



Fakultät für Medizin

Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Prof. Dr. A. Schneider)

Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte – Bundesweite Befragungsstudie

Maximilian Georg Feistle

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.

Vorsitzende(r): Prof. Dr. Ernst J. Rummeny
Prüfer der Dissertation:
1. apl. Prof. Dr. Klaus Linde
2. Prof. Dr. Antonius Schneider

Die Dissertation wurde am 22.07.2016 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 15.03.2017 angenommen.

Inhalt

1	Einleitung.....	1
1.1	Hintergrund.....	1
1.2	Ziele der Studie	2
2	Methodik	4
2.1	Studiendesign.....	4
2.2	Grundgesamtheit und Ziehung der Zufallsstichproben	4
2.3	Ablauf der Befragung.....	4
2.4	Fragebogen	6
2.5	Statistik.....	8
2.5.1	Fallzahlschätzung	8
2.5.2	Dateneingabe	8
2.5.3	Auswertung	8
2.6	Ethische und rechtliche Aspekte.....	9
3	Ergebnisse.....	10
3.1	Stichprobenausschöpfung	10
3.2	Soziodemographische und Praxismerkmale	11
3.3	Allgemeines Sicherheitsgefühl.....	12
3.4	Häufigkeit von aggressivem Verhalten.....	16
3.4.1	Aggressives Verhalten unabhängig vom Ort.....	16
3.4.1.1	Häufigkeit jeglicher Aggression jemals und in den letzten 12 Monaten	16
3.4.1.2	Häufigkeit von leichten, mittelschweren und	
	schwerwiegenden Aggressionsformen jemals und in den letzten	
	12 Monaten	17
3.4.2	Aggressives Verhalten je nach Ort.....	19
3.4.2.1	Jemals und in den letzten 12 Monaten erlebte Aggressionen	
	nach Ort.....	19
3.4.2.2	Jemals und in den letzten 12 Monaten erlebte	
	schwerwiegende Vorkommnisse nach Ort.....	21

3.4.3	Einzelne aggressive Verhaltensweisen je nach Ort	22
3.4.3.1	Aggressives Verhalten in den Praxisräumen	22
3.4.3.2	Aggressives Verhalten auf Hausbesuch	25
3.4.3.3	Aggressives Verhalten auf Heimb Besuch	27
3.4.3.4	Aggressives Verhalten im Bereitschaftsdienst Praxis.....	29
3.4.3.5	Aggressives Verhalten im Bereitschaftsdienst Hausbesuch.....	31
3.4.4	Andere Formen von Aggression	33
3.5	Der schwerwiegendste Vorfall	33
3.5.1	Quantitative Auswertung nach Geschlecht	34
3.5.2	Quantitative Auswertung nach Schweregrad	38
3.5.3	Qualitative Auswertung.....	41
3.5.3.1	Typische Schilderungen	41
3.5.3.2	Ausgewählte schwerwiegende Vorfälle.....	44
3.6	Regressionsanalysen	48
4	Diskussion	52
4.1	Zusammenfassung der Hauptergebnisse	52
4.2	Methodenkritik	52
4.3	Interpretation	56
4.4	Schlussfolgerungen	62
4.4.1	Schlussfolgerungen für die Praxis.....	62
4.4.2	Schlussfolgerungen für die Forschung.....	64
5	Zusammenfassung	66
6	Tabellenverzeichnis	68
7	Abbildungsverzeichnis	70
8	Literaturverzeichnis.....	71
9	Veröffentlichung.....	78
10	Anhang	79
11	Danksagung.....	85

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Das Thema „Aggression und Gewalt gegen Ärzte“ wird bisher in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung in Deutschland kaum beachtet (Vorderwülbecke 2013). Der Begriff Aggression wird im Folgenden einerseits als Überbegriff für alle feindlichen Verhaltensweisen (z. B. Beschimpfungen, Beleidigungen, sexuelle Belästigung und körperliche Gewalt) verwendet. Wird der Begriff Aggression in unmittelbarer Gegenüberstellung mit dem Begriff Gewalt verwendet, bezeichnet Aggression andererseits primär nicht-körperliche feindliche Handlungen, Gewalt dagegen körperliche Angriffe im weiteren Sinn (Schläge, Waffengewalt).

Einzelne Autoren gehen davon aus, dass die Häufigkeit von Gewalttaten gegen Ärzte in den letzten Jahrzehnten zugenommen hat (Mäulen 2013, Blech 2001). Insbesondere der Autor Mäulen fasst dabei in diversen Meinungsartikeln den Forschungsstand zum Thema Aggression gegen Ärzte zusammen, wobei er sich hauptsächlich auf bereits bestehende internationale Studien zu diesem Themenkomplex beruft. Systematische Untersuchungen hierzu fehlten in Deutschland bisher jedoch. Nach internationalen Erhebungen zählen Ärzte nach Polizisten und dem Psychiatriepflegepersonal zu den Berufsgruppen, die besonders gefährdet sind, Gewalt und Aggression im Beruf zu erleben (Mäulen 2013). Unter den Ärzten sind es vor allem Psychiater und Hausärzte sowie in Notaufnahmen tätige Mediziner, die sich in einem vergleichsweise hohen Maße Aggression und Gewalt ausgesetzt sehen (Mäulen 2013, Mäulen 2000). Andere Beiträge postulieren, dass Aggressionen gegenüber Ärzten in der Praxis und in der Klinik wohl eine nicht unerhebliche Rolle spielen und die Dunkelziffer sehr hoch ist (Mäulen 2000, Püschel und Cordes 2001). Bei den Allgemeinärzten kommt es vermutlich insbesondere bei Hausbesuchen und im Bereitschaftsdienst immer wieder zu aggressiven oder sogar gewalttätigen Begegnungen im Rahmen ihrer Tätigkeit (Vorderwülbecke 2013).

In internationalen Studien zu diesem Themenkomplex fällt auf, dass aggressives Verhalten gegenüber Ärztinnen und Ärzten offenbar häufiger vorkommt, als im Allgemeinen angenommen. So zeigen zum Beispiel vier australische Studien aus den Jahren 2003 bis 2007, dass 68 bis 73% der befragten Hausärzte bereits Erfahrungen mit Aggressionen während ihrer Karriere machten (Tolhurst et al. 2003a, Alexander und Fraser 2004, Magin et al. 2005, Koritsas et al. 2007). In den letzten 12 Monaten vor den Befragungen variierte die Inzidenz von Aggressionen gegenüber den Allgemeinärzten zwischen 48 und 64%. Diese verhältnismäßig hohen Prozentzahlen führten in Australien

unter anderem zum Sicherheitsprogramm „General practice - a safe place“ des Royal Australian College of General Practitioners, in dem es um den richtigen Umgang der Ärzte mit aggressiven Patienten geht (Rowe et al. 2009). Eine weitere Studie aus Kanada aus dem Jahr 2010 kommt zu dem Ergebnis, dass 29% aller befragten Allgemeinärzte im letzten Monat vor der Befragung aggressivem Verhalten ausgesetzt waren. Von diesen Betroffenen hatte beinahe jeder leichtere aggressive Vorfälle erlebt, darunter zum Beispiel Beleidigungen und Beschimpfungen. 26% hatten mittelschwere Vorfälle erfahren, wie zum Beispiel Sachbeschädigungen, und 8% waren Opfer von schwerer körperlicher Gewalt und sexuellen Übergriffen geworden (Miedema et al. 2010a).

Die einzige vergleichbare deutsche Studie zum Phänomen Aggression im medizinischen Kontext wurde im Jahr 2012 von Wissenschaftlern der Ruhr-Universität Bochum veröffentlicht. Darin geht es um eine Bestandsaufnahme zum Thema Aggression und Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen (NRW). In dieser Studie wurde eine Zufallsstichprobe von 2048 Rettungsdienstmitarbeitern in NRW zum Thema „Gewalt gegen Rettungskräfte“ befragt; davon antworteten 858 Mitarbeiter, die Rücklaufquote betrug 41%. Es zeigte sich, dass im beobachteten Zeitraum von 12 Monaten fast alle Befragten verbale Gewalt erlebt hatten (98%), während im selben Zeitraum 59% der Befragten von mindestens einem gewalttätigen Übergriff berichteten. Hierunter wurden sowohl leichtere Fälle wie Wegschubsen und Spucken als auch schwere Übergriffe wie Schlagen / Treten und Waffengewalt subsummiert. Zumindest im Kontext des Rettungsdienstes ergab sich nach den Daten dieser Untersuchung ein typisches Profil des Täters: Dieser ist eine männliche Person zwischen 20 und 39 Jahren, der während der Tat unter Alkoholeinfluss steht (Schmidt 2012).

1.2 Ziele der Studie

Um die Datenlage zur Relevanz des Problems Aggression und Gewalt gegenüber Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten in Deutschland zu verbessern, wurde eine bundesweite Befragung zu diesem Thema durchgeführt.

Ziele der Befragung waren die Erfassung

1. des allgemeinen Sicherheitsgefühls von Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten in der Praxis, auf Haus-, Heimbefuch und im Bereitschaftsdienst (Praxis und Hausbesuch);
2. des Anteils von Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten, der im Verlauf seiner professionellen Tätigkeit verschiedene aggressive Verhaltensweisen in Praxisräumen, bei Haus-, Heimbefuchen und im Bereitschaftsdienst (Praxis und

Hausbesuch) erlebt hat, und die Häufigkeit solcher Vorfälle in den letzten 12 Monaten vor der Befragung;

3. des schwerwiegendsten aggressiven Vorfalls des jeweiligen Befragten mit Erfassung der Tatumstände, von Merkmalen des Täters und der Tatfolgen.

Für eine explorative Prüfung wurden folgende Hypothesen formuliert:

- a) Das allgemeine Sicherheitsgefühl ist in der Praxis größer als auf Haus-, Heimbefragungen und im Bereitschaftsdienst.
- b) Leichte Formen aggressiven Verhaltens (Beleidigung, Beschimpfung) sind häufiger als mittelschwere Formen (Bedrohung, Einschüchterung, Verleumdung, leichte körperliche Gewalt, sexuelle Belästigung, Sachbeschädigung, Diebstahl) und diese sind wiederum häufiger als schwere Formen (Stalking, schwere körperliche Gewalt, Bedrohung und/oder Angriff mit Gegenstand oder Waffe, sexueller Missbrauch).
- c) Bei der Angabe der schwerwiegendsten Fälle der jeweiligen Befragten sind unter den Tätern Männer häufiger als Frauen.

Insgesamt wurden bei der Auswertung der vorliegenden Studie insbesondere die Unterschiede zwischen Frauen (Ärztinnen) und Männern (Ärzten) untersucht.

2 Methodik

2.1 Studiendesign

Die Studie war angelegt als einmalige postalische Befragung einer Zufallsstichprobe von 1500 Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten mit anonymisierter Auswertung.

2.2 Grundgesamtheit und Ziehung der Zufallsstichproben

Die Grundgesamtheit umfasste alle in Deutschland tätigen Fachärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte. Die Ziehung der Stichprobe erfolgte auf Basis der bundesweiten Sammlung von Adressen 132.000 niedergelassener Ärzte (93% aller ambulant tätigen Ärzte) der Firma Adressendiscout (www.adressendiscout.de), die als Exceldatei verfügbar ist und neben den Adressen öffentlich zugängliche Informationen zu Facharzttrichtung und Hausarztstatus enthält. Aus dieser Datei wurden alle Allgemeinmediziner und praktischen Ärzte selektiert und in einer separaten Datei abgespeichert. Diese Datei wurde dann in SPSS eingelesen. Die Auswahl von 1500 Adressen erfolgte durch einfache Ziehung einer Zufallsstichprobe mit der Funktion „Fälle auswählen“ „Zufallsstichprobe“.

2.3 Ablauf der Befragung

Zuteilung einer Identifikationsnummer: Allen Ärzten der Zufallsstichprobe wurde eine vierstellige Identifikationsnummer zugeordnet. Diese Identifikationsnummer diente ausschließlich dazu, zu gewährleisten, dass nur diejenigen Ärzte, die auf die erste bzw. zweite Aussendung (siehe unten) nicht geantwortet hatten, eine zweite bzw. eine dritte Aussendung erhielten. Eine Zuordnung einzelner Fragebögen zu den einzelnen Ärzten erfolgte nicht.

Strategien zur Gewährleistung einer ausreichenden Stichprobenausschöpfung: Arztbefragungen leiden sehr häufig unter einer in hohem Maße unbefriedigenden Stichprobenausschöpfung (zurückgesendete auswertbare Fragebögen/ausgesandte Fragebögen) und sind dementsprechend schwer interpretierbar. Als effektivste Maßnahme zur Erreichung einer höheren Stichprobenausschöpfung haben sich in empirischen Studien ohne Vorbedingungen ausgegebene finanzielle Anreize wie Büchergutscheine erwiesen (Edwards et al. 2009). Da jedoch die hierfür notwendigen finanziellen Mittel nicht zur Verfügung standen, konnten solche Anreize in dieser Studie nicht eingesetzt werden. Es wurden jedoch andere evidenzbasierte Maßnahmen ergriffen (Edwards et al. 2009). So ist belegt, dass höhere Ausschöpfungen erzielt

werden können, wenn nichtantwortende Befragte mehrmals kontaktiert werden. Daher erfolgten in der Befragung insgesamt drei Aussendungen (siehe unten). Die Länge des Fragebogens wurde auf 4 Seiten begrenzt, da auch der Umfang den Rücklauf beeinflusst. Die Anschreiben wurden wie empfohlen personalisiert (persönliche Anrede). Unter den gegebenen Umständen erschien eine Stichprobenausschöpfung von mindestens 40% als realisierbares Ziel.

Erste Aussendung: Am 14.10.2013 wurde allen Ärzten der Zufallsstichprobe vom Institut für Allgemeinmedizin der TU München ein kurzes Anschreiben mit genaueren Informationen zur Studie auf der Rückseite, der Fragebogen und ein Rückantwortkuvert (Gebühr zahlt Empfänger) zugesandt. Bei den eingehenden Fragebögen wurde zuerst die Identifikationsnummer in der Adressdatei registriert und der entsprechende Arzt für die Wiederholungsaussendungen aus der Adressdatei für die folgende Aussendung gelöscht. Außerdem wurde in einer separaten Datei registriert, ob der Arzt einen Bericht mit den Ergebnissen der Befragung erhalten wollte. Die Identifikationsnummer auf dem Fragebogen wurde abgeschnitten und verworfen. Danach wurde eine neue fortlaufende Identifikationsnummer vergeben, um die Fragebögen später den digitalisierten Fragebögen in der SPSS-Auswertungsdatei zuordnen zu können. Daraufhin wurde der Fragebogen in einer Sammel-Box abgelegt. Bei Aussendungen, die als unzustellbar zurückkamen, wurden die entsprechenden Ärzte ebenfalls aus der Adressdatei gelöscht, die Zahl dieser Fehlaussendungen wurde dokumentiert, die betreffenden Ärzte wurden nicht noch einmal angeschrieben. Ebenso wurde bei denjenigen Ärzten verfahren, die fälschlicher Weise angeschrieben wurden (z. B. Ärzte, die nicht hausärztlich tätig waren, siehe unter 3.1). Für Ärzte, die nicht teilnehmen und nicht erneut angeschrieben werden wollten, bestand die Möglichkeit, einen leeren Bogen im beiliegenden Freiumschlag zurückzuschicken. Die Adressen dieser Teilnehmer wurden ebenfalls aus der Adressdatei gelöscht.

Zweite Aussendung: Am 06.11.2013, gut drei Wochen nach der ersten Versendungswelle, wurde allen Ärzten, die auf die erste Aussendung nicht geantwortet hatten, ein zweites Mal ein Anschreiben, der Fragebogen und ein Rückantwortkuvert zugesandt. Mit den eingehenden Antworten wurde wie bei der ersten Aussendung verfahren.

Dritte Aussendung: Dieses Vorgehen wurde knapp drei Wochen nach der zweiten Versendung noch ein drittes Mal, am 26.11.2013, wiederholt, wobei dieser Brief nur noch ein Anschreiben, jedoch keine neue Kopie des Fragebogens, enthielt. Für die Ärzte, die

den Fragebogen noch einmal benötigten, wurde in diesem dritten Anschreiben die Möglichkeit angeboten, den Fragebogen online auf der Internetseite des Institutes für Allgemeinmedizin der TU München herunterzuladen und auszudrucken.

2.4 Fragebogen

Der Fragebogen wurde nach Sichtung der Originalbögen mehrerer internationaler Quellen entwickelt (Magin et al. 2005, Miedema et al. 2010a, Schmidt 2012, Koritsas et al. 2007). Zuerst erfolgte die Erstellung eines Fragenpools durch einen in der Thematik erfahrenen Facharzt für Allgemeinmedizin (Dr. F. Vorderwülbecke), den Doktoranden (M. Feistle) und den Studienleiter (Prof. Linde). Dann wurde eine Pilotversion erstellt, die im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung für Lehrärzte des Instituts für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München einer Vortestung (n = 30) unterzogen wurde. Auf Basis der Auswertung dieses Testlaufs wurde der finale, vierseitige Fragebogen entwickelt (siehe Anlage).

Der Fragebogen umfasste die folgenden sechs Abschnitte:

A) Tabelle zum allgemeinen Sicherheitsgefühl: Frage 1

Hier wurden die Teilnehmer der Studie nach ihrem subjektiven Gefühl von Sicherheit in der Praxis, auf Haus-, Heimbefuch und im Bereitschaftsdienst (Praxis und Hausbesuch) gefragt. Dabei hatten sie die Möglichkeit, sich zwischen den Optionen „sehr sicher“, „relativ sicher“, „teils teils“, „eher nicht sicher“ und „gar nicht sicher“ zu entscheiden. Beim Haus-, Heimbefuch und beim Bereitschaftsdienst (Praxis und Hausbesuch) gab es zusätzlich die Option „führe ich nicht durch“.

B) Tabelle zur Häufigkeit von aggressivem Verhalten in den Praxisräumen: Frage 2

Hier wurden die Karriereprävalenz und die Inzidenz in den letzten 12 Monaten vor der Befragung von verschiedenen Aggressionsformen in den Praxisräumen abgefragt. Dabei sollten die Teilnehmer jeweils angeben, ob sie eine bestimmte Aggressionsform schon jemals in ihrer hausärztlichen Tätigkeit in den Praxisräumen erlebt hatten und wenn ja, wie häufig dies in den letzten 12 Monaten vorkam. Die einzelnen Aggressionsformen waren: Beleidigung/Beschimpfung, Bedrohung/Einschüchterung, leichte körperliche Gewalt (Schubsen, Bedrängen, Festhalten), ausgeprägte körperliche Gewalt (Beißen, Schlagen, Treten, Würgen), Bedrohung mit Gegenstand oder Waffe, Angriff mit Gegenstand oder Waffe, sexuelle Belästigung (anzügliche Bemerkungen und Gesten; Grabschen außer Brüste und Genitalien), sexueller Missbrauch (Grabschen von

Brüsten und Genitalien; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung) und Sachbeschädigung/Diebstahl. Zudem hatten die Befragten die Gelegenheit, im Feld „Sonstiges“ eine von ihnen erlebte Aggressionsform einzutragen, die nicht aufgeführt war.

C) Tabelle zur Häufigkeit von aggressivem Verhalten bei Haus-, Heimbisuchen und im Bereitschaftsdienst (Praxis und Hausbesuch): Frage 3

Hier wurden die Karriereprävalenz und die Inzidenz in den letzten 12 Monaten von verschiedenen Aggressionsformen außerhalb der Praxis abgefragt. Bei jeder einzelnen Aggressionsform sollten die befragten Ärzte angeben, ob sie diese an den verschiedenen Schauplätzen Haus-, Heimbisuch und Bereitschaftsdienst (Praxis und Hausbesuch) schon jemals in ihrer hausärztlichen Tätigkeit erlebt hatten und wenn ja, wie häufig dies in den letzten 12 Monaten vorkam. Die einzelnen abgefragten Aggressionsformen entsprachen denen von Frage 2 mit der Ausnahme, dass es hier bei Frage 3 kein Feld für „Sonstiges“ gab.

