Anästhesisten in dem aktiven OP-Saal und dem Oberarzt der Anästhesie. Innerhalb von wenigen Minuten waren der Oberarzt, Personal der zentralen Notaufnahme, operative ärztliche Kollegen sowie OP-Pflegepersonal aus einem gerade beendeten OP-Saal anwesend. Die Alarmierung des Sicherheitsdienstes erfolgte durch die Anästhesie. Der Patient versuchte das Personal mit einem Infusionsständer aus Metall anzugreifen, aber scheiterte daran, diesen vom OP-Tisch zu lösen. Darauf folgte ein gezieltes Bespritzen des Personals mit gefärbtem Desinfektionsmittel aus einer 1-l-Hartplastikflasche. Unter Vorhalten eines sterilen Abdecksets (80x80 cm, vakuumiert) verkürzte der OA der Anästhesie die Distanz zum Patienten. Dieser schlug mit der Desinfektionsflasche gegen das Jochbein des OA der Anästhesie, wobei ihm die Flasche entglitt. Nach einem Schlag gegen den Kopf des Patienten mit dem Abdeckset ging dieser zu Boden. Er wurde mit Hilfe der chirurgischen Kollegen fixiert und in ein Fixierbett verbracht. Der Sicherheitsdienst kam erst nach Abschluss aller Maßnahmen im OP an. Die Polizei und das Gericht wurden bzgl. der Fixierung wegen Fremdgefährdung informiert.

Was war besonders gut?

Schnelle Beendigung der Bedrohungslage durch das Dienstpersonal und gemeinsame Besprechung sowie Verständigung aller zuständigen Stellen. Nutzung des PSU-Angebots der Klinik.

Was war besonders ungünstig?

Notwendigkeit physischer Gewalt – wenn auch in Notwehr und zur Abwendung von Gefahr für Patienten und Personal. Defekte Schlösser, offene Türen zum OP-Trakt, keine zeitnahen Reparaturen solcher Einrichtungen. Kein Erkennen oder das Ignorieren von offensichtlich aggressiven Patienten trotz schon bestehender Auffälligkeiten und bereits erfolgter Notwendigkeit des Eingreifens von Sicherheitspersonal.

¹ Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

Eigener Ratschlag (Take-Home-Message):

Begehung der OP-Räumlichkeiten und technische Änderungen, bzw. Reparaturen defekter Schlösser, und Einschränkung von Zugangsberechtigungen. Schaffung eines Einsatzplans für entsprechende Fälle – evtl. auch die Abschließbarkeit von OP-Sälen im Notfall möglich machen.

Wie häufig tritt ein Ereignis dieser Art in Ihrer Abteilung auf? nur dieses eine Mal

Wer berichtet? Ärztin / Arzt

Berufserfahrung: über 5 Jahre

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Der vorliegende Fall illustriert exemplarisch das zunehmende, bislang jedoch noch unzureichend adressierte Problem verbaler und physischer Gewalt gegenüber medizinischem Personal. Die aktuelle Evidenzlage zeigt eine alarmierende Entwicklung: In einer großen Querschnittserhebung berichteten 94,1 % der Befragten von verbalen und 69,8 % von physischen Übergriffen innerhalb der letzten zwölf Monate – betroffen sind insbesondere Mitarbeitende in Akutkliniken sowie in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung [1]. Eine weitere Studie zeigte, dass 56 % der Beschäftigten körperliche Gewalt und 78 % verbale Aggressionen erlebten. Das Risiko ist bei jüngeren Mitarbeitenden sowie in der stationären Altenpflege besonders ausgeprägt [2]. In Notaufnahmen ist die Prävalenz besonders hoch: 87 % des dortigen Personals berichten von körperlicher Gewalt, 97 % von verbaler Aggression durch Patientinnen und Patienten [3]. Die Gewalt geht überwiegend von Patientinnen und Patienten, teils aber auch von Angehörigen aus. Die Konsequenzen reichen von akuter psychischer Belastung über erhöhtes Burnout-Risiko bis hin zu langfristigen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit und Lebensqualität [1-3,5-6].