D) Tabelle zu anderen Formen der Aggression: Frage 4

Hier wurde die Karriereprävalenz und die Inzidenz in den letzten 12 Monaten von zwei besonderen Aggressionsformen abgefragt, und zwar Rufschädigung / Verleumdung / falsche Aussagen auf Ärzteportalen im Internet und Stalking. Auch hier sollten die Teilnehmer jeweils angeben, ob sie diese beiden Aggressionsformen schon jemals in ihrer hausärztlichen Tätigkeit erlebt hatten und wenn ja, wie häufig dies in den letzten 12 Monaten vorkam.

E) Fragen zum schwerwiegendsten Vorfall: Fragen 5-14

Dieser Fragenblock musste nicht von jedem Arzt ausgefüllt werden. Er wurde nur von denjenigen Ärzten bearbeitet, die bereits einen Vorfall erlebt hatten und – wenn ja – bereit waren, darüber zu berichten. Hier kam zuerst eine Frage nach dem Schweregrad des erlebten Vorfalls (Frage 5). In Frage 6 hatten die Befragten die Möglichkeit, ihren persönlich schwerwiegendsten Vorfall mit eigenen Worten kurz zu schildern. In Frage 7 ging es um das Angstniveau des Opfers, in Frage 8 ging es um den Tatort, in Frage 9 um die Tatzeit. In Frage 10 wurde nach Geschlecht, Alter und zugehöriger Personengruppe des Täters gefragt. In Frage 11 ging es um die Frage nach einem möglichen Migrationshintergrund des Täters, in Frage 12 um das Vorliegen bewusstseinsverändernder Faktoren beim Täter. Frage 13 fragte nach möglichen Folgen beim Opfer und Frage 14 nach einer möglichen Änderung im Umgang mit Patienten oder der Einstellung zum Thema Gewalt beim Opfer.

F) Fragen zu Angaben der Befragten zu ihrer Person und ihrer Praxis: Fragen 15-24

In diesem Abschnitt wurden Angaben zur Person des teilnehmenden Arztes und zu seiner Praxis erfragt. Es wurden folgende Informationen erfasst: Frage 15: Alter; Frage 16: Geschlecht; Frage 17: Migrationshintergrund; Frage 18: Anzahl der Jahre der bisherigen hausärztlichen Tätigkeit; Frage 19: Praxisart; Frage 20: Anzahl der wöchentlichen Hausbesuche; Frage 21: Anzahl der monatlichen Bereitschaftsdienste; Frage 22: Lage der Praxis in großer, mittlerer oder kleiner Stadt; Frage 23: Bewertung der finanziellen Situation der Patienten; Frage 24: Wunsch, die Ergebnisse der Befragung zugesendet zu bekommen.

2.5 Statistik

2.5.1 Fallzahlschätzung

Auf Basis von Vorerfahrungen mit einer ähnlich durchgeführten Befragungsstudie (Linde et al. 2014) wurde mit einer Stichprobenausschöpfung von ca. 40% gerechnet (Vorprojekt 46%). Ziel war es, die Prävalenz von aggressivem Verhalten mit einer Präzision von $\pm 4\%$ schätzen zu können. Dazu sind bei einer Prävalenz von 50% 600 auswertbare Antworten notwendig (Berechnung mit EpiCalc 2000). Angesichts der erwarteten Stichprobenausschöpfung sollten daher 1500 Ärzte angeschrieben werden.

2.5.2 Dateneingabe

Die in der Befragung erhobenen Daten wurden in eine vorbereitete und gelabelte SPSS-Datei eingegeben. Eine Prüfung auf unplausible Werte erfolgte mit Hilfe der Auswertungsfunktionen in SPSS.

2.5.3 Auswertung

Für die deskriptive Auswertung wurden je nach Datentyp Mittelwerte und Standardabweichungen, Mediane, Minima und Maxima oder Prozentangaben und absolute Häufigkeiten gesamt und für Subgruppen berechnet.

95%-Konfidenzintervalle für Häufigkeitsangaben für die wichtigsten Prävalenzschätzungen (siehe 3.4.1. und 3.4.2.) wurden mit der Bootstrap-Funktion in SPSS (1000 Stichproben) erzeugt. Analysen auf Unterschiede zwischen Subgruppen (insbesondere Frauen und Männer) erfolgten mit Fisher's exaktem Test, Chi-quadrat-Test, Mann-Whitney-U-Test oder Student's t-Test für 2-Stichproben-Vergleiche, im Falle von mehr als 2 Subgruppen mit dem Chi-quadrat-Test, dem Kruskal-Wallis-Test und

Varianzanalysen. Unterschiede zwischen dem Sicherheitsgefühl in der Praxis im Vergleich zu anderen Orten wurden mit dem Wilcoxon-Test auf Signifikanz geprüft, Unterschiede bezüglich der Häufigkeit von leichten, mittelschweren und schweren Vorkommnissen mit dem McNemar-Test.

Um zu untersuchen, ob es Zusammenhänge zwischen den Arztmerkmalen Geschlecht, Erfahrung eines schwerwiegenden Vorkommnisses jemals in der ärztlichen Tätigkeit, Alter (dichotomisiert in bis 55 Jahre und darüber), Migrationshintergrund, Praxisart (Einzelpraxis ja oder nein), Praxislage (codiert in zwei Dummyvariablen Großstadt ja/nein und Stadt ja/nein) und finanzielle Situation des Praxisklientels (eher finanziell schwach ja/nein) und dem Sicherheitsgefühl an den fünf Schauplätzen (Praxis, Hausbesuch, Heimbesuch, Bereitschaftsdienst - Praxis, Bereitschaftsdienst - Hausbesuch) gab, wurden univariate und multivariate ordinale Regressionsanalysen durchgeführt. Außerdem erfolgten logistische Regressionsanalysen, um einen Zusammenhang zwischen Arztmerkmalen und der Erfahrung eines schwerwiegenden Vorkommnisses jemals in der ärztlichen Tätigkeit zu untersuchen.

Aufgrund der multiplen Signifikanztests sind alle berichteten p-Werte nur als orientierend zur Erleichterung der Lesbarkeit zu interpretieren. Eine Adjustierung für multiples Testen erfolgte nicht. P-Werte wurden generell nur dann berechnet, wenn in der Gruppe der Frauen und Männer jeweils eine Mindestzahl von $n = 10$ Fällen vorkam. Wurde wegen der geringen Fallzahl kein p-Wert berechnet, so ist in den Tabellen in der Spalte für den p-Wert „n. b.“ („nicht berechnet“) vermerkt.

2.6 Ethische und rechtliche Aspekte

Die Befragungsstudie wurde durch die Ethikkommission der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München geprüft und als unbedenklich eingestuft (Votum vom 21.6.2013; Projektnummer 5833/13). Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig. Die Auswertung der Befragung erfolgte anonym. Bei Eingang der Fragebögen wurde nach der Registrierung die Identifikationsnummer vom Fragebogen abgetrennt, darauf wurde im Anschreiben (siehe Anhang) explizit hingewiesen. Eine Zuordnung einzelner Angaben auf einen bestimmten Arzt ist somit in der Datenbank nicht möglich.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobenausschöpfung

Es wurden insgesamt 1500 niedergelassene Allgemeinärzte und praktische Ärzte angeschrieben. Bei 73 angeschriebenen Ärzten erhielten wir Rücksendungen aufgrund von falscher Adressierung (siehe Abb. 1). 19 Ärzte wurden fälschlicher Weise angeschrieben. Neun davon gaben an, nicht hausärztlich tätig zu sein, fünf befanden sich bereits im Ruhestand, vier weitere Ärzte waren bereits verstorben. Ein Arzt war nicht mehr in der angegebenen Praxis tätig. Dementsprechend waren 1408 Ärzte korrekt angeschrieben worden. Davon haben 562 Ärzte keinen Fragebogen zurückgesendet. 11 Ärzte haben ihren Bogen leer zurückgeschickt und wurden daraufhin nicht mehr angeschrieben. Es ergab sich somit ein Rücklauf von 835 (59% bezogen auf die 1408 korrekt angeschriebenen Ärzte) auswertbaren Fragebögen. Da vier Teilnehmer keine Angaben zu ihrem Geschlecht machten, konnten sie in der folgenden Analyse, bei der stets nach Frauen und Männern unterschieden wurde, nicht berücksichtigt werden. Deswegen gilt eine Gesamtzahl von $n = 831$ Teilnehmern (59%) für die komplette Auswertung.

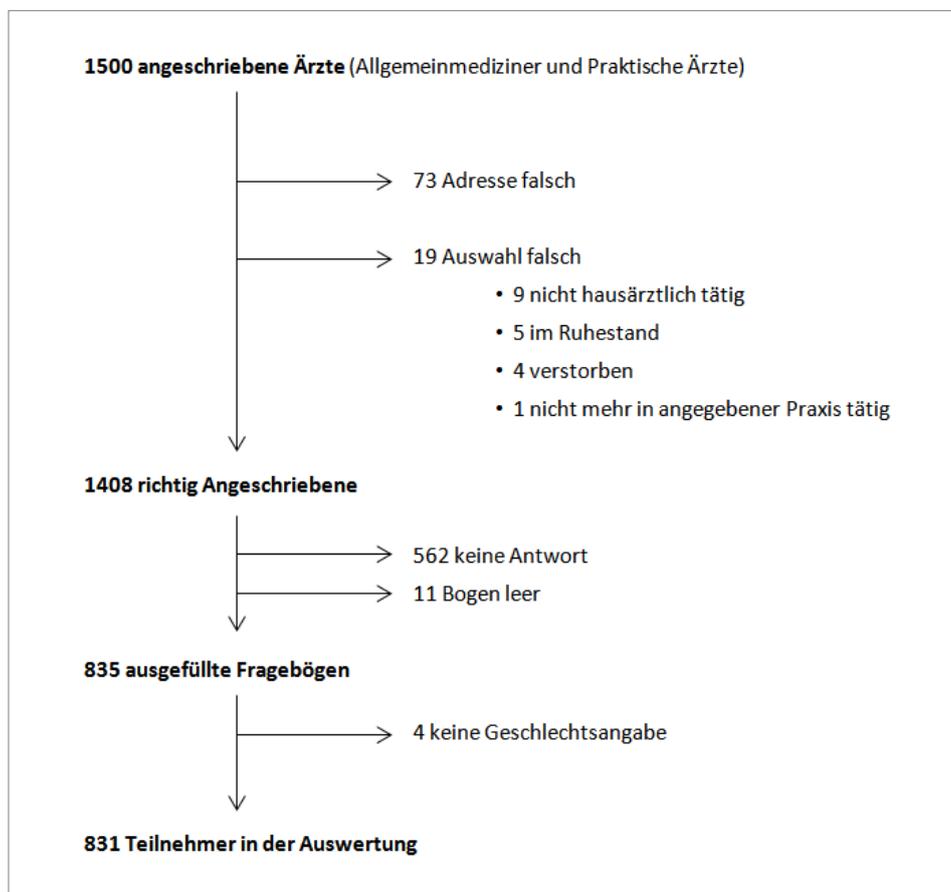


Abbildung 1: Stichprobenausschöpfung

3.2 Soziodemographische und Praxismerkmale

Die Teilnehmer waren im Mittel 54,9 Jahre alt (SD 8,1). Dabei waren die Ärztinnen mit einem durchschnittlichen Alter von 53,0 Jahren signifikant jünger als ihre männlichen Kollegen mit 56,1 Jahren (p -Wert $< 0,001$). Insgesamt 5% der Befragten gaben an, einen Migrationshintergrund zu haben, wobei es hier keinen signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern gab. Die Ärzte waren zum Zeitpunkt der Befragung im Schnitt 20,5 Jahre hausärztlich tätig (SD 9,1). Darunter waren die Frauen mit 18,9 Jahren im Mittel kürzer tätig als ihre männlichen Kollegen mit 21,6 Jahren (p -Wert $< 0,001$). Am häufigsten waren die Teilnehmer in einer Einzelpraxis tätig (51%), gefolgt von der Gemeinschaftspraxis mit 48%, während 1% der Ärzte angab, in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) zu arbeiten. Frauen waren tendenziell in der Praxisform MVZ häufiger, Männer in der Einzelpraxis. Ein signifikanter Unterschied bestand allerdings nicht.

Die teilnehmenden Männer führten im Schnitt 15,6 (SD 10,7) Hausbesuche pro Woche durch und damit signifikant mehr als die Frauen mit 10,4 (SD 7,7). Im Bereitschaftsdienst gab es keinen Gruppenunterschied zu verzeichnen. Der Median an geleisteten Bereitschaftsdiensten pro Monat war 1,0 (Minimum 0,1, Maximum 22,0). Die Praxis von 24% der Teilnehmer lag in einer „Stadt mit > 100.000 Einwohnern“, 36% praktizierten in einer „Stadt mit 10.000-100.000 Einwohnern“ und 40% in einem „Ort mit < 10.000 Einwohnern“. Männer waren häufiger (44%) in ländlichen Gebieten tätig als Frauen (36%). In der Großstadt war die Verteilung entgegengesetzt: Dort arbeiteten 21% der Männer und 28% der Frauen ($p = 0,02$). Die finanzielle Situation Ihrer Patienten schätzten 9% der Ärzte als „eher wohlhabend“, 71% als „eher gemischt“ und 21% als „eher finanziell schwach“ ein. Dabei unterschieden sich die teilnehmenden Frauen und Männer nicht wesentlich.

Tabelle 1: Soziodemographische und Praxismerkmale. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente), Mittelwerte und Standardabweichungen oder Mediane, Minima und Maxima

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Alter in Jahren (7)	53,0 (7,8)	56,1 (8,2)	54,9 (8,1)	<0,001§
Migrationshintergrund (4)	23 (7%)	20 (4%)	43 (5%)	0,18\$
Hausärztliche Tätigkeit in Jahren (7)	18,9 (9,2)	21,6 (8,9)	20,5 (9,1)	<0,001§
Praxisart (6)				0,07\$
- Einzelpraxis	167 (50%)	256 (52%)	423 (51%)	
- Gemeinschaftspraxis	158 (48%)	235 (48%)	393 (48%)	
- MVZ	7 (2%)	2 (0%)	9 (1%)	
Hausbesuche Anzahl/Woche (33)	10,4 (7,7)	15,6 (10,7)	13,6 (9,9)	<0,001§
Bereitschaftsdienst Anzahl/Monat (178)	1,0 (0,1/15,0)	1,0 (0,1/22,0)	1,0 (0,1/22,0)	0,91#
Praxislage (4)				0,02\$
- Stadt > 100.000 Einwohner	94 (28%)	103 (21%)	197 (24%)	
- Stadt 10-100.000 Einwohner	120 (36%)	176 (36%)	296 (36%)	
- Ort < 10.000 Einwohner	118 (36%)	216 (44%)	334 (40%)	
Finanzielle Situation Patienten (10)				0,62\$
- Eher wohlhabend	28 (9%)	45 (9%)	73 (9%)	
- Eher gemischt	229 (69%)	351 (72%)	580 (71%)	
- Eher finanziell schwach	73 (22%)	95 (19%)	168 (21%)	

§ = p-Wert berechnet aus t-Test; \$ = p-Wert berechnet aus Fisher's exaktem Test (bei dichotomen Variablen) oder Chi²-Test (bei Variablen mit drei oder mehr Ausprägungen); # = p-Wert berechnet aus Mann-Whitney-U-Test

3.3 Allgemeines Sicherheitsgefühl

Die Ergebnisse zur Frage nach dem allgemeinen Sicherheitsgefühl der Ärzte sind in Tabelle 2 dargestellt. Bei allen Schauplätzen - Praxis, Hausbesuch, Heimbesuch, Bereitschaftsdienst Praxis und Bereitschaftsdienst Hausbesuch - gab es signifikante Unterschiede im Gefühl der Sicherheit bei Frauen und Männern. In der Praxis fühlten sich insgesamt 65% der Ärzte sehr sicher und 34% relativ sicher; 1% antwortete mit „teils teils“; ein Teilnehmer wählte die Option „eher nicht sicher“ und einer „gar nicht sicher“, wobei es sich hier um zwei Frauen handelte. Im Geschlechtervergleich fällt auf, dass sich 58% der Ärztinnen in der Praxis sehr sicher und 41% relativ sicher fühlen, während bei den männlichen Ärzten hier 70% „sehr sicher“ und 29% „relativ sicher“ angaben. Beim Hausbesuch gaben jeweils 44% der Befragten an, sich sehr sicher bzw. relativ sicher zu fühlen. Unter den übrigen Befragten entschieden sich 11% für „teils teils“ und jeweils 1% für „eher nicht sicher“ bzw. „gar nicht sicher“. Unter den weiblichen Befragten wählten 29% die Option „sehr sicher“, 54% „relativ sicher“ und 14% „teils teils“. Bei den Männern verteilten sich die Antworten wie folgt: 54% „sehr sicher“, 36% „relativ sicher“, 8% „teils teils“.

Sehr sicher beim Heimb Besuch fühlten sich 69% der teilnehmenden Ärzte. 29% entschieden sich für „relativ sicher“ und 1% für „teils teils“. Bei den Frauen empfanden 63% den Heimb Besuch als sehr sicher, 35% als relativ sicher und 2% gaben „teils teils“ an. Während 3 Frauen (1%) sich beim Heimb Besuch nicht sicher fühlten, gab diese Option unter den Männern keiner an. Die Ergebnisse der Männer: 73% „sehr sicher“, 26% „relativ sicher“, 1% „teils teils“. Das Gefühl von Sicherheit in der Bereitschaftspraxis stufen insgesamt 29% als sehr sicher, 47% als relativ sicher, 19% als teils teils, 4% als eher nicht sicher und 1% als gar nicht sicher ein. Auch hier waren bis auf die Option „gar nicht sicher“ (jeweils 1%) Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennbar: „Sehr sicher“ gaben bei den Frauen 19%, bei den Männern 35% an, „relativ sicher“ bei den Frauen 50%, bei den Männern 46%; „teils teils“ wählten 22% der Frauen und 17% der Männer, „eher nicht sicher“ 8% der Frauen und 2% der Männer. Im Bereitschaftsdienst auf Hausbesuch fühlten sich noch 13% der Befragten sehr sicher, während 41% „relativ sicher“, 30% „teils teils“, 12% „eher nicht sicher“ und 4% „gar nicht sicher“ angaben. Im Vergleich zwischen Frauen und Männern fühlten sich Erstere wieder signifikant unsicherer. Die Verteilung war folgendermaßen (Frauen vs. Männer): „sehr sicher“: 4% vs. 19%, „relativ sicher“: 30% vs. 48%, „teils teils“: 37% vs. 26%, „eher nicht sicher“: 21% vs. 6%, „gar nicht sicher“: 8% vs. 2%.

Tabelle 2: Allgemeines Sicherheitsgefühl in der Praxis, auf Haus-, Heimbisuch und im Bereitschaftsdienst. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).