Auch wenn im geschilderten Fall keine gezielte Aggression vorlag, sondern die Ereignisse mutmaßlich im Kontext eines Delirs auftraten, werden zentrale Herausforderungen im Umgang mit Gewalt im klinischen Alltag deutlich:

- *Umgang mit akuten Gewalt- und Bedrohungssituationen*

Im angloamerikanischen Raum hat sich der Begriff *“Code White“* als Bezeichnung für Situationen etabliert, in denen Gewalt gegen Personal oder Patientinnen und Patienten droht oder bereits erfolgt ist. Dabei handelt es sich um ein standardisiertes Eskalationsprotokoll, das klare Handlungswege definiert – etwa das unverzügliche Hinzuziehen des Sicherheitsdienstes, das Absperren gefährdeter Bereiche oder das Entfernen potenziell gefährlicher Gegenstände aus dem Umfeld des Aggressors. Zuständigkeiten, Kommunikationswege und Abläufe sind im Vorfeld festgelegt, geschult und dem Personal bekannt. Neben der akuten Gefahrenabwehr leisten strukturierte Präventionsmaßnahmen – wie Deeskalationstrainings und organisatorische Unterstützung – einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion von Gewaltvorkommen und zur Entlastung des Personals [1–3].

Aktuelle Erhebungen zeigen jedoch, dass gerade in Notaufnahmen erhebliche Defizite bei der Umsetzung entsprechender Konzepte bestehen [4]. Im vorliegenden Fall deutet vieles darauf hin, dass das Einschreiten des Sicherheitsdienstes verzögert erfolgte – ein Hinweis auf bestehende strukturelle Schwächen.

- *Zugangskontrolle in sensiblen Krankenhausbereichen*

Der geschilderte Vorfall unterstreicht die Relevanz zuverlässiger Schließ- und Zutrittssysteme – insbesondere für sicherheitskritische Bereiche wie OP, Intensivstation oder die Notaufnahme. Hier besteht ein Spannungsfeld zwischen niedrigschwelligem Zugang für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher auf der einen sowie der Notwendig-

keit zum Schutz besonders vulnerabler Bereiche auf der anderen Seite. Die technische Ausstattung – etwa in Form elektronischer Schließenanlagen – muss zuverlässig funktionieren und regelmäßig gewartet werden, um im Ernstfall einen effektiven Schutz zu gewährleisten.

- *Aggressions- und Delirmanagement*

Ein Delir stellt eine häufige Ursache für akute Eigen- und Fremdgefährdung im stationären Setting dar. Frühzeitige Erkennung und strukturierte Intervention – z. B. durch orientierende Gespräche, angepasste Umgebungsgestaltung, gezielte medikamentöse Maßnahmen und den Einsatz geschulten Personals – können deeskalierend wirken und Gewaltsituationen häufig verhindern. Besonders Mitarbeitende in Hochrisikobereichen wie der ZNA profitieren von spezifischen Deeskalationstrainings, um gefährliche Verläufe frühzeitig zu erkennen und professionell zu intervenieren.

Der geschilderte Fall verdeutlicht, wie wichtig ein interdisziplinäres, strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Gewalt im Krankenhaus ist. Neben technischen und organisatorischen Voraussetzungen sind Schulungen, klare Eskalationsprotokolle und eine Sensibilisierung des Personals essenzielle Bestandteile einer wirksamen Präventionsstrategie. Dabei muss nicht nur Personal aus Risikobereichen (z. B. der ZNA) mit einbezogen werden, sondern insbesondere auch aus Bereichen, bei denen man (wie z.B. im OP) von einem geringeren Risiko ausgeht, um auch hier zügig und professionell reagieren zu können.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

Auf den ersten Blick drängt sich nicht sofort der zentrale Punkt auf, der einer juristischen Bewertung bedarf. Auch ist der Sachverhalt nicht ganz eindeutig: Unter der Überschrift „Was war besonders ungünstig?“ wird von schon bestehenden Auffälligkeiten und bereits erfolgter Notwendigkeit des Eingreifens von Sicherheitspersonal bei dem offensichtlich aggressiven Patienten berichtet. Unklar ist, ob der Patient sich in der ZNA vorstellen wollte und schon dort wegen seines Verhaltens der Sicherheitsdienst des Krankenhauses eingegriffen hatte. Dass es sich um einen stationär bereits aufgenommenen Patienten handelt, der im Delir aus seinem Zimmer in den OP-Trakt ging oder sich dorthin verirrt hatte, lässt sich wegen der geschilderten blutigen Zivilkleidung wohl ausschließen.

In der rechtlichen Analyse kann der Sachverhalt straf- und zivilrechtlich gewürdigt werden.

I. Strafrechtliche Würdigung

1. Strafbarkeit des Patienten

Der Schlag mit der Desinfektionsflasche gegen das Jochbein des Oberarztes erfüllt den Tatbestand der **Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB**: „*Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*“ Es liegt eine körperliche Gesundheitsschädigung vor, das Vorgehen des Patienten ist kausal für diesen Erfolg – also die Verletzung des Oberarztes – und auch objektiv dem Patienten zurechenbar.

Eine **gefährliche Körperverletzung (§ 224 Abs. 1 Nr. 2 StGB)** könnte vorliegen, wenn die Desinfektionsflasche als „gefährliches Werkzeug“ qualifiziert wird: „*Wer die Körperverletzung (...) Nr.2: mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs, (...) begeht, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.*“ Nach ständiger Rechtsprechung des BGH ist jedes bewegliche Objekt ein gefährliches Werkzeug, wenn es nach seiner objektiven Beschaffenheit und konkreten Verwendung geeignet ist, erhebliche Verletzungen zu verursachen. Dies ist bei einer gefüllten Hartplastikflasche durchaus vertretbar.

Der Angriff mit dem Infusionsständer aus Metall könnte ferner als **versuchte (gefährliche) Körperverletzung** (§§ 223, 224, 23 StGB) gewertet werden, nachdem der Angriff nur daran scheiterte, dass der Patient ihn nicht vom OP-Tisch lösen konnte. Der Versuch ist immer dann strafbar, wenn der gesetzliche Straftatbestand es ausdrücklich vorsieht. Dies ist sowohl bei der Körperverletzung als auch bei der gefährlichen Körperverletzung in den §§ 223 und 224 StGB gegeben.

Wurden die Kleidung des Personals oder die medizinische Ausstattung beeinträchtigt, könnte das Bespritzen mit dem Desinfektionsmittel eine **Sachbeschädigung** (§ 303 StGB) darstellen: „*Wer rechtswidrig eine fremde Sache beschädigt oder zerstört, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*“ Kleidung und Ausstattung stehen nicht im Alleineigentum des Patienten. Die zivilrechtlichen Eigentumsverhältnisse sind hier maßgeblich, mithin gelten die Gegenstände als fremd in diesem Sinne.

Dreh- und Angelpunkt für die Strafbarkeit des Patienten ist jedoch die fragliche Schuldfähigkeit des Patienten. Denn der Gesetzgeber besagt in § 20 StGB:

„§ 20 *Schuldunfähigkeit wegen seelischer Störungen*

Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer Intelligenzminderung oder einer schweren anderen seelischen Störung unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.“

Bei Vorliegen eines akuten Delirs (z. B. toxisch, alkoholbedingt oder organisch) kann eine **Aufhebung der Schuldfähigkeit (§ 20 StGB)** oder zumindest eine **verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB)** vorliegen.

In der Praxis ist dafür regelmäßig ein psychiatrisches Gutachten erforderlich. Bei Schuldunfähigkeit entfällt zwar die Strafbarkeit, es kommen aber **Maßregeln der Besserung und Sicherung (§ 63 StGB)** in Betracht, somit die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus.

2. Strafbarkeit ärztliches Personal

Im Fokus stehen insbesondere der Schlag mit dem sterilem Abdeckset und die Fixierung des Patienten.

Der Schlag gegen den Kopf des Patienten erfüllt objektiv den Tatbestand der **Körperverletzung (§ 223 StGB)**. Diese Handlung dürfte aber durch **Notwehr gemäß § 32 StGB** gerechtfertigt sein:

„(1) *Wer eine Tat begeht, die durch Notwehr geboten ist, handelt nicht rechtswidrig.*
(2) *Notwehr ist die Verteidigung, die erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden.*“

Der tätliche Angriff mit der Flasche und das aggressive Verhalten stellen einen solchen Angriff dar. Es darf nur das mildeste geeignete Mittel als Notwehrhandlung eingesetzt werden, aus dem Sachverhalt ergibt sich keine weniger eingriffsintensive Möglichkeit der Verteidigung. Auch war diese Handlung nicht unverhältnismäßig. Im Ergebnis dürfte der Schlag mit dem Abdeckset durch Notwehr gerechtfertigt sein.

Hilfsweise ist auch der sog. **rechtfertigte Notstand (§ 34 StGB)** einschlägig: „*Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte*

wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

Diente die Verteidigungshandlung dem Schutz anderer Patienten im OP-Saal, anderer laufender Operationen und der sterilen Umgebung und somit insgesamt dem Schutz hochrangiger Rechtsgüter wie Leben und Gesundheit, ist von rechtfertigendem Notstand auszugehen.