Allgemeines Sicherheitsgefühl (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Praxis (12)				<0,001#
- sehr sicher	190 (58%)	345 (70%)	535 (65%)	
- relativ sicher	134 (41%)	142 (29%)	276 (34%)	
- teils teils	4 (1%)	5 (1%)	9 (1%)	
- eher nicht sicher	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	
- gar nicht sicher	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	
Hausbesuch ^{^^} (11)				<0,001#
- sehr sicher	95 (29%)	265 (54%)	360 (44%)	
- relativ sicher	177 (54%)	178 (36%)	355 (44%)	
- teils teils	47 (14%)	41 (8%)	88 (11%)	
- eher nicht sicher	4 (1%)	5 (1%)	9 (1%)	
- gar nicht sicher	3 (1%)	1 (0%)	4 (1%)	
Heimbisuch* (19)				0,002#
- sehr sicher	199 (63%)	351 (73%)	550 (69%)	
- relativ sicher	109 (35%)	123 (26%)	232 (29%)	
- teils teils	5 (2%)	6 (1%)	11 (1%)	
- eher nicht sicher	3 (1%)	0 (0%)	3 (0%)	
- gar nicht sicher	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Bereitschaftspraxis [°] (28)				<0,001#
- sehr sicher	47 (19%)	143 (35%)	190 (29%)	
- relativ sicher	122 (50%)	190 (46%)	312 (47%)	
- teils teils	54 (22%)	69 (17%)	123 (19%)	
- eher nicht sicher	19 (8%)	10 (2%)	29 (4%)	
- gar nicht sicher	3 (1%)	2 (1%)	5 (1%)	
Bereitschaftsdienst Hausbesuch* (16)				<0,001#
- sehr sicher	11 (4%)	83 (19%)	94 (13%)	
- relativ sicher	84 (30%)	211 (48%)	295 (41%)	
- teils teils	103 (37%)	112 (26%)	215 (30%)	
- eher nicht sicher	57 (21%)	25 (6%)	82 (12%)	
- gar nicht sicher	22 (8%)	7 (2%)	29 (4%)	

= p-Wert berechnet aus Mann-Whitney-U-Test; „Führe ich nicht durch“: ^{^^}n=4, *n=16, [°]n=144, ^{*}n=100

Abbildung 2 veranschaulicht die Unterschiede im Sicherheitsgefühl bei den befragten Ärzten. In der Praxis fühlten sich fast alle Teilnehmer sehr sicher (65%) oder relativ sicher (34%). Beim Heimbisuch fühlten sich 69% sehr sicher und 29% relativ sicher. Trotz dieser marginalen Unterschiede ergab sich im Wilcoxon-Test ein signifikanter p-Wert (0,04), das heißt, es gab leichte Unterschiede bei der Bewertung. Beim Hausbesuch entschieden sich noch insgesamt 88% der Teilnehmer für die Optionen sehr bzw. relativ sicher (je 44%). Der Unterschied im Vergleich zum Sicherheitsgefühl in der Praxis ist signifikant ($p < 0,001$). Im Bereitschaftsdienst war das allgemeine

Sicherheitsgefühl der Befragten am geringsten: In der Bereitschaftspraxis fühlten sich nur noch 76% aller Teilnehmer sehr sicher oder relativ sicher, während 19% mit „teils teils“, 4% mit „eher nicht sicher“ und 1% mit „gar nicht sicher“ antwortete. Beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst bestätigte sich diese Tendenz, die Ärzte hatten hier das geringste Sicherheitsgefühl; 30% der Befragten wählten die Option „teils teils“, 12% „eher nicht sicher“ und 4% „gar nicht sicher“. Im Vergleich zur Praxis war das Sicherheitsgefühl im Bereitschaftsdienst sowohl in den Praxisräumen als auch beim Hausbesuch signifikant geringer ($p < 0,001$).

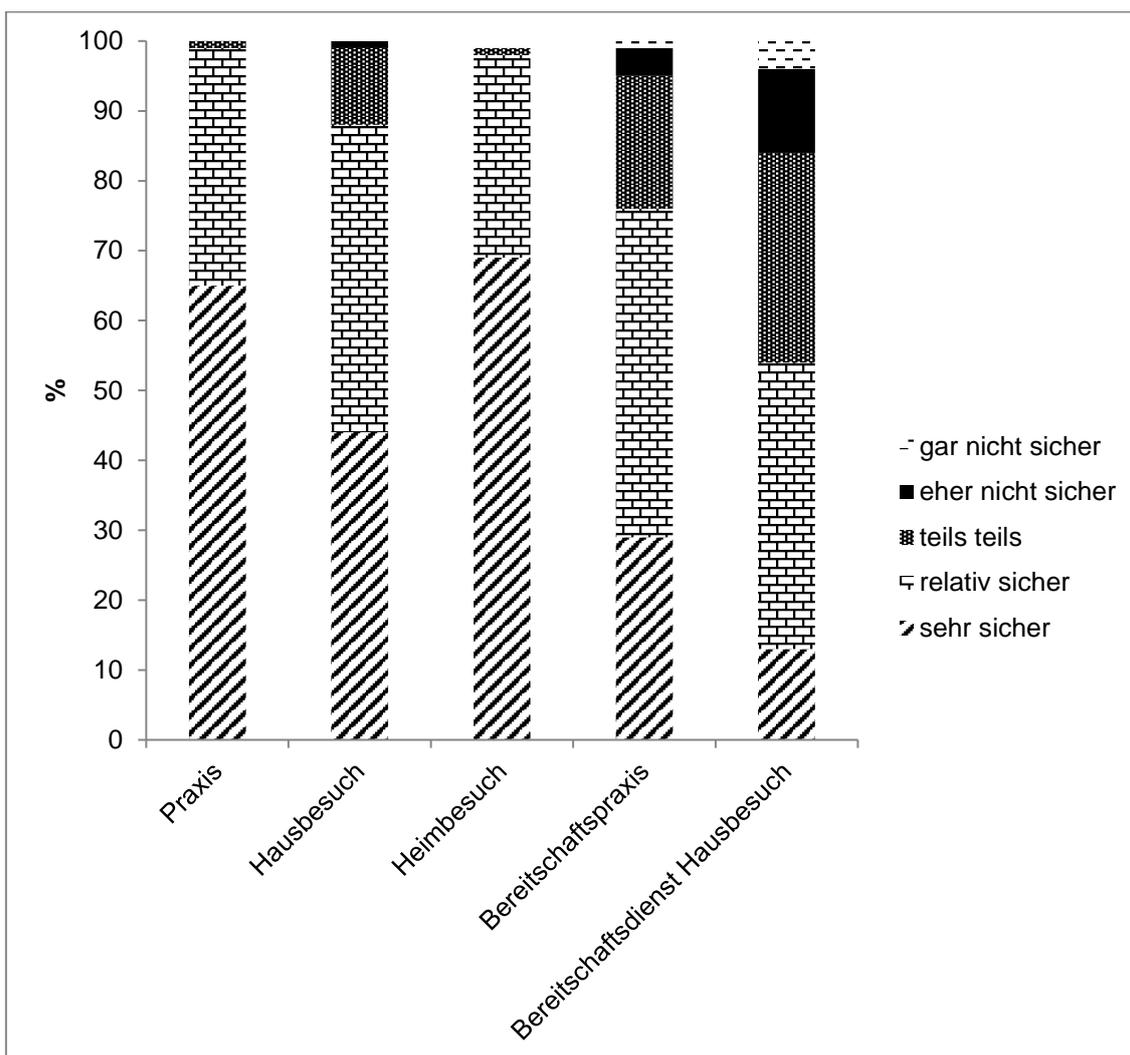


Abbildung 2: Vergleich des allgemeinen Sicherheitsgefühls in der Praxis, auf Haus-, Heimbesuch und im Bereitschaftsdienst. Angegeben sind jeweils die Prozentwerte.

3.4 Häufigkeit von aggressivem Verhalten

3.4.1 Aggressives Verhalten unabhängig vom Ort

3.4.1.1 Häufigkeit jeglicher Aggression jemals und in den letzten 12 Monaten

92% (95%-KI 90-93%) aller Teilnehmer haben bei ihrer ärztlichen Tätigkeit irgendwann Aggression in irgendeiner Form erlebt (Tabelle 3 und Abbildung 3). Die Prävalenz war 92% unter den Frauen und 91% unter den Männern ($p = 0,61$). In den vergangenen 12 Monaten waren 73% (95%-KI 70-76%) der Teilnehmer von mindestens einem aggressiven Vorfall betroffen. Die Prävalenz unterschied sich nur sehr gering zwischen Frauen (74%) und Männern (72%; $p = 0,48$).

Tabelle 3: Häufigkeit jeglicher Aggression unabhängig vom Ort jemals und in den letzten 12 Monaten. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe)

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Jemals Aggression erlebt? (0) – Ja	307 (92%)	453 (91%)	760 (92%; 90-93%)	0,61\$
In den letzten 12 Monaten Aggression erlebt? (0) - Ja	247 (74%)	358 (72%)	605 (73%; 70-76%)	0,48\$

Legende s. Tabelle 1

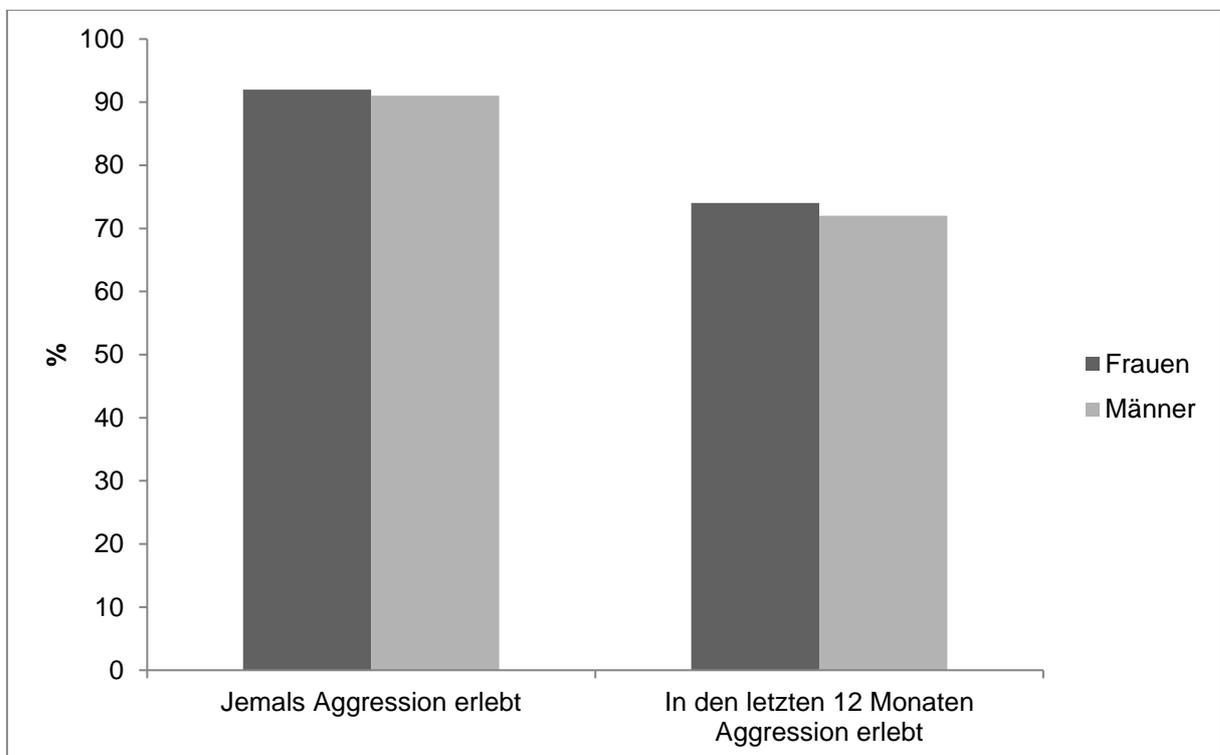


Abbildung 3: Häufigkeit jeglicher Aggression jemals und in den letzten 12 Monaten. Angegeben sind jeweils die Prozentwerte.

3.4.1.2 Häufigkeit von leichten, mittelschweren und schwerwiegenden Aggressionsformen jemals und in den letzten 12 Monaten

Zu den leichten Aggressionsformen rechneten wir Beleidigungen und Beschimpfungen. Jemals erlebten über alle Schauplätze hinweg bisher 79% (95%-KI 77-82%) aller Befragten leichte Aggression. Dabei traf es die Frauen mit 83% signifikant häufiger als ihre männlichen Kollegen (77%; $p = 0,04$; Tabelle 4). Im Zeitraum der letzten 12 Monate gab es eine ähnliche Tendenz: Auch hier wurden die weiblichen Teilnehmer häufiger beleidigt oder beschimpft als die männlichen (60% vs. 51%; $p = 0,01$). Die Gesamtinzidenz betrug hier 54% (95%-KI 51-58%).

Die mittelschweren Aggressionsformen umfassten Bedrohung, Einschüchterung, leichte körperliche Gewalt, sexuelle Belästigung, Sachbeschädigung, Diebstahl und Verleumdung auf Ärzteportalen im Internet. 81% (95%-KI 78-83%) aller Befragten hatten bisher mindestens eine der genannten Aggressionsformen während ihrer Arzttätigkeit erlebt. Frauen waren mit 83% nur geringfügig häufiger betroffen als Männer mit 79% ($p = 0,25$; Tabelle 4). Im letzten Jahr vor der Befragung erlebten 58% (95%-KI 55-62%) aller Teilnehmer eine Form von mittelschwerer Aggression. Auch hier gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Frauen (61%) und Männern (57%; $p = 0,28$).

Tabelle 4: Häufigkeit von leichten, mittelschweren und schwerwiegenden Aggressionsformen unabhängig vom Ort jemals und in den letzten 12 Monaten. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe)

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Jemals leichte Aggression erlebt? (0) - Ja	276 (83%)	383 (77%)	659 (79%; 77-82%)	0,04\$
In den letzten 12 Monaten leichte Aggression erlebt? (0) - Ja	200 (60%)	252 (51%)	452 (54%; 51-58%)	0,01\$
Jemals mittelschwere Aggression erlebt? (0) - Ja	275 (83%)	394 (79%)	669 (81%; 78-83%)	0,25\$
In den letzten 12 Monaten mittelschwere Aggression erlebt? (0) - Ja	202 (61%)	283 (57%)	485 (58%; 55-62%)	0,28\$
Jemals schwerwiegendes Vorkommnis erlebt? (0) - Ja	75 (23%)	112 (23%)	187 (23%; 20-25%)	1,00\$
In den letzten 12 Monaten schwerwiegendes Vorkommnis erlebt? (0) - Ja	38 (11%)	49 (10%)	87 (11%; 8-13%)	0,49\$

Legende s. Tabelle 1

Zu den schwerwiegenden Vorkommnissen wurden folgende Gewaltformen gezählt: ausgeprägte körperliche Gewalt, Bedrohung mit einem Gegenstand bzw. einer Waffe,

Angriff mit einem Gegenstand bzw. einer Waffe, sexueller Missbrauch und Stalking. Insgesamt 23% (95%-KI 20-25%) der befragten Allgemeinärzte machten irgendwann im Laufe ihrer Karriere die Erfahrung von schwerwiegender Aggression. Frauen und Männer waren gleichermaßen mit je 23% betroffen. 11% (95%-KI 8-13%) aller Teilnehmer erlebten im letzten Jahr vor der Befragung zumindest ein schweres Ereignis. Auch hier gab es keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Geschlechtern, denn es traf 11% der Frauen und 10% der Männer ($p = 0,49$).

Abbildung 4 verdeutlicht, dass die Prävalenz und die Inzidenz von leichten und mittelschweren Vorkommnissen nicht bzw. nur in geringem Ausmaß differierte ($p = 0,49$ bezüglich Karriereprävalenz und $p = 0,04$ für 12-Monatsprävalenz), wobei die Frauen jeweils etwas häufiger betroffen waren als die Männer (bei den leichten Vorfällen auch signifikant häufiger). Schwerwiegende Ereignisse kamen im Vergleich zu leichteren und mittelschweren insgesamt deutlich seltener (p jeweils $< 0,001$ bezüglich Karriere- und 12-Monatsprävalenz) vor; es gab hier keine wesentlichen Geschlechterunterschiede.

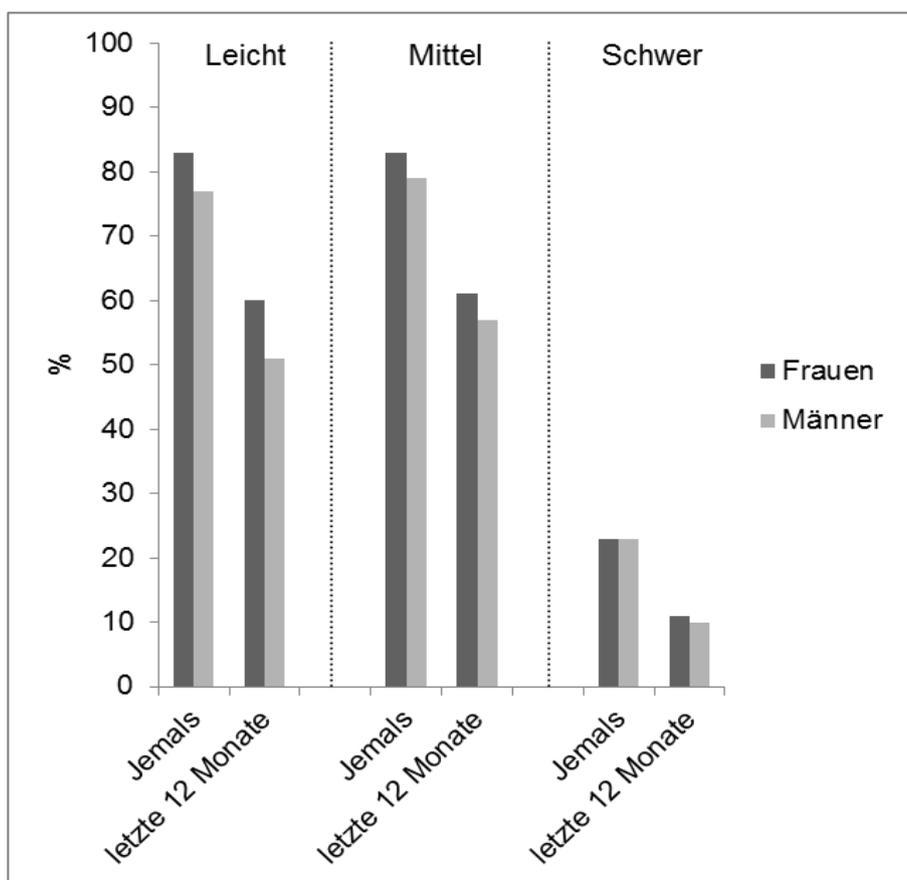


Abbildung 4: Häufigkeit von leichten, mittelschweren und schwerwiegenden Vorkommnissen jemals und in den letzten 12 Monaten. Angegeben sind jeweils die Prozentwerte.

3.4.2 Aggressives Verhalten je nach Ort

3.4.2.1 Jemals und in den letzten 12 Monaten erlebte Aggressionen nach Ort

85% (95%-KI 82-87%) aller befragten Ärzte haben bisher während ihrer hausärztlichen Tätigkeit mindestens eine Form von Aggression in der Praxis erlebt (86% der Frauen und 84% der Männer, $p = 0,18$). Von den betroffenen Ärzten wurden im Median 2, maximal 8 verschiedene Aggressionsformen berichtet (s. Tabelle 5). Beim Hausbesuch sahen sich bisher in ihrer Karriere 33% (95%-KI 30-37%) der Teilnehmer Aggression ausgesetzt. Dabei traf es die Frauen zu 32% und die Männer zu 34% ($p = 0,60$). 23% (95%-KI 20-26%) aller Befragten gaben an, bereits Aggression beim Heimb Besuch erlebt zu haben; darunter waren die weiblichen Teilnehmer mit 25%, die männlichen mit 22% vertreten ($p = 0,50$). In der Bereitschaftspraxis erlebten 30% (95%-KI 26-33%) aller befragten Ärzte bisher zumindest eine Form von Aggression (gleicher Prozentwert bei Frauen und Männern). Beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst war die Verteilung wie folgt: Gesamtprävalenz: 39% (95%-KI 36-41%), Frauen: 42%, Männer: 36% ($p = 0,09$). Es fällt auf, dass hier maximal bis zu 8 verschiedene Aggressionsarten angegeben wurden bei einem Median von 1.

Tabelle 5: Jemals erlebte Aggressionen nach Ort. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe) oder Mediane, Minima und Maxima

Ort (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Praxis (3)				
- jemals	287 (86%)	414 (84%)	701 (85%; 82-87%)	0,18\$
Median (Min./Max)	2 (1/7)	2 (1/8)	2 (1/8)	0,09#
Hausbesuch (18)				
- jemals	105 (32%)	164 (34%)	269 (33%; 30-37%)	0,60\$
Median (Min./Max)	1 (1/5)	1 (1/8)	1 (1/8)	0,73#
Heimb Besuch (27)				
- jemals	79 (25%)	107 (22%)	186 (23%; 20-26%)	0,50\$
Median (Min./Max)	1 (1/4)	1 (1/6)	1 (1/6)	0,17#
Bereitschaftspraxis (90)				
- jemals	85 (30%)	136 (30%)	221 (30%; 26-33%)	1,00\$
Median (Min./Max)	1 (1/5)	1 (1/5)	1 (1/5)	0,12#
Bereitschaftsdienst Hausbesuch (69)				
- jemals	125 (42%)	168 (36%)	293 (39%; 36-41%)	0,09\$
Median (Min./Max)	1 (1/8)	1 (1/7)	1 (1/8)	0,94#

Legende s. Tabelle 1; p-Werte sind nur dann angegeben, wenn in der Gruppe der Frauen und Männer jeweils mindestens 10 Fälle erlebt wurden. Wurde wegen der geringen Fallzahl kein p-Wert berechnet, so ist in der Spalte für den p-Wert „n. b.“ („nicht berechnet“) vermerkt. Die Angabe von Median (Min./Max.) bezieht sich nur auf diejenigen Befragten, die jemals oder in den letzten 12 Monaten tatsächlich bestimmte Aggressionsformen erlebt haben. Kommt in der jeweiligen Gruppe nur genau 1 Fall vor, ist nur der Median angegeben. Kommen genau 2 Fälle vor, ist Minimum/Maximum angegeben.

Tabelle 6 zeigt die Häufigkeiten der in den letzten 12 Monaten erlebten Aggressionen je nach Ort. In der Praxis erlebten demzufolge 63% (95%-KI 60-67%) aller Teilnehmer in diesem Zeitraum zumindest eine Form von Aggression, und zwar 65% der weiblichen und 61% der männlichen Teilnehmer ($p = 0,13$). Im Median wurden hier 2 Aggressionsarten angegeben, maximal 6. 14% der Befragten (95%-KI 12-17%) berichteten über Gewalt beim Hausbesuch in den letzten 12 Monaten. Der Prozentwert für Frauen (15%) und Männer (14%) war annähernd gleich ($p = 0,92$). Aggressionen beim Heimb Besuch kamen bei 9% (95%-KI 7-12%) aller teilnehmenden Ärzte im letzten Jahr vor. Dabei war ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern zu konstatieren: Frauen waren zu 13%, Männer nur zu 7% betroffen ($p = 0,004$). In der Bereitschaftspraxis wurden insgesamt 16% (95%-KI 13-19%) der Befragten Opfer von aggressiven Vorfällen in den letzten 12 Monaten, darunter 18% der weiblichen und 15% der männlichen Ärzte ($p = 0,35$). 19% (95%-KI 16-22%) aller Teilnehmer gaben an, im letzten Jahr mindestens eine Form von Aggression beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst erlebt zu haben. Im Einzelnen waren hier 23% der Frauen und 17% der Männer betroffen, was einen signifikanten Unterschied darstellt ($p = 0,03$).

Tabelle 6: In den letzten 12 Monaten erlebte Aggressionen nach Ort. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe) oder Mediane, Minima und Maxima

Ort (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Praxis (3)				
- letzte 12 Monate	217 (65%)	301 (61%)	518 (63%; 60-67%)	0,13\$
Median (Min./Max)	2 (1/6)	2 (1/5)	2 (1/6)	0,11#
Hausbesuch (18)				
- letzte 12 Monate	48 (15%)	69 (14%)	117 (14%; 12-17%)	0,92\$
Median (Min./Max)	1 (1/4)	1 (1/3)	1 (1/4)	0,45#
Heimb Besuch (27)				
- letzte 12 Monate	42 (13%)	33 (7%)	75 (9%; 7-12%)	0,004\$
Median (Min./Max)	1 (1/3)	1 (1/3)	1 (1/3)	0,14#
Bereitschaftspraxis (90)				
- letzte 12 Monate	50 (18%)	68 (15%)	118 (16%; 13-19%)	0,35\$
Median (Min./Max)	1 (1/4)	1 (1/4)	1 (1/4)	0,03#
Bereitschaftsdienst Hausbesuch (69)				
- letzte 12 Monate	69 (23%)	78 (17%)	147 (19%; 16-22%)	0,03\$
Median (Min./Max)	1 (1/6)	1 (1/5)	1 (1/6)	0,64#

Legende s. Tabelle 1 und 5

3.4.2.2 Jemals und in den letzten 12 Monaten erlebte schwerwiegende Vorkommnisse nach Ort

In der Praxis erlebten insgesamt 9% (95%-KI 7-11%) der Befragten mindestens ein schwerwiegendes Ereignis, darunter 7% der Frauen und 10 % der Männer ($p = 0,13$). Bei den betroffenen Ärzten kam es bis zu 4 derartigen Vorfällen in ihrer Laufbahn (s. Tabelle 7). 4% (95%-KI 3-5%) der befragten Ärzte sahen sich beim Hausbesuch jemals schwerer Gewalt ausgesetzt (weibliche Ärzte: 3%, männliche Ärzte: 5%; $p = 0,16$). Maximal ereigneten sich hier 3 Vorfälle. Beim Heimb Besuch erlebten 3% (95%-KI 2-5%) aller Teilnehmer bisher schwere Aggression in ihrer Karriere (maximal 3 Vorfälle). Die Häufigkeitsverteilung zwischen Frauen und Männern war nahezu identisch ($p = 1,00$). In der Bereitschaftspraxis kam es bisher bei 2% (95%-KI 1-2%) der befragten Ärzte zu schwerwiegenden aggressiven Vorfällen (maximal 2 in der Laufbahn); dabei traf es 1% der weiblichen und 2% der männlichen Teilnehmer. 6% (95%-KI 4-7%) der Befragten erlebten jemals eine Form schwerer Gewalt beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst, wobei kein Unterschied zwischen Frauen und Männern bestand ($p = 1,00$). Maximal kam es hier zu 3 Vorfällen.

Tabelle 7: Jemals erlebte schwerwiegende Vorkommnisse nach Ort. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe) oder Mediane, Minima und Maxima

Ort (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Praxis (4)				
- jemals	22 (7%)	48 (10%)	70 (9%; 7-11%)	0,13\$
Median (Min./Max)	1 (1/2)	1 (1/4)	1 (1/4)	0,54#
Hausbesuch (19)				
- jemals	10 (3%)	25 (5%)	35 (4%; 3-5%)	0,16\$
Median (Min./Max)	1 (1/2)	1 (1/3)	1 (1/3)	0,92#
Heimb Besuch (29)				
- jemals	11 (3%)	16 (3%)	27 (3%; 2-5%)	1,00\$
Median (Min./Max)	1 (1/1)	1 (1/3)	1 (1/3)	0,41#
Bereitschaftspraxis (93)				
- jemals	4 (1%)	8 (2%)	12 (2%; 1-2%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/2)	1 (1/2)	1 (1/2)	n. b.
Bereitschaftsdienst Hausbesuch (69)				
- jemals	19 (6%)	30 (7%)	49 (6%; 4-7%)	1,00\$
Median (Min./Max)	1 (1/3)	1 (1/3)	1 (1/3)	0,94#

Legende s. Tabelle 1 und 5

Im Zeitraum der letzten 12 Monate machten in der Praxis 3% (95%-KI 2-4%) der befragten Ärzte die Erfahrung von schwerwiegender Aggression, darunter 2% der Frauen und 4% der Männer. Maximal kam es zu 2 derartigen Übergriffen im letzten Jahr vor der Befragung (s. Tabelle 8). 9 Teilnehmer (entsprechend 1% (95%-KI 0-2%) aller Befragten) gaben an, in den vergangenen 12 Monaten auf dem Hausbesuch schwere Gewalt erlebt zu haben. Ein ähnliches Bild ergab sich beim Heimbefragung: Hier waren insgesamt 11 Ärzte (1% (95%-KI 1-2%)) von schwerwiegender Aggression im letzten Jahr betroffen. In der Bereitschaftspraxis sahen sich nur 3 Befragte (0% (95%-KI 0-1%)) schwerer Aggression in den letzten 12 Monaten ausgesetzt, darunter 1 Frau und 2 Männer. Interessant ist, dass ein männlicher Teilnehmer hier 2 Ereignisse erlebte. 2% (95%-KI 1-3%) der Antwortenden erlebten im vergangenen Jahr mindestens ein schwerwiegendes Vorkommnis beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst (maximal 2 Vorfälle).

Tabelle 8: In den letzten 12 Monaten erlebte schwerwiegende Vorkommnisse nach Ort. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe) oder Mediane, Minima und Maxima

Ort (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Praxis (4)				
- letzte 12 Monate	8 (2%)	19 (4%)	27 (3%; 2-4%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/2)	1 (1/2)	1 (1/2)	n. b.
Hausbesuch (19)				
- letzte 12 Monate	5 (2%)	4 (1%)	9 (1%; 0-2%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/1)	1 (1/1)	1 (1/1)	n. b.
Heimbefragung (29)				
- letzte 12 Monate	5 (2%)	6 (1%)	11 (1%; 1-2%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/1)	1 (1/1)	1 (1/1)	n. b.
Bereitschaftspraxis (93)				
- letzte 12 Monate	1 (0%)	2 (0%)	3 (0%; 0-1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1	1/2	1 (1/2)	n. b.
Bereitschaftsdienst Hausbesuch (70)				
- letzte 12 Monate	5 (2%)	9 (2%)	14 (2%; 1-3%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/1)	1 (1/2)	1 (1/2)	n. b.

Legende s. Tabelle 1 und 5

3.4.3 Einzelne aggressive Verhaltensweisen je nach Ort

3.4.3.1 Aggressives Verhalten in den Praxisräumen

Beleidigungen und Beschimpfungen erlebten in der Praxis jemals in ihrer Karriere 73% aller Befragten, darunter 76% der Frauen und 71% der Männer ($p = 0,15$, s. Tabelle 9).

In den letzten 12 Monaten wurden noch insgesamt 48% beleidigt (52% der weiblichen und 45% der männlichen Ärzte mit einem p-Wert von 0,06), wobei es unter diesen bis zu maximal 100 Beleidigungen im letzten Jahr kam. Die mediane Häufigkeit solcher Ereignisse war insgesamt und für Frauen und Männer einzeln jeweils 2. Aggression in Form von Bedrohung bzw. Einschüchterung erlebten in der Praxis jemals 30% und in den letzten 12 Monaten 17% aller Teilnehmer. In beiden Fällen waren die weiblichen Befragten signifikant häufiger von dieser Aggressionsform betroffen, und zwar mit einer Prävalenz von 35% jemals und 21% in den letzten 12 Monaten. 9% aller Teilnehmer machten bereits die Erfahrung von leichter körperlicher Gewalt in der Praxis in ihrer Karriere, darunter 3% in den letzten 12 Monaten. Auffällig ist hier, dass Frauen, die im letzten Jahr leichte körperliche Gewalt angaben, dies in diesem Zeitraum signifikant häufiger erlebten als ihre männlichen Kollegen ($p = 0,02$). Ausgeprägten Formen körperlicher Gewalt sahen sich in ihren Praxisräumen 4% jemals (3% der Frauen und 5% der Männer) und 2% (jeweils 2% in beiden Gruppen) in den letzten 12 Monaten ausgesetzt, was im Geschlechtervergleich keinen wesentlichen Unterschied darstellt. 4% aller Befragten wurden bereits jemals mit einem Gegenstand oder einer Waffe in der Praxis bedroht, 1% in den letzten 12 Monaten. Die gleichen Prozentwerte ergaben sich für Frauen und Männer einzeln betrachtet. Einen Angriff mit einem Gegenstand bzw. einer Waffe erlebten in der Praxis jemals insgesamt 2% der befragten Ärzte, im letzten Jahr 1%. Die Männer erlebten dabei absolut (12 vs. 3 jemals und 4 vs. 1 im letzten Jahr) und anteilmäßig leicht mehr Vorfälle als ihre weiblichen Kolleginnen. Diese Unterschiede sind jedoch nicht statistisch signifikant. 15% aller Teilnehmer wurden in ihrer Karriere in der Praxis bereits sexuell belästigt (9% in den letzten 12 Monaten). Dies erlebten die Frauen signifikant häufiger als die Männer und zwar mit einer Häufigkeit von 25% jemals und 15% in den letzten 12 Monaten im Vergleich zu 9% und 5% (p jeweils $< 0,001$). Sexuellen Missbrauch erlebten 4 Teilnehmer jemals in der Praxis und ein Teilnehmer in den letzten 12 Monaten, wobei es sich hier in diesen Fällen ausschließlich um Männer handelte. Die Prävalenz von Sachbeschädigung bzw. Diebstahl in der Praxis lag insgesamt bei 54% jemals (51% der Frauen, 57% der Männer) und 34% im letzten Jahr (31% der Frauen, 35% der Männer). Frauen, die in den letzten 12 Monaten Opfer davon wurden, erlebten dies im Median 2 Mal (Männer: 1 Mal) und damit signifikant häufiger als die Männer ($p = 0,01$).

Darüber hinaus kreuzten insgesamt 34 Ärztinnen und Ärzte die Option „Sonstiges“ jemals an (17 in den letzten 12 Monaten). Die häufigste Nennung im Freitext war hier „Einbruch“ bzw. „Einbruchversuch“. Weitere Schilderungen waren unter anderem: „Rufmord“, „Gerüchte, falsche Behauptungen“, „Rezeptbetrug“ und auch: „Strukturelle

Gewalt durch Kassen, Krankenversicherungen, Pharmaindustrie, Gesetzgeber, administrative absurde Zwänge“.

Tabelle 9: Aggressives Verhalten in den Praxisräumen. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima

Aggressionsform (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Beleidigung, Beschimpfung (8)				
- jemals	251 (76%)	350 (71%)	601 (73%)	0,15\$
- letzte 12 Monate	172 (52%)	221 (45%)	393 (48%)	0,06\$
Median (Min./Max)	2 (1/100)	2 (0,5/40)	2 (0,5/100)	0,40#
Bedrohung, Einschüchterung (10)				
- jemals	117 (35%)	132 (27%)	249 (30%)	0,01\$
- letzte 12 Monate	69 (21%)	69 (14%)	138 (17%)	0,01\$
Median (Min./Max)	1 (1/40)	1 (1/10)	1 (1/40)	0,99#
Körperliche Gewalt leicht (4)				
- jemals	27 (8%)	47 (10%)	74 (9%)	0,54\$
- letzte 12 Monate	12 (4%)	12 (2%)	24 (3%)	0,40\$
Median (Min./Max)	1,5 (1/20)	1 (1/2)	1 (1/20)	0,02#
Körperliche Gewalt ausgeprägt (6)				
- jemals	10 (3%)	25 (5%)	35 (4%)	0,16\$
- letzte 12 Monate	5 (2%)	10 (2%)	15 (2%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/3)	1 (1/2,5)	1 (1/3)	n. b.
Bedrohung Gegenstand/Waffe (5)				
- jemals	12 (4%)	20 (4%)	32 (4%)	0,86\$
- letzte 12 Monate	3 (1%)	6 (1%)	9 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/2)	1 (1/1)	1 (1/2)	n. b.
Angriff Gegenstand/Waffe (6)				
- jemals	3 (1%)	12 (2%)	15 (2%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	4 (1%)	5 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1	1 (1/1)	1 (1/1)	n. b.
Sexuelle Belästigung (6)				
- jemals	83 (25%)	44 (9%)	127 (15%)	<0,001\$
- letzte 12 Monate	49 (15%)	24 (5%)	73 (9%)	<0,001\$
Median (Min./Max)	2 (1/15)	1 (0,5/10)	2 (0,5/15)	0,20#
Sexueller Missbrauch (7)				
- jemals	0 (0%)	4 (1%)	4 (1%)	n. b.
- letzte 12 Monate	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)		5	5	n. b.
Sachbeschädigung/Diebstahl (4)				
- jemals	169 (51%)	279 (57%)	448 (54%)	0,12\$
- letzte 12 Monate	104 (31%)	174 (35%)	278 (34%)	0,26\$
Median (Min./Max)	2 (1/45)	1 (1/20)	1 (1/45)	0,01#

Legende s. Tabelle 1 und 5

3.4.3.2 Aggressives Verhalten auf Hausbesuch

In Tabelle 10 sind die Häufigkeiten von aggressivem Verhalten auf Hausbesuchen aufgeführt. Beleidigungen und Beschimpfungen erlebten hierbei 29% aller Teilnehmer jemals und 12% im vorangegangenen Jahr. Es ergaben sich keine auffälligen Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Jemals auf Hausbesuchen wurden 26% der weiblichen Befragten und 31% der männlichen beleidigt, während dies in den letzten 12 Monaten noch 11% der Frauen und 12% der Männer erlebten. 10% aller Teilnehmer machten bereits die Erfahrung von Bedrohung bzw. Einschüchterung auf Hausbesuchen in ihrer Karriere. 3% erlebten diese Form der Aggression in den letzten 12 Monaten. Leichte körperliche Gewalt erlebten insgesamt 4% der Befragten jemals beim Hausbesuch, 1% im vergangenen Jahr. Die Häufigkeit der Vorfälle verteilte sich annähernd identisch zwischen den Geschlechtern. 2% der befragten Ärzte machten beim Hausbesuch jemals die Erfahrung von ausgeprägter körperlicher Gewalt. Dem gegenüber stehen hier insgesamt nur 3 Vorfälle (0%) im letzten Jahr vor der Befragung. Unter den Teilnehmern gaben 2% an, jemals auf dem Hausbesuch mit einem Gegenstand oder einer Waffe bedroht worden zu sein. In den letzten 12 Monaten passierte dies insgesamt 3 Ärzten (0%). 1% der Befragten erlebte beim Hausbesuch bereits einen Angriff mit einem Gegenstand bzw. einer Waffe, während dies insgesamt 2 Ärzten im letzten Jahr widerfuhr, wobei beide männlich waren. Sexueller Belästigung sahen sich 4% aller Befragten jemals und 1% im vergangenen Jahr beim Hausbesuch ausgesetzt. Hierbei waren Frauen tendenziell häufiger betroffen (6% vs. 2% jemals und 2% vs. 1% in den letzten 12 Monaten). Es gab insgesamt 3 Fälle von sexuellem Missbrauch jemals auf dem Hausbesuch und 1 Fall in den letzten 12 Monaten. 3% aller befragten Ärzte erlebten jemals Sachbeschädigung oder Diebstahl beim Hausbesuch, während dies noch 1% im letzten Jahr erlebte.

Tabelle 10: Aggressives Verhalten auf Hausbesuch. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima

Aggressionsform (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Beleidigung, Beschimpfung (21)				
- jemals	86 (26%)	150 (31%)	236 (29%)	0,16\$
- letzte 12 Monate	37 (11%)	59 (12%)	96 (12%)	0,74\$
Median (Min./Max)	1 (1/7)	1 (1/12)	1 (1/12)	0,43#
Bedrohung, Einschüchterung (23)				
- jemals	33 (10%)	46 (10%)	79 (10%)	0,81\$
- letzte 12 Monate	11 (3%)	10 (2%)	21 (3%)	0,27\$
Median (Min./Max)	1 (1/2)	1 (1/10)	1 (1/10)	0,66#
Körperliche Gewalt leicht (20)				
- jemals	12 (4%)	21 (4%)	33 (4%)	0,72\$
- letzte 12 Monate	2 (1%)	4 (1%)	6 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1/1	1 (1/2)	1 (1/2)	n. b.
Körperliche Gewalt ausgeprägt (21)				
- jemals	2 (1%)	12 (3%)	14 (2%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	2 (0%)	3 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1	1/1	1 (1/1)	n. b.
Bedrohung Gegenstand/Waffe (20)				
- jemals	5 (2%)	14 (3%)	19 (2%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	2 (0%)	3 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1	1/1	1 (1/1)	n. b.
Angriff Gegenstand/Waffe (21)				
- jemals	4 (1%)	4 (1%)	8 (1%)	n. b.
- letzte 12 Monate	2 (1%)	0 (0%)	2 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1/1		1/1	n. b.
Sexuelle Belästigung (21)				
- jemals	21 (6%)	8 (2%)	29 (4%)	n. b.
- letzte 12 Monate	8 (2%)	3 (1%)	11 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	2 (1/4,5)	1 (1/5)	2 (1/5)	n. b.
Sexueller Missbrauch (21)				
- jemals	1 (0%)	2 (0%)	3 (0%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1		1	n. b.
Sachbeschädigung/Diebstahl (23)				
- jemals	7 (2%)	15 (3%)	22 (3%)	n. b.
- letzte 12 Monate	4 (1%)	7 (1%)	11 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/3)	1 (1/2)	1 (1/3)	n. b.