Nachdem der Patient fixiert wurde, liegt tatbestandlich eine **Freiheitsentziehung**, strafbar gemäß § 239 StGB vor: „*Wer einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise der Freiheit beraubt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*“

Diese ist jedoch zumindest gemäß § 34 StGB gerechtfertigt.

Zu den rechtlichen Grundlagen der Fixierung wird ausführlich im CIRS-AINS-Spezial „Sturz/Falltrauma, Bettgitter und Fixierung“ berichtet [7].

Ein wichtiger Hinweis im Sachverhalt ist die nachträgliche Information des zuständigen Betreuungsgerichts nach erfolgter Fixierung. Dies entspricht den Anforderungen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, insbesondere gemäß Beschluss vom 24.07.2018 (Az. 2 BvR 309/15 u.a.), wonach Fixierungen grundsätzlich richterlich anzuordnen sind. Bei Gefahr im Verzug ist die Fixierung zwar zulässig, aber die unverzügliche richterliche Genehmigung dennoch erforderlich [8].

3. Strafbarkeit des Krankenhausträgers

Denkbar ist es, dem Krankenhausträger wegen des verspäteten Eintreffens des Sicherheitsdienstes und den unzureichenden Zugangskontrollen zum OP-Bereich eine **Verletzung von Aufsichtspflichten** und damit eine Ordnungswidrigkeit vorzuwerfen (§ 130 OWiG): „*Wer als Inhaber eines Betriebes oder Unternehmens vorsätzlich oder fahrlässig die Aufsichtsmaßnahmen unterlässt, die erforderlich sind, um in dem Betrieb oder Unternehmen Zuwiderhandlungen gegen Pflichten zu verhindern, die den Inhaber treffen und deren Verletzung mit Strafe oder Geldbuße bedroht ist, handelt ordnungswidrig, wenn eine solche Zuwiderhandlung begangen wird, die durch gehörige Aufsicht verhindert oder wesentlich erschwert worden wäre. Zu den erforderlichen Aufsichtsmaßnahmen gehören auch die Bestellung, sorgfältige Auswahl und Überwachung von Aufsichtspersonen.*“

Eine **fahrlässige Körperverletzung** (§ 229 StGB) läge nur bei nachweisbarem Organisationsmangel vor, der kausal zu den Verletzungen geführt hat: „*Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung einer anderen Person verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.*“

Der Sachverhalt enthält jedoch keine ausreichenden Detailangaben, um beide Aspekte abschließend zu beurteilen.

II. Zivilrechtliche Würdigung

1. Ansprüche des Patienten

Die tatbestandlich vorliegende Körperverletzung durch den Schlag und die Freiheitsentziehung mittels Fixierung ist aller Wahrscheinlichkeit nach durch Notwehr und / oder Notstand gerechtfertigt. Ansprüche auf **Schadensersatz und Schmerzensgeld** sind damit regelmäßig ausgeschlossen.

Gleichermaßen scheidet etwaige Ansprüche gegen den Krankenhausträger wegen Organisationsverschuldens, z.B. wegen fehlender Deeskalationsstrukturen, aufgrund der bestehenden Notstandslage aus.

2. Ansprüche des ärztlichen Personals

Ansprüche auf **Schadensersatz und Schmerzensgeld** können sich grundsätzlich aus den §§ 823 Abs. 1, § 823 Abs. 2 (in Verbindung mit § 223 StGB und § 253 BGB) ergeben:

„(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatz des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.“

„(2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.“

Wie bei der strafrechtlichen Würdigung steht auch diesen Ansprüchen eine mögliche **Deliktsunfähigkeit** des Patienten wegen seines Delirs entgegen (§ 827 BGB):

„Wer im Zustand der Bewusstlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustand widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele; die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand geraten ist.“

Daneben besteht eine **Fürsorgepflicht des Arbeitgebers**, also des Krankenhausträgers, wonach der Arbeitgeber sichere Arbeitsbedingungen gewährleisten und Schutz vor Gewalt gegenüber seinen Mitarbeitern organisieren muss (u.a. §§ 3 und 5 ArbSchG; Vorschriften der DGUV). Hier greift das **Haftungsprivileg der §§ 104 ff SGB VII** (7. Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung):

„§ 104 Beschränkung der Haftung der Unternehmer

„(1) Unternehmer sind den Versicherten, die für ihre Unternehmen tätig sind oder zu ihren Unternehmen in einer sonstigen die Versicherung begründenden Beziehung stehen, sowie deren Angehörigen und Hinterbliebenen nach anderen gesetzlichen Vorschriften zum Ersatz des Personenschadens, den ein Versicherungsfall verursacht hat, nur verpflichtet, wenn sie den Versicherungsfall vorsätzlich oder auf einem nach § 8 Abs. 2 Nr. 1 bis 4 versicherten Weg herbeigeführt haben. Ein Forderungsübergang nach § 116 des Zehnten Buches findet nicht statt.“

Außer bei Vorsatz, der schwerlich vorliegen oder nachzuweisen sein dürfte, hat der Versicherte gegen den Unternehmer keinen direkten Anspruch bei Arbeitsunfällen gegen den Arbeitgeber. Direkte zivilrechtliche Schadensersatzansprüche scheiden daher in der Regel aus.