Legende s. Tabelle 1 und 5

3.4.3.3 Aggressives Verhalten auf Heimb Besuch

21% aller befragten Ärzte wurden auf dem Heimb Besuch schon jemals beleidigt oder beschimpft (Tabelle 11); in den letzten 12 Monaten lag der Anteil bei 6%. Während im Geschlechtervergleich die Karriereprävalenz etwa gleich war (22% bei den Frauen, 21% bei den Männern), unterschied sich die Häufigkeit der Beleidigungen in den letzten 12 Monaten signifikant (9% der Frauen und 5% der Männer bei einem p-Wert von 0,04). Bedrohung oder Einschüchterung erlebten 4% jemals und 2% im letzten Jahr beim Heimb Besuch. Ein wesentlicher Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Ärzten war hier nicht erkennbar. 4% der Befragten machten in ihrer Karriere bereits die Erfahrung von leichter körperlicher Gewalt beim Heimb Besuch, in den letzten 12 Monaten waren 2% der Teilnehmer betroffen. Diese Form von Aggression war bei Frauen eher häufiger (5% vs. 3% jemals und 3% vs. 1% in den letzten 12 Monaten). Die Erfahrung von ausgeprägter körperlicher Gewalt machten beim Heimb Besuch jemals 3%, in den letzten 12 Monaten 1% der Befragten, wobei die prozentuale Verteilung zwischen Frauen und Männern nahezu identisch war.

Insgesamt 2 Ärzte (beide männlich) wurden in ihrer Karriere auf dem Heimb Besuch mit einem Gegenstand bzw. einer Waffe bedroht. In den letzten 12 Monaten vor der Befragung gab es hier keinen Vorfall. Einen Angriff mit einem Gegenstand / einer Waffe erlebten beim Heimb Besuch jemals 4 Ärzte (entspricht 1% aller Befragten), darunter 1 Frau und 3 Männer. Im letzten Jahr gab es insgesamt nur ein weibliches Opfer zu verzeichnen. Sexuelle Belästigung kam beim Heimb Besuch jemals bei 1% aller Teilnehmer vor, ebenso bei 1% in den letzten 12 Monaten. Darunter traf es Frauen jeweils eher häufiger: 3% vs. 0% jemals (entsprechend 8 Fälle vs. 2 Fälle) und 2% vs. 0% in den letzten 12 Monaten (6 Fälle vs. 1 Fall). Es gab insgesamt 1 Fall von sexuellem Missbrauch beim Heimb Besuch, der sich in den letzten 12 Monaten ereignete, wobei hier eine Frau betroffen war. 1% aller befragten Ärzte erlebte bereits jemals Sachbeschädigung oder Diebstahl auf dem Heimb Besuch. In den letzten 12 Monaten ereignete sich dies nur bei insgesamt 2 Teilnehmern (beide weiblich).

Tabelle 11: Aggressives Verhalten auf Heimb Besuch. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima

Aggressionsform (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Beleidigung, Beschimpfung (31)				
- jemals	70 (22%)	98 (21%)	168 (21%)	0,72\$
- letzte 12 Monate	28 (9%)	23 (5%)	51 (6%)	0,04\$
Median (Min./Max)	1,5 (1/10)	1 (1/20)	1,5 (1/20)	0,98#
Bedrohung, Einschüchterung (31)				
- jemals	15 (5%)	19 (4%)	34 (4%)	0,72\$
- letzte 12 Monate	8 (3%)	7 (2%)	15 (2%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/6)	1 (1/20)	1 (1/20)	n. b.
Körperliche Gewalt leicht (29)				
- jemals	15 (5%)	13 (3%)	28 (4%)	0,17\$
- letzte 12 Monate	10 (3%)	3 (1%)	13 (2%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/5)	2 (1/2)	1 (1/5)	n. b.
Körperliche Gewalt ausgeprägt (30)				
- jemals	9 (3%)	13 (3%)	22 (3%)	n. b.
- letzte 12 Monate	3 (1%)	6 (1%)	9 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/2)	1 (1/1,5)	1 (1/2)	n. b.
Bedrohung Gegenstand/Waffe (31)				
- jemals	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)	n. b.
- letzte 12 Monate	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)				n. b.
Angriff Gegenstand/Waffe (30)				
- jemals	1 (0%)	3 (1%)	4 (1%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	2		2	n. b.
Sexuelle Belästigung (31)				
- jemals	8 (3%)	2 (0%)	10 (1%)	n. b.
- letzte 12 Monate	6 (2%)	1 (0%)	7 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/3)	1	1 (1/3)	n. b.
Sexueller Missbrauch (30)				
- jemals	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1		1	n. b.
Sachbeschädigung/Diebstahl (32)				
- jemals	2 (1%)	6 (1%)	8 (1%)	n. b.
- letzte 12 Monate	2 (1%)	0 (0%)	2 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1/2		1/2	n. b.

Legende s. Tabelle 1 und 5

3.4.3.4 Aggressives Verhalten im Bereitschaftsdienst Praxis

Tabelle 12 zeigt die Häufigkeitsverteilung von aggressiven Verhaltensweisen in der Bereitschaftspraxis. Hier erlebten bereits 26% aller Befragten jemals Beleidigungen oder Beschimpfungen (13% in den letzten 12 Monaten). Ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern bestand dabei nicht. Die Erfahrung von Bedrohung bzw. Einschüchterung machten in der Bereitschaftspraxis in ihrer Karriere 9% aller Befragten, im letzten Jahr 4%. Es fällt auf, dass Frauen in diesem Zeitraum häufiger betroffen waren mit 6% im Gegensatz zu 3% bei den Männern ($p = 0,05$). 2% der Teilnehmer erlebten jemals leichte körperliche Gewalt in der Bereitschaftspraxis. In den letzten 12 Monaten gab es insgesamt nur 3 derartige Vorfälle (0%). Ausgeprägten Formen körperlicher Gewalt sahen sich an diesem Ort insgesamt 4 Teilnehmer (1%) jemals ausgesetzt. Im vorangegangenen Jahr gab es hier keinen Vorfall.

Bedrohung mit einem Gegenstand oder einer Waffe erlebten in der Bereitschaftspraxis jemals 7 Ärzte (1%), in den letzten 12 Monaten 3 Ärzte (0%). 4 Teilnehmer (1%) wurden in der Bereitschaftspraxis bereits jemals mit einem Gegenstand / einer Waffe angegriffen, während dies im letzten Jahr insgesamt nur 1 weibliche Teilnehmerin erlebte. Sexuelle Belästigung erlebten an diesem Schauplatz die Frauen mit 5% jemals und 2% in den letzten 12 Monaten häufiger als ihre männlichen Kollegen, was wegen der geringen Fallzahl in beiden Gruppen allerdings nicht statistisch signifikant ist. Insgesamt waren hier 2% der teilnehmenden Ärzte in ihrer Karriere und 1% im letzten Jahr betroffen. Sexueller Missbrauch kam in der Bereitschaftspraxis unter den Befragten nicht vor. 7% der Teilnehmer gaben an, bereits jemals Sachbeschädigung oder Diebstahl in der Bereitschaftspraxis erlebt zu haben (4% in den letzten 12 Monaten).

Tabelle 12: Aggressives Verhalten im Bereitschaftsdienst Praxis. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima

Aggressionsform (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Beleidigung, Beschimpfung (98)				
- jemals	71 (25%)	117 (26%)	188 (26%)	0,93\$
- letzte 12 Monate	41 (15%)	54 (12%)	95 (13%)	0,31\$
Median (Min./Max)	1 (1/10)	1 (1/15)	1 (1/15)	0,10#
Bedrohung, Einschüchterung (100)				
- jemals	29 (10%)	34 (8%)	63 (9%)	0,22\$
- letzte 12 Monate	17 (6%)	13 (3%)	30 (4%)	0,05\$
Median (Min./Max)	1 (1/3)	1 (1/4)	1 (1/4)	0,98#
Körperliche Gewalt leicht (97)				
- jemals	6 (2%)	10 (2%)	16 (2%)	n. b.
- letzte 12 Monate	2 (1%)	1 (0%)	3 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1/2	1	1 (1/2)	n. b.
Körperliche Gewalt ausgeprägt (95)				
- jemals	1 (0%)	3 (1%)	4 (1%)	n. b.
- letzte 12 Monate	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)				n. b.
Bedrohung Gegenstand/Waffe (95)				
- jemals	3 (1%)	4 (1%)	7 (1%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	2 (0%)	3 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1	1/1	1 (1/1)	n. b.
Angriff Gegenstand/Waffe (97)				
- jemals	1 (0%)	3 (1%)	4 (1%)	n. b.
- letzte 12 Monate	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)		1	1	n. b.
Sexuelle Belästigung (96)				
- jemals	13 (5%)	5 (1%)	18 (2%)	n. b.
- letzte 12 Monate	5 (2%)	2 (0%)	7 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/4)	1/1	1 (1/4)	n. b.
Sexueller Missbrauch (97)				
- jemals	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	n. b.
- letzte 12 Monate	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)				n. b.
Sachbeschädigung/Diebstahl (97)				
- jemals	19 (7%)	32 (7%)	51 (7%)	1,00\$
- letzte 12 Monate	14 (5%)	18 (4%)	32 (4%)	0,58\$
Median (Min./Max)	1 (1/4)	1 (1/10)	1 (1/10)	0,98#

Legende s. Tabelle 1 und 5

3.4.3.5 Aggressives Verhalten im Bereitschaftsdienst Hausbesuch

Während des Hausbesuchs im Bereitschaftsdienst traten Beleidigungen bzw. Beschimpfungen jemals bereits bei 34% und in den letzten 12 Monaten bei 17% aller Teilnehmer auf (s. Tabelle 13). Es fällt auf, dass die Frauen hier jeweils häufiger betroffen waren als die Männer: 37% vs. 33% jemals (p -Wert = 0,24) und 21% vs. 15% in den letzten 12 Monaten (p -Wert = 0,05). Insgesamt 17% der Ärzte erlebten jemals Bedrohung oder Einschüchterung beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst (letzte 12 Monate: 7%). Dabei traf es die weiblichen Befragten in ihrer bisherigen Karriere signifikant häufiger (20% bei einem p -Wert von 0,04). Diese Tendenz schlägt sich auch in den Zahlen für das letzte Jahr vor der Befragung nieder (9% bei einem p -Wert von 0,06). Leichte körperliche Gewalt erlebten an diesem Ort 7% aller Teilnehmer jemals und 2% in den letzten 12 Monaten. Es war kein wesentlicher Geschlechterunterschied erkennbar. Opfer von ausgeprägter körperlicher Gewalt beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst wurden insgesamt 3% der Befragten jemals (1% in den letzten 12 Monaten). Die männlichen Ärzte waren dabei in beiden Fällen geringfügig häufiger betroffen.

4% der befragten Ärzte sahen sich an diesem Schauplatz bereits jemals einer Bedrohung mit einem Gegenstand bzw. einer Waffe ausgesetzt. In den letzten 12 Monaten war es noch 1% der Teilnehmer. Einem Angriff mit einem Gegenstand / einer Waffe sahen sich 2% aller Ärzte beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst ausgesetzt. Im letzten Jahr erlebten noch 3 Teilnehmer (0%) diese Art von Gewalt. 4% der Frauen machten an diesem Ort in ihrer Karriere bereits die Erfahrung von sexueller Belästigung (Männer: 1%). Die gleiche Tendenz ergab sich für den Zeitraum der vergangenen 12 Monate: Hier kam sexuelle Belästigung bei Frauen mit 3% (absolut 8 Fälle) vor, bei Männern mit 0% (absolut 2 Fälle). Sexueller Missbrauch kam im Bereitschaftsdienst Hausbesuch nicht vor. 3% aller Befragten erlebten bereits jemals Sachbeschädigung oder Diebstahl (2% der Frauen, 4% der Männer) während des Hausbesuchs im Bereitschaftsdienst. In den letzten 12 Monaten passierte dies insgesamt 9 teilnehmenden Ärzten (1%), wobei die prozentuale Verteilung bei Frauen und Männern identisch war.

Tabelle 13: Aggressives Verhalten im Bereitschaftsdienst Hausbesuch. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima

Aggressionsform (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Beleidigung, Beschimpfung (76)				
- jemals	108 (37%)	151 (33%)	259 (34%)	0,24\$
- letzte 12 Monate	60 (21%)	68 (15%)	128 (17%)	0,05\$
Median (Min./Max)	1 (1/25)	1 (1/12)	1 (1/25)	0,49#
Bedrohung, Einschüchterung (76)				
- jemals	60 (20%)	67 (15%)	127 (17%)	0,04\$
- letzte 12 Monate	27 (9%)	25 (5%)	52 (7%)	0,06\$
Median (Min./Max)	1 (1/6)	1 (1/3)	1 (1/6)	0,64#
Körperliche Gewalt leicht (74)				
- jemals	16 (5%)	34 (7%)	50 (7%)	0,37\$
- letzte 12 Monate	7 (2%)	10 (2%)	17 (2%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/2)	1 (1/2)	1 (1/2)	n. b.
Körperliche Gewalt ausgeprägt (73)				
- jemals	5 (2%)	15 (3%)	20 (3%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	3 (1%)	4 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1	1 (1/1,5)	1 (1/1,5)	n. b.
Bedrohung Gegenstand/Waffe (70)				
- jemals	14 (5%)	19 (4%)	33 (4%)	0,72\$
- letzte 12 Monate	3 (1%)	6 (1%)	9 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/1)	1 (1/1)	1 (1/1)	n. b.
Angriff Gegenstand/Waffe (72)				
- jemals	7 (2%)	9 (2%)	16 (2%)	n. b.
- letzte 12 Monate	1 (0%)	2 (0%)	3 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)	1	1/1	1 (1/1)	n. b.
Sexuelle Belästigung (73)				
- jemals	13 (4%)	4 (1%)	17 (2%)	n. b.
- letzte 12 Monate	8 (3%)	2 (0%)	10 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/3)	1/1	1 (1/3)	n. b.
Sexueller Missbrauch (73)				
- jemals	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	n. b.
- letzte 12 Monate	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	n. b.
Median (Min./Max)				n. b.
Sachbeschädigung/Diebstahl (77)				
- jemals	7 (2%)	16 (4%)	23 (3%)	n. b.
- letzte 12 Monate	4 (1%)	5 (1%)	9 (1%)	n. b.
Median (Min./Max)	1 (1/4)	1 (1/2)	1 (1/4)	n. b.

Legende s. Tabelle 1 und 5

3.4.4 Andere Formen von Aggression

Die Häufigkeitsverteilung von zwei besonderen Arten von Aggression, und zwar einerseits Rufschädigung auf Ärzteportalen im Internet und andererseits Stalking, zeigt Tabelle 14. Ersteres trat jemals bei 48% aller Befragten auf (45% der Frauen und 50% der Männer; $p = 0,17$). In den letzten 12 Monaten sahen sich insgesamt 31% Rufschädigung auf Interportalen ausgesetzt, darunter 29% der weiblichen und 32% der männlichen Ärzte ($p = 0,35$); in diesem Zeitraum kam es maximal bis zu 20 derartigen Vorfällen. Opfer von Stalking wurden bereits 9% der teilnehmenden Ärzte in ihrer Karriere. Die Frauen erlebten es mit einer Häufigkeit von 10%, die Männer mit einer Häufigkeit von 8% ($p = 0,38$). Im letzten Jahr kam es bei den Befragten noch bei 5% zu Aggression in Form von Stalking (6% der Frauen und 4% der Männer; $p = 0,26$) mit einem Maximum von 5 Fällen.

Tabelle 14: Andere Formen von Aggression. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima

Aggressionsform (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 333)	Männer (n = 498)	Gesamt (n = 831)	p-Wert
Rufschädigung, Verleumdung auf Internetportalen (26)				
- jemals	144 (45%)	243 (50%)	387 (48%)	0,17\$
- letzte 12 Monate	93 (29%)	156 (32%)	249 (31%)	0,35\$
Median (Min./Max)	1 (1/10)	1 (1/20)	1 (1/20)	0,47#
Stalking (11)				
- jemals	33 (10%)	40 (8%)	73 (9%)	0,38\$
- letzte 12 Monate	20 (6%)	21 (4%)	41 (5%)	0,26\$
Median (Min./Max)	1 (1/3)	1 (1/5)	1 (1/5)	0,23#

Legende s. Tabelle 1 und 5

3.5 Der schwerwiegendste Vorfall

372 der 831 in die Auswertung der vorangegangenen Fragen einbezogenen Teilnehmer machten keine Angaben zu ihrem schwerwiegendsten Fall, da sie entweder noch nie einen aggressiven Vorfall erlebt hatten ($n = 71$) oder keine Angaben hierzu machen wollten. 310 Teilnehmer (68% der 459 Teilnehmer mit Angaben zum schwersten Vorfall) waren bereit, in einem Freitextfeld den erlebten Vorfall kurz zu schildern (Tabelle 15). Die Kategorisierung der Freitexte erfolgte in die Bereiche Beleidigung, Bedrohung, körperliche Gewalt / Randalieren, Gewalt mit Waffen / Gegenständen und Sonstiges. Am häufigsten wurden von den Teilnehmern Fälle zum Spektrum körperliche Gewalt (74 Schilderungen) beschrieben. Es folgte von der Häufigkeit her in absteigender

Reihenfolge: Sonstiges (70), Beleidigung (67), Bedrohung (54) und Gewalt mit Waffen bzw. Gegenständen (45).

Ausführlichere Beschreibungen typischer und ausgewählter schwerer Fälle finden sich in Abschnitt 3.5.3.

Tabelle 15: Schilderung des schwerwiegendsten Vorfalles im Freitext. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 185)	Männer (n = 274)	Gesamt (n = 459)	p-Wert
Genauere Schilderung? (0) -Ja	119 (64%)	191 (70%)	310 (68%)	0,26\$
Und zwar zu folgender Aggressionsart:				
- Beleidigung	29	38	67	
- Bedrohung	19	35	54	
- Körperliche Gewalt/Randalieren	25	49	74	
- Gewalt mit Waffen/Gegenständen	19	26	45	
- Sonstiges	27	43	70	

Legende s. Tabelle 1

3.5.1 Quantitative Auswertung nach Geschlecht

In die Auswertung nach Geschlecht gehen bei den Tabellen 16, 17 und 18 insgesamt 459 Teilnehmer ein (s. Tabellenüberschrift Tabelle 16). Die angegebenen Prozentwerte in diesen Tabellen und im Text dazu beziehen sich hier folglich immer auf diese Zahl.

Bei der Einschätzung der Schwere des Vorfalles zeigten sich folgende Ergebnisse (Tabelle 16): 38% (35% der Frauen und 40% der Männer) stuften ihn als leicht und 41% (47% der Frauen und 37% der Männer) als mittelschwer ein. Für die Option „schwer“ entschieden sich insgesamt 16%, darunter 16% der weiblichen und 17% der männlichen Ärzte. 4% schätzten den erlebten Vorfall als sehr schwer ein (2% der Frauen und 6% der Männer). Die nächste Frage behandelte das Angstniveau der betroffenen Ärzte. Dabei gaben 19% der Ärzte an, dass sie keine Angst hatten. 27% waren wenig besorgt, 36% besorgt. 13% entschieden sich für die Option „ängstlich“ und 6% für „sehr ängstlich“. Bei den Frauen war das Angstniveau dabei signifikant höher ($p = 0,001$): So waren unter diesen 37% besorgt, 18% fühlten sich ängstlich und 8% sehr ängstlich, während bei den Männern 35% „besorgt“, 10% „ängstlich“ und 4% „sehr ängstlich“ angaben.

Die meisten der schwerwiegendsten Vorfälle spielten sich in der Praxis ab (57%) gefolgt von Hausbesuchen im Bereitschaftsdienst mit 19%. Weiterhin geschahen 13% der Vorfälle beim normalen Hausbesuch, 2% auf Heimbefuch und 2% in der privaten Umgebung. Für „Sonstiges“ entschieden sich 2% der Befragten, wobei hier die Nennung

„Internet“ am häufigsten vorkam. Insgesamt ergaben sich bei dieser Frage keine wesentlichen Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Am häufigsten passierten die schweren Vorfälle während der normalen Arbeitszeit (68%). Seltener kamen sie nachts (18%) oder am Wochenende bzw. am Feiertag vor (11%). 3% gaben an, den Vorfall nachts am Wochenende erlebt zu haben. Die Verteilung zwischen weiblichen und männlichen Teilnehmern war annähernd identisch.

In die Auswertung gehen bei den Tabellen 16, 17 und 18 insgesamt 459 Teilnehmer ein. Die Anzahl der fehlenden Angaben in Klammern bezieht sich in diesen Tabellen immer auf diese Zahl.

Tabelle 16: Merkmale (Schwere, Angstniveau, Ort und Zeit) des schwerwiegendsten Vorfalls nach Geschlecht. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 185)	Männer (n = 274)	Gesamt (n = 459)	p-Wert
Schwere des Vorfalls? (12)				0,80#
- leicht	63 (35%)	108 (40%)	171 (38%)	
- mittelschwer	85 (47%)	99 (37%)	184 (41%)	
- schwer	28 (16%)	45 (17%)	73 (16%)	
- sehr schwer	4 (2%)	15 (6%)	19 (4%)	
Angstniveau beim Vorfall? (7)				0,001#
- keine Angst	29 (16%)	56 (21%)	85 (19%)	
- wenig besorgt	40 (22%)	83 (31%)	123 (27%)	
- besorgt	66 (37%)	95 (35%)	161 (36%)	
- ängstlich	32 (18%)	26 (10%)	58 (13%)	
- sehr ängstlich	14 (8%)	11 (4%)	25 (6%)	
Wo war der Vorfall? (3)				0,55\$
- in der Praxis	109 (59%)	151 (56%)	260 (57%)	
- auf Hausbesuch	19 (10%)	38 (14%)	57 (13%)	
- auf Heimbefuch	5 (3%)	6 (2%)	11 (2%)	
- in Bereitschaftspraxis	10 (5%)	11 (4%)	21 (5%)	
- in Bereitschaftsdienst Hausbesuch	34 (19%)	54 (20%)	88 (19%)	
- in der privaten Umgebung	2 (1%)	5 (2%)	7 (2%)	
- in Praxis und privater Umgebung	2 (1%)	0 (0%)	2 (0%)	
- Sonstiges	3 (2%)	7 (3%)	10 (2%)	
Wann war der Vorfall? (7)				0,68\$
- normale Arbeitszeit	124 (68%)	181 (67%)	305 (68%)	
- Wochenende/Feiertag	20 (11%)	31 (12%)	51 (11%)	
- nachts	33 (18%)	48 (18%)	81 (18%)	
- normale Arbeitszeit und Wochenende	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	
- Wochenende und nachts	4 (2%)	10 (4%)	14 (3%)	

Legende s. Tabelle 1

Die Männer traten deutlich häufiger als Täter in Erscheinung als die Frauen. So waren 80% der Täter Männer, und zwar bei den befragten Ärztinnen zu 78% und bei ihren männlichen Kollegen zu 82% (Abbildung 5, Tabelle 17). Das Durchschnittsalter der Täter war 45,0 Jahre (SD 15,6), bei den Ärztinnen waren die Täter durchschnittlich 46,4, bei den Ärzten 44,1 Jahre alt. Die Aggressoren waren am häufigsten die Patienten selbst mit insgesamt 73%, gefolgt von den Angehörigen der Patienten (18%). 2% der Teilnehmer berichteten von einem Vorfall durch einen Patienten plus Angehörigen. 7% wählten die Option „Sonstiges“, hierbei wurde am häufigsten „unbekannter Patient“ bzw. „Vertretungspatient“ genannt. Die Frage zum Migrationshintergrund des Täters beantworteten 15% der Befragten mit „ja“, 10% wählten die Option „weiß nicht“. Bei insgesamt 29% aller beschriebenen Vorfälle lagen keine bewusstseinsverändernden Faktoren beim Täter vor, während eine psychische Erkrankung bei 22%, Alkohol bei 14% und Drogen bei 6% der Fälle vorkam. 10% der Befragten gaben an, dass bei Ihnen eine Zweier- oder Dreierkombination aus Alkohol, Drogen und psychischer Erkrankung beim Aggressor vorlag. Weitere 15% entschieden sich für die Option „weiß nicht“. Zuletzt waren bei 4% der Teilnehmer andere, nicht im Einzelnen ankreuzbare Faktoren vorhanden. Unter diesen wurden in einem kleinen Freitext am häufigsten „körperliche Erkrankung“ und anderweitige „Suchterkrankung“ beim Täter genannt. Die Häufigkeitsverteilung zwischen den Geschlechtern war bei dieser Frage weitgehend sehr ähnlich.

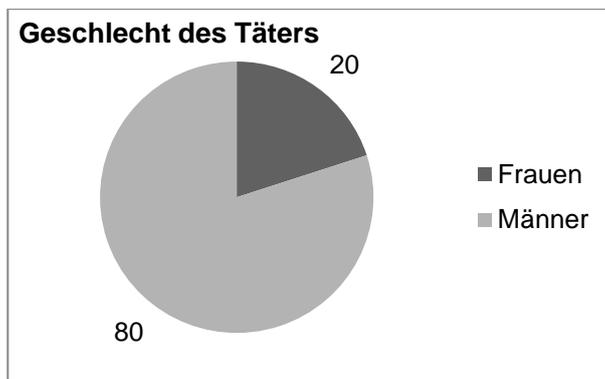


Abbildung 5: Geschlecht des Täters beim schwerwiegendsten Vorfall. Angegeben sind die Prozentwerte.

Tabelle 17: Merkmale des Täters beim schwerwiegendsten Vorfall nach Geschlecht. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mittelwerte und Standardabweichungen.

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 185)	Männer (n = 274)	Gesamt (n = 459)	p-Wert
Geschlecht des Täters männlich? (14)	142 (78%)	216 (82%)	358 (80%)	0,33\$
Alter des Täters? (20)	46,4 (15,9)	44,1 (15,3)	45,0 (15,6)	0,12\$
Personengruppe des Täters? (19)				0,19\$
- Patient	139 (78%)	181 (69%)	320 (73%)	
- Angehöriger des Patienten	24 (13%)	56 (22%)	80 (18%)	
- Patient und Angehöriger	3 (2%)	5 (2%)	8 (2%)	
- Sonstige	13 (7%)	19 (7%)	32 (7%)	
Migrationshintergrund beim Täter? (3)				0,58\$
- ja	25 (14%)	42 (15%)	67 (15%)	
- weiß nicht	16 (9%)	30 (11%)	46 (10%)	
Bewusstseinsverändernde Faktoren beim Täter? (3)				0,79\$
- nein	56 (30%)	78 (29%)	134 (29%)	
- Alkohol	25 (14%)	39 (14%)	64 (14%)	
- Drogen	11 (6%)	16 (6%)	27 (6%)	
- Psychische Erkrankung	36 (20%)	62 (23%)	98 (22%)	
- Alkohol und Drogen	6 (3%)	9 (3%)	15 (3%)	
- Alkohol und psychische Erkrankung	6 (3%)	10 (4%)	16 (4%)	
- Drogen und psychische Erkrankung	4 (2%)	4 (2%)	8 (2%)	
- Alkohol, Drogen und psychische Erkrankung	2 (1%)	4 (2%)	6 (1%)	
- weiß nicht	26 (14%)	43 (16%)	69 (15%)	
- Sonstiges	12 (7%)	7 (3%)	19 (4%)	

Legende s. Tabelle 1

50% der befragten Ärzte gaben an, dass der von ihnen erlebte Vorfall Folgen hatte (Tabelle 18), darunter 54% der weiblichen und 48% der männlichen Teilnehmer ($p = 0,18$). Am häufigsten war die Konsequenz des Vorfalls ein Gespräch des Geschädigten mit der Familie, Freunden oder Kollegen darüber (bei 113 Vorfällen). 91 betroffene Ärzte meldeten den Vorfall bei der Polizei oder erstatteten Anzeige. Seltener trat als Folge in absteigender Reihenfolge ein seelischer Schaden (13 Nennungen), eine Inanspruchnahme von ärztlicher/psychologischer Hilfe (7), ein körperlicher Schaden (3) und eine Arbeits- bzw. Dienstunfähigkeit (1) auf. Zudem wurden unter dem Freitext bei „Sonstiges“ hier noch weitere Folgen des Vorfalls beschrieben, darunter waren die häufigsten: die Erteilung eines Praxisverbots für den Täter, die Beendigung des Arzt-Patient-Verhältnisses, die Meldung des Vorfalls bei einer Behörde, Rechtsstreitigkeiten und ein materieller Schaden beim Arzt. Die letzte Frage in diesem Block lautete: „Hat sich generell Ihr Umgang mit Patienten oder Ihre Einstellung zum Thema Gewalt nach dem Vorfall verändert?“ Diese Frage beantworteten 18% der Befragten mit „ja“ und zwar

24% der Frauen und 14% der Männer, was einen signifikanten Unterschied im Geschlechtervergleich darstellt ($p = 0,01$). Zudem wurde den Ärzten in einem kleinen Freitext die Möglichkeit geboten, genauer zu beschreiben, inwiefern sich Ihr Umgang mit den Patienten nach dem Vorfall verändert hat; die häufigsten Antworten in absteigender Reihenfolge waren hier: mehr Vorsicht bzw. Aufmerksamkeit beim Kontakt mit Patienten, das Ergreifen von konkreten Maßnahmen für mehr Sicherheit, die Veränderung von Dienstgewohnheiten und das Auftreten von Angst.

Tabelle 18: Folgen des schwerwiegendsten Vorfalls nach Geschlecht. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Frauen (n = 185)	Männer (n = 274)	Gesamt (n = 459)	p-Wert
Hatte der Vorfall Folgen? (5) -Ja	100 (54%)	129 (48%)	229 (50%)	0,18\$
Und zwar:				
- Gespräch mit Familie/Freunden/Kollegen	43	70	113	
- Meldung bei Polizei/Anzeige	37	54	91	
- Seelischer Schaden	6	7	13	
- Körperlicher Schaden	2	1	3	
- Ärztliche/psychologische Hilfe	2	5	7	
- Arbeits-, Dienstunfähigkeit	0	1	1	
- Sonstiges	36	41	77	
Umgang mit Patienten verändert? (5) -Ja	44 (24%)	39 (14%)	83 (18%)	0,01\$

Legende s. Tabelle 1

3.5.2 Quantitative Auswertung nach Schweregrad

In die Auswertung nach Schweregrad gehen bei den Tabellen 19, 20 und 21 insgesamt 449 Teilnehmer ein (s. Tabellenüberschrift Tab. 19). Die angegebenen Prozentwerte in diesen Tabellen und im Text dazu beziehen sich hier folglich immer auf diese Zahl. Die absoluten und Prozentwerte in der Spalte „Gesamt“ sind nahezu identisch mit denen der Tabellen 16, 17 und 18. Die minimalen Unterschiede kommen durch die unterschiedlichen Teilnehmerzahlen zustande. Die Einteilung nach dem Schweregrad stellt eine subjektive Einschätzung der Teilnehmer dar.

Schwere Vorkommnisse wurden signifikant häufiger ($p < 0,001$) in Form eines Freitextes geschildert als leichte (87% vs. 55%; s. Tabelle 19). Das Angstniveau der Befragten war bei den leichten Fällen deutlich geringer als bei den schweren bzw. sehr schweren Fällen ($p < 0,001$). Bei den leichten Fällen wählten 34% die Option „keine Angst“ und 44% „wenig besorgt“, bei den schweren Fällen waren die entsprechenden Werte 9% und 5%.

Auch bei der Frage nach dem Ort des schwerwiegendsten Vorfalls ist eine Tendenz erkennbar: Leichte Vorfälle spielten sich eher in der Praxis ab (64%), mittelschwere und schwere Vorfälle waren in Settings außerhalb der Praxis (Hausbesuch, Bereitschaftsdienst Hausbesuch und private Umgebung) zunehmend häufiger und kamen in der Praxis nur noch zu 47% vor. Beim Heimb Besuch kamen eher leichtere Vorfälle vor, in der Bereitschaftspraxis gab es keine eindeutige Tendenz. Während der normalen Arbeitszeit passierten leichte Vorfälle häufiger (73%) als schwere (60%). Dagegen ereigneten sich nachts eher die schwerwiegenden Vorkommnisse (leicht: 15% und schwer: 21%). Beim Setting „nachts am Wochenende“ war die Tendenz ähnlich, wohingegen am Wochenende bzw. Feiertag leichte und schwere Vorfälle nahezu gleich häufig passierten mit je 11%.

In die Auswertung gehen bei den Tabellen 19, 20 und 21 insgesamt 449 Teilnehmer ein. Die Anzahl der fehlenden Angaben in Klammern bezieht sich in diesen Tabellen immer auf diese Zahl.

Tabelle 19: Merkmale (Genauere Schilderung, Angstniveau, Ort und Zeit) des schwerwiegendsten Vorfalls nach Schweregrad. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Leicht (n = 171)	Mittel- schwer (n = 185)	Schwer/ Sehr schwer (n = 93)	Gesamt (n = 449)	p-Wert
Genauere Schilderung? (0) -Ja	94 (55%)	126 (68%)	81 (87%)	301 (67%)	<0,001\$
Angstniveau beim Vorfall? (6)					<0,001ß
- keine Angst	56 (34%)	20 (11%)	8 (9%)	84 (19%)	
- wenig besorgt	73 (44%)	43 (23%)	5 (5%)	121 (27%)	
- besorgt	33 (20%)	82 (45%)	40 (43%)	155 (35%)	
- ängstlich	4 (2%)	31 (17%)	22 (24%)	57 (13%)	
- sehr ängstlich	0 (0%)	8 (4%)	18 (19%)	26 (6%)	
Wo war der Vorfall? (3)					0,01\$
- in der Praxis	108 (64%)	106 (58%)	44 (47%)	258 (58%)	
- auf Hausbesuch	12 (7%)	22 (12%)	20 (22%)	54 (12%)	
- auf Heimb Besuch	8 (5%)	1 (1%)	1 (1%)	10 (2%)	
- in Bereitschaftspraxis	11 (7%)	5 (3%)	5 (5%)	21 (5%)	
- in Bereitschaftsdienst Hausbesuch	27 (16%)	40 (22%)	18 (19%)	85 (19%)	
- in der privaten Umgebung	1 (1%)	3 (2%)	3 (3%)	7 (2%)	
- in Praxis und privater Umgebung	0 (0%)	2 (1%)	0 (0%)	2 (0%)	
- Sonstiges	3 (2%)	4 (2%)	2 (2%)	9 (2%)	
Wann war der Vorfall? (6)					0,04\$
- normale Arbeitszeit	123 (73%)	123 (68%)	55 (60%)	301 (68%)	
- Wochenende/Feiertag	19 (11%)	19 (10%)	10 (11%)	48 (11%)	
- nachts	25 (15%)	35 (19%)	19 (21%)	79 (18%)	
- normale Arbeitszeit und Wochenende	0 (0%)	1 (1%)	0 (0%)	1 (0%)	
- Wochenende und nachts	2 (1%)	4 (2%)	8 (9%)	14 (3%)	

Legende s. Tabelle 1; ß = p-Wert berechnet aus Kruskal-Wallis-Test

Beim Geschlecht des Täters gab es keine wesentlichen Unterschiede (Tabelle 20). Männer traten bei leichten und schweren Gewaltformen zu je 81% als Aggressoren in Erscheinung, bei mittelschweren zu 79%. Die Täter waren bei leichten Vorfällen signifikant älter als bei schweren (48,0 vs. 42,6; $p = 0,01$). Patienten kamen als Täter generell am häufigsten vor (73%). Eine klare Tendenz, ob eher die Patienten selbst oder deren Angehörige bei zunehmender Schwere der Gewalt als Täter in Erscheinung traten, ist allerdings nicht erkennbar. Bei den leichteren Fällen hatten 11% der Täter einen Migrationshintergrund, bei den schweren bzw. sehr schweren 24%, was einen signifikanten Unterschied darstellt ($p = 0,03$). Bewusstseinsverändernde Faktoren wie Alkohol, Drogen, psychische Erkrankung oder eine Kombination davon lagen bei leichten Fällen kumulativ bei 48%, bei schweren bei 56% vor. Bei den leichteren Vorfällen waren bei 37% keine derartigen Faktoren vorhanden, bei den schwerwiegenden Vorfällen dagegen nur bei 20% ($p = 0,16$).

Tabelle 20: Merkmale des Täters beim schwerwiegendsten Vorfall nach Schweregrad. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mittelwerte und Standardabweichungen.

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Leicht (n = 171)	Mittel- schwer (n = 185)	Schwer/ Sehr schwer (n = 93)	Gesamt (n = 449)	p-Wert
Geschlecht des Täters männlich? (14)	135 (81%)	141 (79%)	73 (81%)	349 (80%)	0,91\$
Alter des Täters? (20)	48,0 (16,1)	43,7 (15,4)	42,6 (14,2)	45,1 (15,6)	0,01&
Personengruppe des Täters? (19)					0,23\$
- Patient	126 (76%)	122 (69%)	66 (75%)	314 (73%)	
- Angehöriger des Patienten	28 (17%)	40 (23%)	11 (13%)	79 (18%)	
- Patient und Angehöriger	3 (2%)	4 (2%)	1 (1%)	8 (2%)	
- Sonstige	9 (5%)	10 (6%)	10 (11%)	29 (7%)	
Migrationshintergrund beim Täter? (3)					0,03\$
- ja	18 (11%)	27 (15%)	22 (24%)	67 (15%)	
- weiß nicht	16 (10%)	14 (8%)	12 (13%)	42 (9%)	
Bewusstseinsverändernde Faktoren beim Täter? (3)					0,16\$
- nein	63 (37%)	51 (28%)	19 (20%)	133 (30%)	
- Alkohol	21 (12%)	31 (17%)	12 (13%)	64 (14%)	
- Drogen	12 (7%)	11 (6%)	4 (4%)	27 (6%)	
- Psychische Erkrankung	36 (21%)	38 (21%)	20 (22%)	94 (21%)	
- Alkohol und Drogen	4 (2%)	5 (3%)	4 (4%)	13 (3%)	
- Alkohol und psychische Erkrankung	6 (4%)	3 (2%)	7 (8%)	16 (4%)	
- Drogen und psychische Erkrankung	3 (2%)	3 (2%)	2 (2%)	8 (2%)	
- Alkohol, Drogen und psychische Erkrankung	0 (0%)	3 (2%)	3 (3%)	6 (1%)	
- weiß nicht	20 (12%)	31 (17%)	17 (18%)	68 (15%)	
- Sonstiges	4 (2%)	8 (4%)	5 (5%)	17 (4%)	

Legende s. Tabelle 1; & = p-Wert berechnet aus Einfaktorieller Varianzanalyse

Vor allem die schweren und sehr schweren Vorfälle hatten für die betroffenen Ärzte Folgen (81%), während die leichten Vorkommnisse nur zu 30% Folgen hatten ($p < 0,001$; Tabelle 21). Je schwerer der Vorfall war, desto eher erstatteten die Betroffenen Anzeige bei der Polizei. Zudem kam es bei mittelschweren und schweren Vorfällen häufiger zu einem „seelischen Schaden“ und auch ärztliche/psychologische Hilfe musste bei schweren Vorfällen eher in Anspruch genommen werden. 28% der betroffenen Teilnehmer, die einen schweren oder sehr schweren Vorfall erlebt hatten, gaben an, in der Folge den Umgang mit ihren Patienten bzw. ihre Einstellung zum Thema Gewalt geändert zu haben. In der Gruppe, die einen leichten Vorfall erlebt hatten, waren dies dagegen nur 5%, was einen signifikanten Unterschied darstellt ($p < 0,001$).