3. Ansprüche des Krankenhausträgers

Wie auch bei dem ärztlichen Personal dürften Ansprüche des Krankenhausträgers gegen den Patienten auf **Ersatz von Sachschäden (§ 823 BGB)** oder **Regress wegen Personenschäden** (Kosten der Arbeitsunfähigkeit des Personals) an der **Frage der Deliktsfähigkeit** (§ 827 BGB) wegen des Delirs scheitern.

Nach alledem liegt der zentrale rechtliche Schwerpunkt überwiegend in strukturellen Defiziten. Zu denken ist hier an eine Zugangssicherung zum OP-Bereich, ein 24 / 7 präsenter Sicherheitsdienst, definierte Reaktionszeiten und Alarmierungssysteme. Notwendig sind ebenso standardisierte Abläufe bei deliranten Patienten und klare Zuständigkeiten unter Einbindung der Notaufnahme. Die nachträgliche Genehmigung der Fixierung war korrekt, gleichwohl sind dazu Abläufe festzulegen und auch die dazu notwendige Dokumentation in Erinnerung zu bringen.

Take-Home-Message

- **Struktur schützt: Standardisierte Abläufe, geschultes Personal und klare Zuständigkeiten ermöglichen schnelles und sicheres Handeln in Gewaltsituationen.**
- **Funktionsfähige Schließsysteme und gezielte Zutrittsbeschränkungen sind Grundvoraussetzung für die Sicherheit sensibler Klinikbereiche.**
- **Delirmanagement ist Gewaltprävention: Früherkennung und strukturierte Deeskalationsstrategien (verbal, medikamentös, umgebungsbezogen) helfen, Eskalationen zu vermeiden – besonders in Hochrisikobereichen wie der ZNA.**

Weiterführende Literatur

1. Schablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S: Prevalence and Consequences of Aggression and Violence Towards Nursing and Care Staff in Germany-a Survey. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(6): E1274. doi:10.3390/ijerph15061274.
2. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, et al: Frequency and Consequences of Violence and Aggression Towards Employees in the German Healthcare and Welfare System: A Cross-Sectional Study. BMJ Open. 2012;2(5): e001420. doi:10.1136/bmjopen-2012-001420.
3. Schablon A, Kersten JF, Nienhaus A, et al: Risk of Burnout Among Emergency Department Staff as a Result of Violence and Aggression from Patients and Their Relatives. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(9):4945. doi:10.3390/ijerph19094945.
4. Reißmann S, Wirth T, Beringer V, et al: "I Think We Still Do Too Little": Measures to Prevent Violence and Aggression in German Emergency Departments - A Qualitative Study. BMC Health Services Research. 2023;23(1):97. doi:10.1186/s12913-023-09044-z.
5. Schaller A, Klas T, Gernert M, Steinbeißer K: Health Problems and Violence Experiences of Nurses Working in Acute Care Hospitals, Long-Term Care Facilities, and Home-Based Long-Term Care in Germany: A Systematic Review. PloS One. 2021;16(11): e0260050. doi:10.1371/journal.pone.0260050.
6. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A: Aggression and Violence Against Health Care Workers in Germany--a Cross Sectional Retrospective Survey. BMC Health Services Research. 2010;10:51. doi:10.1186/1472-6963-10-51.
7. <https://www.cirs-ains.de/cirs-ains/publikationen/bda-und-dgai/spezial/980-2019-06-07-07-28-13.html>
(Zugriffsdatum: 29.04.2026)
8. https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2018/07/rs20180724_2bvr030915.html
(Zugriffsdatum: 29.04.2026)

Autoren:

Prof. Dr. med. Christopher Neuhaus, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Heidelberg
 Rechtsanwältin A. Pfundstein, Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V., Nürnberg
 Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V., Nürnberg
 Dipl.-Sozialw. T. Rhaiem, Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V., Nürnberg