Tabelle 21: Folgen des schwerwiegendsten Vorfalls nach Schweregrad. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).

Merkmal (Anzahl fehlende Angaben)	Leicht (n = 171)	Mittel- schwer (n = 185)	Schwer/ Sehr schwer (n = 93)	Gesamt (n = 449)	p-Wert
Hatte der Vorfall Folgen? (5) -Ja	50 (30%)	97 (53%)	75 (81%)	222 (50%)	<0,001\$
Und zwar:					
- Gespräch mit Familie/Freunden/Kollegen	23	54	32	109	
- Meldung bei Polizei/Anzeige	11	37	42	90	
- Seelischer Schaden	1	6	5	12	
- Körperlicher Schaden	0	1	1	2	
- Ärztliche/psychologische Hilfe	1	1	5	7	
- Arbeits-, Dienstunfähigkeit	0	0	1	1	
- Sonstiges	25	30	21	76	
Umgang mit Patienten verändert? (5) -Ja	9 (5%)	46 (25%)	26 (28%)	81 (18%)	<0,001\$

Legende s. Tabelle 1

3.5.3 Qualitative Auswertung

3.5.3.1 Typische Schilderungen

Typische Schilderungen beim Spektrum **Beleidigung** waren:

„Beschimpfung wegen angeblicher Fehlbehandlung.“ „Beleidigende Äußerungen bei Nichtverordnung eines Psychopharmakons an einen Suchtkranken.“ „Drogenabhängiger Patient beschimpft mich mit Arschloch, weil ich ihm keine Opiate aufschreibe.“ „Beschimpfungen beim Hausbesuch im Notdienst in sozial problematischer Region durch mehrere Familienangehörige.“ „Beschimpfung wegen angeblich nicht ausreichender Hausbesuchsfrequenz.“ „Patient mit medizinischer Behandlung nicht einverstanden. Beschimpfung, verbale Entgleisung.“ „Einem Patienten wurde eine

medizinisch nicht notwendige Medikation verwehrt; der Patient hat unter lautem Schimpfen und Beleidigung die Praxis verlassen (‘Arschloch; ist doof; kann ja nichts’).“ „Patient stehend in Sprechzimmer, beklagt zunächst lange Wartezeit, wird laut; wirft mir Falschbehandlung vor. Verbal aggressiv, nähert sich mir, kein Körperkontakt!“ „Auf meine Weigerung hin, ihm ein Gefälligkeits-Attest auszustellen, wurde der Patient ärgerlich, beließ es allerdings bei allgemeinen Beschimpfungen ´nicht mal auf seinen Hausarzt kann man sich verlassen´. Und erklärte, er werde sich im Internet dementsprechend über mich äußern. Ging dann türenschnell weg.“ „Beschimpfung, Infragestellung meiner fachlichen Kenntnisse.“

Beispielhafte Vorfälle, bei denen es um **Bedrohungen** der befragten Ärzte ging, waren: „Lautstarke Auseinandersetzung mit Androhung von körperlicher Gewalt bei einem zuhause randalierenden Patienten. Einweisung Psychiatrisches Krankenhaus.“ „Bei Notdienst Hausbesuch wurde direkt nach meinem Eintreten die Wohnungs-, Haustür abgeschlossen. Aufgrund der verwahrlosten Wohnung kam ein Bedrohungsgefühl auf. Der Pat. weigerte sich, die Tür zu öffnen, was erst nach mehrfachem Drohen mit Polizei meinerseits gemacht wurde.“ „Psychotischer Patient drohte zu dekomensieren, motorisch unruhig, distanzlos, einschüchterndes, bedrohliches Verhalten.“ „Nächtlicher Hausbesuch im Bereitschaftsdienst; alkoholisierte, durch Streit mit Ehefrau aggressiv aufgeladener Patient. Bedrohung mittels großem Hund.“ „Unterschwellige Drohung des Vaters eines Kindes,...wenn dem Kind was passiert...“ „Patient drohte mit erhobener Faust, wenn ich nicht sofort was verschreibe, schlage er mir in die Fresse...“ „Verbalattacke nach dem Tod eines Patienten (86 Jahre alt) durch angereizten Verwandten, war sehr laut und beleidigend, drohte mit allen Ermittlungsbehörden.“ „Beleidigende Beschimpfung, weil ein Medikament nicht aufgeschrieben wurde und persönliche Infragestellung (man würde nur ans eigene Geld denken und für arme Leute nichts übrig haben). Androhung der Anzeige bei der Ärztekammer, sehr laute Worte vor anderen Patienten.“ „Ein alkoholabhängiger Patient bedrohte mich lautstark verbal und kündigte glaubhaft körperliche Gewalt an.“ „Patient kam im Notdienst, benötigte ein Benzodiazepin - bei Nachfragen (Hausarztadresse) äußerte er, er neige zu Gewalttätigkeiten, wenn er sein Medikament nicht bekäme. Habe kleinste Packungsgröße aufgeschrieben und später die Kasse informiert.“

Aus dem Bereich **körperliche Gewalt / Randalieren** gab es folgende typische Schilderungen:

„Patient schlägt in der Praxis gegen Türen und wird laut.“ „Angetrunkener Patient will mir ins Gesicht schlagen.“ „Hausbesuch im Bereitschaftsdienst bei alkoholisiertem Patienten mit massiv aggressivem Verhalten. Körperlicher Angriff, der Polizeieinsatz und Hilfe durch anwesenden Nachbarn erforderlich machte. Patient hatte 2-3 große Gegenstände aus dem Fenster geworfen.“ „Ein Patient hat sich über die Wartezeit so aufgeregt, dass er mich übel beschimpft hat und mir den auf der Erde stehenden PC zertreten hat!“ „Tätlicher Angriff mit Faustschlägen gegen mich, als ich Arzthelferin schützen wollte (sinngemäß: ich habe meinerseits mit Faustschlägen geantwortet...).“ „Betrunkener Patient randaliert im Wartezimmer. Folge Polizei. Sachbeschädigung an PKW.“ „Patient mit akuter Psychose - Eigen- und Fremdgefährdung, tobend nach Suizidversuch - musste von Polizeikräften fixiert werden, um sedierende Medikation zu ermöglichen.“ „Der Patient fing an, mich zu boxen und zu schlagen mit erheblicher Aggression. Er konnte jedoch nichts dafür, denn sein Hb-Wert war unter 5 und das Gehirn war nicht mehr ausreichend mit Sauerstoff versorgt.“ „Geistig behinderter Patient versucht, einen Metallmülleimer nach mir zu werfen.“ „Ehefrau des Patienten war mit der Behandlung ihres Mannes nicht einverstanden und riss mir den Telefonhörer aus der Hand und versuchte zu treten. Anschließend nahm sie meinen Koffer und warf ihn vor die Tür, während ich nach meinem Mantel sah.“

Beispielhafte Schilderungen aus dem Bereich **Gewalt mit Waffen bzw. Gegenständen** waren:

„Im Sprechzimmer Bedrohung mit einer Pistole.“ „Patient schlug mit Briefständer Loch in Theke und bedrohte mich.“ „Ganz plötzlich schlägt mir eine Patientin (68 Jahre) eine Puppe mit Wucht mitten ins Gesicht, so dass meine Brille auf den Boden fliegt. Aus Reflex stoße ich die Patientin von mir weg.“ „Im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes Bedrohung mit einem Küchenmesser, weil die Behandlung der Freundin dem alkoholisierten Mann nicht gefiel.“ „Bedrohung mit Schusswaffe bei Hausbesuch. Polizei war anwesend, kam hinzu.“ „Patient wollte Diazepam haben, Messerattacke, nur durch Polizeieinsatz wurde Gefahr beendet.“ „Wurde bei einem Hausbesuch im Bereitschaftsdienst vor Jahren von männlichem Patient (Alkoholiker) mit abgebrochener Bierflasche bedroht und mit Besenstiel.“ „Hausbesuch im Notdienst - nachts bei einem Drogenabhängigen, der auf Entzug war, mit aggressivem Schäferhund. Mir wurde ein Messer an den Hals gehalten, um Rezept zu bekommen. Hund wurde nicht weggesperrt. Polizei verweigerte Hilfe bei Krankenhaus-Einweisungsversuch!“ „Ein psychisch erkrankter Patient nahm seinen Stuhl im Sprechzimmer und bedrohte mich damit über meinen Schreibtisch.“ „Bei einem Hausbesuch bei einem alkoholisierten Patienten wurde ich mit einer Pistole bedroht. Der Patient wollte nicht ins KKH, da er nicht

versichert war. Vor der Tür saß ein gut dressierter Hund. Nach 45min ruhigen Gesprächs hat der Patient ohne mir zu schaden erkannt, dass ich ihm helfen will und die Waffe zur Seite gelegt und mich ohne Probleme gehen lassen.“

Aus dem Bereich **Sonstiges** gab es unter Anderem folgende Schilderungen:

„Patient drogenabhängig stiehlt Rezepte, in der Praxis verhaften lassen.“ „Aus der Anfangszeit meiner Niederlassung: Drogenabhängiger verlässt meine Praxis auf Aufforderung nicht. Verstellt mir den Zugang zum Telefon. Erst nach massiver Unterstützung durch andere Patienten und Androhung von Polizeiruf verlässt er die Praxis.“ „Begrabschen, Kussversuche, vehementes Verhalten trotz Abwehr.“ „Vor 4 Jahren wurde in der Praxis eingebrochen, Wartezimmerfenster ausgehebelt und Autoschlüssel, der an der Anmeldung lag, gestohlen samt PKW, der auf Parkplatz vor Praxis parkte (gerade nachts war keine Person im Haus).“ „Patientin, die meine Praxis verlassen hatte, stand tagelang in der Sprechzeit vor der Praxis und versuchte, andere Patienten vom Besuch abzuhalten.“ „Beleidigung und Lügen im Internet (Jameda).“ „Schwiegersohn der Patientin wollte ein bestimmtes Hilfsmittel verordnet haben, mit dem ich aber nicht einverstanden war. Dadurch wurde die Tonlage immer lauter (jedoch keine Beleidigungen) - Gewalt habe ich Gott sei Dank noch nicht erlebt.“ „Über mehrere Wochen täglicher und nächtlicher Telefonterror (anonyme Anrufe v. a. nachts) - erst mit polizeilicher Hilfe durch Fangschaltung beendet.“ „Patient mit Alkoholabhängigkeit und Medikamentenmissbrauch, der sich jahrelang einer Entgiftung entzieht, keine ärztlichen Anweisungen befolgt, andere Kollegen nicht wertschätzt ("das sind alles A...löcher") bezichtigt mich plötzlich der Falschbehandlung und verklagt mich (war verbal aggressiv, gestikulierend).“ „Missinterpretation meiner Therapie und Diagnostik und fälschliche Darstellung in Internetportalen ohne Rücksprache mit mir bzw. ohne persönliche Konfrontation mit mir - nicht gefährlich, nur ärgerlich.“ „Zwei Praxiseinbrüche vom selben "Team". Eine der Einbrecherinnen war vorher als Patientin da. Schaden ca. 800 Euro. Praxistür wurde aufgehebelt und 800 Euro gestohlen.“ „Ein Hausbesuch wurde wegen Fieber und Husten sofort angefordert. Nach meiner Einschätzung legte ich den Hausbesuch nach der Sprechstunde (1,5 h später.) Angehörige von Patient bedrohte mich, rief nach meiner Empfehlung Notdienst (112), Anzeige bei Staatsanwalt wegen fahrlässiger Körperverletzung usw.“

3.5.3.2 Ausgewählte schwerwiegende Vorfälle

Es folgen einige ausgewählte sehr schwerwiegende Vorfälle mit genauerer Beschreibung der Opfercharakteristika und der jeweiligen Tatumstände und -folgen.

Beschrieben werden exemplarisch je 6 Fälle mit männlichen und weiblichen Ärzten als Opfer.

Männer als Opfer:

Fall 1 (Fragebogen 127): „Nächtlicher Bereitschaftsdienst, Hausbesuch bei beklagtem Oberbauchschmerz, C2-Kontinuitätsdelir, Angriff mit Stichwaffe, Flucht meinerseits durch Fenster.“ Das Opfer war ein jetzt 46 Jahre alter Arzt mit Migrationshintergrund. Er leistet durchschnittlich 5 Bereitschaftsdienste pro Monat ab. Während des Vorfalles war er „besorgt“ und stuft ihn als schwer ein. Der Täter war ein 55 Jahre alter männlicher Patient ebenfalls mit Migrationshintergrund. Laut dem betroffenen Arzt stand der Täter unter Alkoholeinfluss und war psychisch krank. Der Vorfall wurde vom Opfer bei der Polizei angezeigt. Der Arzt nahm sich nach diesem Übergriff vor, mehr auf einen „sorgsamem Eigenschutz“ beim Patientenkontakt zu achten.

Fall 2 (Fragebogen 143): „Versuch der Erpressung. Ehemann meinte Beweise zu haben, ich hätte ein Verhältnis mit seiner (getrennt lebenden!) Frau, drohte Weitergabe an Bild-Zeitung, wollte 25000 DM.“ Betroffen war hier ein jetzt 62-jähriger Arzt. Vom Angstniveau her war er „besorgt“. Der Täter war ein 50 Jahre alter männlicher Patient. Für den Arzt hatte dieser Vorfall keine persönlichen Folgen; auch den Umgang mit seinen Patienten änderte er nicht.

Fall 3 (Fragebogen 223): „Ich habe mehrere Jahre in der Drogensubstitution gearbeitet. An einem Samstagmorgen kam ein Patient zu mir nach Hause (er hatte einen Drogen-Termin verpasst) und verlangte seine Drogenration, die ich nicht da hatte. Er fing an zu randalieren, trat gegen die Türe und zerschlug eine Lampe im Vorgarten. Wir riefen die Polizei. Ich (+Familie) hatten richtig Angst!“ Das Opfer war ein zum Zeitpunkt der Befragung 62 Jahre alter Hausarzt, der Täter war 30 Jahre alt. Nach diesem Vorfall beendete der Betroffene seine Tätigkeit in der Drogensubstitution und suchte das Gespräch mit Nahestehenden über das Erlebte. Der Arzt veränderte in der Folge auch den Umgang mit seinen Patienten: Er wandte dabei seitdem „mehr Vorsicht“ an.

Fall 4 (Fragebogen 310): „Sonntag gegen 11:30 Uhr, Bereitschaftsdienst, Maskierter stürzt mit gezücktem Messer an die Rezeption und fordert die Praxis-Barkasse. Direkt bedroht wird die Tochter der Kollegin (13 Jahre), die mehr zufällig sich in der Praxis aufhielt. Trotz großem und sofortigem Polizei-Einsatz (mit Hubschrauber) konnte Dieb nicht gefasst werden.“ Der betroffene Arzt ist jetzt 60 Jahre alt und leistet ca. 5 Bereitschaftsdienste pro Monat ab. Während des Vorfalles war er „sehr ängstlich“ und stuft ihn als „sehr schwer“ ein. Den Maskierten beschrieb er als ungefähr 25-jährigen männlichen Unbekannten, der womöglich der kriminellen Drogenszene zuzurechnen

war. Beim Opfer und den weiteren anwesenden Personen hinterließ der Überfall einen seelischen Schaden. Zudem wurde eine Anzeige bei der Polizei gemacht. Als Konsequenz aus diesem Vorfall machte der Betroffene Bereitschaftsdienste nur noch zu zweit und hatte seitdem kein Bargeld mehr in der Praxis.

Fall 5 (Fragebogen 517): „Älterer Patient war mit gutachterlicher Aussage (zwecks Versorgungsbehörde und Antrags auf zusätzliche Sozialleistungen) nicht einverstanden. Bedrohung in Praxis mit Stock, Androhung von Schlägen, später mehrmalige Forderung (schriftlich) von Schadensersatz. Später (weil medizinisch die gutachterliche Aussage nicht korrekt war) schriftliche Morddrohungen, später auch gegen den eingeschalteten Rechtsanwalt, der mich unterstützte (...).“ Opfer war hier ein jetzt 49-jähriger Hausarzt. Für ihn war dieser Fall „schwer“ und er war bisweilen „ängstlich“. Der Täter war ein 65 Jahre alter Patient, der unter einer psychischen Erkrankung litt. Wegen der schriftlichen Morddrohungen machte der Mediziner eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft. Nach diesem Fall änderte der betroffene Arzt zudem seine Einstellung zum Thema Gewalt: „Patienten mit verbalem/non-verbalem Gewaltpotential sollte man möglichst schnell wieder (als Patient) loswerden“.

Fall 6 (Fragebogen 614): „Eine Stalkerin wurde durch meine geschiedene Frau in meine Behandlung geschleust. Die attraktive Frau hat mich "sehr wach gemacht", es kam zu privaten Treffen mit Sex. Dies hat meine neue Ehe fast zerstört, im Nachhinein jedoch gefestigt.“ Der Betroffene war ein jetzt 62-jähriger Allgemeinarzt, der den Vorfall als „schwer“ einstufte. Angst hatte er nicht. Die Täterin war eine 26 Jahre alte neue Patientin des Arztes. Er gab an, dass der Fall bei ihm einen seelischen Schaden auslöste. Sein Umgang mit Patienten änderte sich in der Folgezeit nicht.

Frauen als Opfer:

Fall 1 (Fragebogen 94): „Bei Hausbesuch von Ehefrau des Patienten in der Wohnung eingesperrt worden und von Patient mit Pistole bedroht worden - Er hatte bereits das Fenster zerschossen.“ Die heute 64 Jahre alte Ärztin empfand diesen Vorfall als schwer und war besorgt bis ängstlich. Der Angreifer war ein 52 Jahre alter Patient, der laut des Opfers „zeitweise im kriminellen Milieu aktiv“ war. Die Tat ereignete sich nachts. Nach diesem Vorfall suchte die betroffene Ärztin das Gespräch mit Familie, Freunden und Kollegen. Sonst ergriff sie keine weiteren Maßnahmen und änderte auch nicht ihre Einstellung zum Thema Gewalt oder den Umgang mit ihren Patienten.

Fall 2 (Fragebogen 296): „Während Bereitschaftsdienst von alkoholabhängigem Patient und dessen Freund bestellt, mit Messer bedroht und bei Ankunft in der Wohnung von 3 Pitbulls empfangen und genötigt.“ Das Opfer war eine jetzt 59-jährige Hausärztin.

Diesen Übergriff, der sich abends zugetragen hatte, stufte sie als mittelschwer ein und war währenddessen ängstlich. Die beiden Angreifer waren 45 Jahre alt. Offenbar waren die Täter psychisch krank und zusätzlich alkoholisiert. Nach diesem Vorfall machte die Ärztin eine Anzeige bei der Polizei und sprach mit ihren Angehörigen und Freunden darüber. Zudem ist sie im Umgang mit den Patienten in der Folgezeit „vorsichtiger geworden“.

Fall 3 (Fragebogen 413): „Psychiatrischer Patient; hat auf Begrüßung sofort zugeschlagen; Brille flog weg und ich lag am Boden (Schlag gegen Schläfe); danach an den Haaren versucht, mich hochzuziehen - Flucht erst möglich, als Pat. abgelenkt wurde; Hilfe nachts erst drei Häuser weiter gefunden; Rettungsdienst und Polizei griffen erst zu, als Pat. nochmals schlagen wollte.“ Betroffen war hier eine heute 62 Jahre alte Ärztin. Der beschriebene Vorfall ereignete sich nachts beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst bei einem 44-jährigen psychisch kranken Patienten, der laut der geschädigten Ärztin auf Besuch bei seinen Verwandten war („erster Besuch nach der Wende“). In der Folge suchte die Betroffene das Gespräch mit Nahestehenden und trug nicht nur einen körperlichen, sondern auch einen seelischen Schaden davon. Zudem leide sie seitdem unter Ängsten beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst, wenn ein psychiatrischer Hintergrund möglich ist.

Fall 4 (Fragebogen 447): „Telefonische Morddrohungen - mehrfach, auch gegenüber Familienangehörigen (Ehemann, Kinder), da ich für den Tod der Ehefrau verantwortlich gemacht wurde.“ Die jetzt 62-jährige Ärztin erlebte dies als mittelschwer und war insgesamt besorgt über die Morddrohungen. Zu den Anrufen kam es am privaten Telefon auch am Wochenende und nachts. Der Täter war 65 Jahre alt. Über diese Vorfälle sprach die Betroffene mit ihrer Familie und Freunden. Zudem machte sie eine Anzeige bei der Polizei.

Fall 5 (Fragebogen 512): „Substitutionspatient mit starkem Alkoholkonsum und behandelter Hepatitis C, dem Ausgabe verweigert wurde, hat mir Substitutflasche aus der Hand gerissen, mich an den Schrank gepresst und mir mit infiziertem Injektionsbesteck gedroht. Abschließend noch Tritt in das Bein.“ Die heute 50-jährige betroffene Ärztin war während des Vorfalls sehr ängstlich und empfand ihn als schwer. Die Tat geschah in ihrer eigenen Praxis während der normalen Arbeitszeit untertags. Der männliche Täter (27) stand zu diesem Zeitpunkt unter Alkohol- und Drogeneinfluss. Nach dem Vorfall machte die Ärztin eine Anzeige bei der Polizei und änderte darüber hinaus ihre Einstellung zum Thema Gewalt, indem sie „Sicherheitsmaßnahmen“ in der Praxis schaffte und seitdem vorsichtiger beim Umgang mit ihren Patienten ist.

Fall 6 (Fragebogen 724): „Dringender Hausbesuch bei einem Alkoholiker mit akutem Bauch; nach Anruf des Rettungswagens und Erscheinen der Rettungsassistenten

sprang der Patient auf, holte eine Waffe hervor und bedrohte uns mit den Worten: 'Ich komme nicht mit ins Krankenhaus, dort ist meine Oma tot rausgekommen.' Wir flüchteten alle entsetzt in den Rettungswagen, der Patient verfolgte uns mit der Waffe in der Hand und flehte mich ängstlich an - ich solle doch aussteigen und ihm helfen, er hätte solche heftigen Schmerzen." Das Opfer, eine heute 59-jährige Hausärztin, empfand diesen Vorfall, der sich untertags ereignete, als mittelschwer und war dabei ängstlich. Der Täter war ein 27 Jahre alter Patient, der unter Alkoholeinfluss stand. Für die Ärztin hatte der Vorfall keine Folgen.

3.6 Regressionsanalysen

Die Ergebnisse der multivariaten ordinalen Regressionsanalysen zu Zusammenhängen zwischen Arztmerkmalen und dem Sicherheitsgefühl an den fünf Schauplätzen sind in Tabelle 22 zusammengefasst, die Details zu den einzelnen Analysen sind in den Tabellen 23 bis 27 berichtet. Dabei ist zu beachten, dass die Arztmerkmale nur einen geringen Teil der beobachteten Varianz erklären (Nagelkerke r^2 zwischen 0,05 und 0,20), das heißt das Sicherheitsgefühl wird primär durch Arztmerkmale bzw. Einflussfaktoren beeinflusst, die in der Befragung nicht erfasst wurden. Trotzdem wird deutlich, dass weibliches Geschlecht und die Erfahrungen eines schwerwiegenden Aggressionsereignisses in der Vergangenheit an allen Schauplätzen mit einem deutlich geringeren Sicherheitsgefühl einhergehen. Während Alter und Sicherheitsgefühl in den Praxisräumen nicht zusammenhängen, fühlen sich ältere Ärzte bei Haus- und Heimbefuchen signifikant sicherer.

Nur beim Sicherheitsgefühl in der Bereitschaftspraxis war der Zusammenhang mit einem Migrationshintergrund statistisch signifikant ($p < 0,05$). Hier ist zu berücksichtigen, dass nur 5% der Ärzte einen Migrationshintergrund hatten; dementsprechend ist die statistische Unsicherheit bei diesem Merkmal relativ hoch. In den univariaten Analysen hatten Ärzte mit Migrationshintergrund an allen Schauplätzen ein signifikant niedrigeres Sicherheitsgefühl. Wenn in den multivariaten Analysen der Einfluss der anderen Merkmale berücksichtigt wurde, wurde der Einfluss des Migrationshintergrunds geringer, in der Praxis, beim Haus- und beim Heimbefuch, lagen die p-Werte jedoch immer noch zwischen 0,06 und 0,08. Insgesamt legen diese Ergebnisse nahe, dass ein Migrationshintergrund eher mit einem geringeren Sicherheitsgefühl einhergeht.

Ärzte, die in einer Einzelpraxis tätig sind, haben in den Praxisräumen ein etwas geringeres Sicherheitsgefühl als diejenigen, die in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ tätig sind. Eine Großstadtlage geht in den Praxisräumen und beim Hausbesuch während des Bereitschaftsdienstes mit einem geringeren Sicherheitsgefühl

einher. Eine durchschnittlich finanziell eher schwache Patientenklientel war in den univariaten Analysen tendenziell mit etwas geringerem Sicherheitsgefühl assoziiert; in den multivariaten Analysen ergab sich jedoch nur für die Praxisräume noch ein signifikanter Zusammenhang.

Tabelle 22: P-Werte für die einzelnen Arztmerkmale aus den multivariaten ordinalen Regressionsanalysen zu Zusammenhängen zwischen Arztmerkmalen und dem Sicherheitsgefühl an den fünf Schauplätzen

Schauplatz	Praxis	Haus- besuch	Heim- besuch	Bereitsch. Praxis	Bereitsch. Hausbes.
Geschlecht weiblich ja/nein	0,002	<0,001	0,03	<0,001	<0,001
Schwere Gewalt erlebt ja/nein	0,008	0,001	n.s.	<0,001	0,001
Alter > 55 Jahre ja/nein	n.s.	0,001	0,03	n.s.	0,002
Migrationshintergrund ja/nein	n.s.	n.s.	n.s.	0,002	n.s.
Einzelpraxis ja/nein	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Praxis in Großstadt ja/nein\$	0,004	n.s.	n.s.	n.s.	0,003
Klientel eher finanziell schwach ja/nein	0,04	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

n.s. = nicht signifikant; \$multivariate Analyse Codierung in Dummyvariablen Großstadt ja/nein und Stadt ja/nein (Stadt ohne signifikanten Einfluss)

Bereitsch. = Bereitschaftsdienst; Hausbes. = Hausbesuch

Tabelle 23: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl in der Praxis (Nagelkerke $r^2 = 0,09$)

Merkmal	MW (SD)	MW (SD)	β ; p univariat	β ; p multivariat
	ja	nein		
Geschlecht weiblich ja/nein	1,44 (0,54)	1,31 (0,48)	0,54; <0,001	0,48; 0,002
Schwere Gewalt erlebt ja/nein	1,46 (0,55)	1,33 (0,49)	0,52; 0,002	0,47; 0,008
Alter > 55 Jahre ja/nein	1,34 (0,49)	1,38 (0,52)	0,17; 0,26	0,26; 0,10
Migrationshintergrund ja/nein	1,56 (0,55)	1,35 (0,51)	0,52; 0,009	0,57; 0,08
Einzelpraxis ja/nein	1,42 (0,54)	1,30 (0,47)	0,52; 0,001	0,45; 0,004
Praxis in Großstadt ja/nein\$	1,45 (0,57)	1,34 (0,49)	0,52; 0,02	0,57; 0,004
Klientel eher finanziell schwach ja/nein	1,46 (0,55)	1,34 (0,50)	0,47; 0,007	0,38; 0,04

MW (SD) = Mittelwert (Standardabweichung); \$multivariate Analyse Codierung in Dummyvariablen Großstadt ja/nein und Stadt ja/nein (Stadt ohne signifikanten Einfluss ($\beta = 0,29$; $p = 0,05$))

Tabelle 24: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl beim regulären Hausbesuch (Nagelkerke $r^2 = 0,10$)

Merkmal	MW (SD)	MW (SD)	β ; p univariat	β ; p multivariat
	ja	nein		
Geschlecht weiblich ja/nein	1,90 (0,75)	1,57 (0,71)	0,94; <0,001	0,80; <0,001
Schwere Gewalt erlebt ja/nein	1,86 (0,77)	1,66 (0,73)	0,54; 0,001	0,57; 0,001
Alter > 55 Jahre ja/nein	1,59 (0,71)	1,79 (0,74)	0,56; <0,001	0,48; 0,001

Migrationshintergrund ja/nein	2,02 (0,80)	1,68 (0,74)	0,86; 0,004	0,58; 0,06
Einzelpraxis ja/nein	1,72 (0,75)	1,69 (0,73)	0,06; 0,66	0,05; 0,70
Praxis in Großstadt ja/nein\$	1,80 (0,78)	1,67 (0,73)	0,32; 0,04;	0,32; 0,07
Klientel eher finanziell schwach ja/nein	1,76 (0,72)	1,69 (0,75)	0,24; 0,15	0,15; 0,39

MW (SD) = Mittelwert (Standardabweichung); \$multivariate Analyse Codierung in Dummyvariablen
Großstadt ja/nein und Stadt ja/nein (Stadt ohne signifikanten Einfluss ($\beta = 0,15$; $p = 0,28$))

Tabelle 25: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl beim Heimb Besuch (Nagelkerke $r^2 = 0,05$)

Merkmal	MW (SD)	MW (SD)	β ; p univariat	β ; p multivariat
	ja	nein		
Geschlecht weiblich ja/nein	1,41 (0,58)	1,28 (0,48)	0,48; 0,002	0,36; 0,03
Schwere Gewalt erlebt ja/nein	1,39 (0,55)	1,31 (0,51)	0,30; 0,09	0,31; 0,09
Alter > 55 Jahre ja/nein	1,29 (0,50)	1,37 (0,54)	0,33; 0,04	0,36; 0,03
Migrationshintergrund ja/nein	1,54 (0,60)	1,32 (0,52)	0,84; 0,01	0,61; 0,08
Einzelpraxis ja/nein	1,35 (0,51)	1,31 (0,51)	0,19; 0,22	0,16; 0,38
Praxis in Großstadt ja/nein\$	1,41 (0,57)	1,30 (0,51)	0,42; 0,02	0,38; 0,06
Klientel eher finanziell schwach ja/nein	1,42 (0,58)	1,31 (0,51)	0,44; 0,02	0,29; 0,13

MW (SD) = Mittelwert (Standardabweichung); \$multivariate Analyse Codierung in Dummyvariablen
Großstadt ja/nein und Stadt ja/nein (Stadt ohne signifikanten Einfluss ($\beta = 0,13$; $p = 0,49$))

Tabelle 26: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl während des Bereitschaftsdienstes in der Praxis (Nagelkerke $r^2 = 0,10$)

Merkmal	MW (SD)	MW (SD)	β ; p univariat	β ; p multivariat
	ja	nein		
Geschlecht weiblich ja/nein	2,22 (0,89)	1,88 (0,80)	0,73; <0,001	0,66; <0,001
Schwere Gewalt erlebt ja/nein	2,24 (0,83)	1,94 (0,85)	0,69; <0,001	0,66; <0,001
Alter > 55 Jahre ja/nein	1,99 (0,84)	2,01 (0,84)	0,04; 0,81	0,03; 0,15
Migrationshintergrund ja/nein	2,65 (0,92)	1,98 (0,83)	1,40; < 0,001	1,07; 0,002
Einzelpraxis ja/nein	2,09 (0,87)	1,94 (0,82)	0,34; 0,02	0,27; 0,08
Praxis in Großstadt ja/nein\$	2,14 (0,88)	1,98 (0,83)	0,37; 0,05	0,33; 0,12
Klientel eher finanziell schwach ja/nein	2,17 (0,82)	1,98 (0,85)	0,47; 0,01	0,31; 0,11

MW (SD) = Mittelwert (Standardabweichung); \$multivariate Analyse Codierung in Dummyvariablen
Großstadt ja/nein und Stadt ja/nein (Stadt ohne signifikanten Einfluss ($\beta = 0,15$; $p = 0,77$))

Tabelle 27: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl beim Hausbesuch während des Bereitschaftsdienstes (Nagelkerke $r^2 = 0,20$)

Merkmal	MW (SD)	MW (SD)	β ; p univariat	β ; p multivariat
	ja	nein		
Geschlecht weiblich ja/nein	2,98 (0,99)	2,23 (0,88)	1,49; <0,001	1,38; <0,001
Schwere Gewalt erlebt ja/nein	2,74 (0,99)	2,46 (0,99)	0,59; <0,001	0,67; <0,001

Alter > 55 Jahre ja/nein	2,35 (0,94)	2,65 (1,00)	0,62; <0,001	0,45; 0,002
Migrationshintergrund ja/nein	3,00 (0,99)	2,50 (0,99)	-0,84; 0,01	0,39; 0,26
Einzelpraxis ja/nein	2,54 (0,99)	2,52 (0,99)	0,03; 0,81	0,04; 0,76
Praxis in Großstadt ja/nein\$	2,79 (1,01)	2,45 (0,97)	0,64; <0,001	0,58; 0,003
Klientel eher finanziell schwach ja/nein	2,66 (0,99)	2,49 (0,99)	0,33; 0,06	0,18; 0,31

MW (SD) = Mittelwert (Standardabweichung); \$multivariate Analyse Codierung in Dummyvariablen Großstadt ja/nein und Stadt ja/nein (Stadt ohne signifikanten Einfluss ($\beta = -0,08$; $p = 0,55$))

In der logistischen Regression zeigt sich, dass die erhobenen Arztmerkmale so gut wie gar nicht (Pseudo r^2 nach Nagelkerke = 0,02) aufklären können, welche Ärzte von einem schwerwiegenden Aggressionsereignis betroffen waren und welche nicht. Lediglich für das Merkmal eher finanziell schwache Patientenclientel ergibt sich ein gewisser Zusammenhang.

Tabelle 28: Multivariate logistische Regression zu Assoziation von Arztmerkmalen und Bericht mindestens einer schwerwiegenden Form von Aggression ($r^2 = 0,02$)

Merkmal	Häufigkeit ja/nein	OR (95%-KI) p-Wert,	
		univariat	multivariat
Geschlecht weiblich ja/nein	23%/23%	1,00 (0,72-1,39)	1,00 0,95 (0,67-1,35) 0,78
Alter > 55 Jahre ja/nein	24%/20%	1,13 (0,95-1,34)	0,16 0,86 (0,61-1,21) 0,38
Migrationshintergrund ja/nein	21%/23%	0,90 (0,42-1,91)	0,85 0,93 (0,43-2,02) 0,86
Einzelpraxis ja/nein	25%/20%	1,32 (0,95-1,84)	0,10 1,30 (0,92-1,83) 0,14
Praxis in Großstadt ja/nein\$	22%/23%	0,96 (0,65-1,41)	0,85 0,93 (0,60-1,43) 0,73
Klientel eher finanziell schwach ja/nein	29%/20%	1,62 (1,10-2,37)	0,02 1,62 (1,01-2,51) 0,02

OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall; \$multivariate Analyse Codierung in Dummyvariablen Großstadt ja/nein und Stadt ja/nein (Stadt ohne signifikanten Einfluss (OR (95%-KI) = 0,98 (0,67-1,45); $p = 0,98$))

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Hauptergebnisse

Die durchgeführte Untersuchung zeigt, dass Gewalt und Aggression gegen Allgemeinärzte bzw. praktische Ärzte in Deutschland in nicht unbeträchtlichem Ausmaß vorkommen. Über 90% der Befragten haben in ihrer Karriere Aggression in irgendeiner Form erlebt. In den letzten 12 Monaten vor der Befragung waren 73% aller Teilnehmer betroffen. Leichte Aggressionsformen (Beleidigungen und Beschimpfungen) haben 79% aller Befragten irgendwann erlebt, mittelschwere (Bedrohung, Einschüchterung, leichte körperliche Gewalt, sexuelle Belästigung, Sachbeschädigung, Diebstahl und Verleumdung auf Ärzteportalen im Internet) 81% und schwerwiegende (ausgeprägte körperliche Gewalt, Bedrohung mit einem Gegenstand bzw. einer Waffe, Angriff mit einem Gegenstand bzw. einer Waffe, sexueller Missbrauch und Stalking) 23%. Frauen und Männer waren grundsätzlich in ähnlichem Ausmaß von Aggression und Gewalt betroffen. Leichtere aggressive Verhaltensweisen und sexuelle Belästigung wurden jedoch signifikant häufiger von Ärztinnen berichtet.

Obwohl es absolut gesehen in den Praxisräumen am häufigsten zu Aggressionsereignissen kam, fühlten sich fast alle Teilnehmer dort und beim Heimbefuch sehr sicher oder relativ sicher. Im Vergleich dazu fühlten sich die Ärzte beim Hausbesuch etwas weniger sicher. Am geringsten war das Sicherheitsgefühl im Bereitschaftsdienst. Weibliches Geschlecht und die Erfahrungen von schwerwiegender Aggression in der Vergangenheit waren an allen Schauplätzen mit einem deutlich geringeren Sicherheitsgefühl assoziiert.

Die größte Zahl an schwerwiegenden Vorfällen passierte in der Praxis während der normalen Sprechstunde; bezogen auf die höhere durchschnittliche Arbeitszeit der Ärzte in der Praxis im Vergleich zu den Schauplätzen außerhalb, waren schwerwiegende Vorkommnisse beim Hausbesuch und im Bereitschaftsdienst allerdings häufiger als in der Praxis. In der Mehrzahl der Fälle waren die Täter männliche Patienten, bei denen Faktoren wie Alkohol, Drogen, psychische Erkrankung oder eine Kombination davon vorlagen. Schwere Vorfälle passierten verglichen mit leichteren Vorfällen mit zunehmender Tendenz nachts beim Hausbesuch, der Täter war im Mittel jünger und hatte dabei eher einen Migrationshintergrund. Es gab keine Arztmerkmale, die aufklären konnten, wer schwere Aggression erlebte und wer nicht.

4.2 Methodenkritik

Verlässlichkeit der Ergebnisse – non-response Bias

Es gilt zunächst zu klären, ob die in der vorliegenden Befragung erzielten Ergebnisse verlässlich sind oder ob es Verzerrungen gab, die Einfluss auf die Aussagekraft der Studie haben. Wie in vielen anderen derartigen Studien ist eine Verzerrung im Sinne eines non-response-Bias nicht auszuschließen: Es ist denkbar, dass vor allem diejenigen Ärzte, die bisher noch keine Erfahrungen mit Aggressionen gemacht haben, seltener geantwortet haben als diejenigen, die bereits mit aggressiven Verhaltensweisen während ihrer ärztlichen Tätigkeit konfrontiert waren. Dieses Verhalten ist durchaus nachvollziehbar: Es gibt sicherlich Ärzte, die noch nie - weder selbst noch in ihrem kollegialen Umfeld - mit dem Thema Aggression zu tun hatten. Konfrontiert man diese mit einem Fragebogen zum Thema „Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner“ mag es einige geben, die dieses Thema als irrelevant erachten und folglich den Fragebogen nicht ausfüllen.

In den insgesamt bis zu drei Anschreiben an die befragten Ärzte wurde versucht, die Relevanz und die Sinnhaftigkeit der Befragung darzulegen, indem beschrieben wurde, dass es bereits Studien aus dem Ausland gebe, die aufzeigen, dass Aggression gegen Ärzte ein nicht seltenes Phänomen ist. Darüber hinaus erfolgte über das zweite und dritte Anschreiben der Versuch, insbesondere Nicht-Betroffene zum Ausfüllen des Fragebogens zu bewegen. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass - selbst unter der Annahme, dass alle Non-Responder noch nie Aggressionen erlebt haben - über die Hälfte (54%) aller Allgemeinärzte jemals Opfer von aggressiven Verhaltensweisen wurde und gut jeder 8. Allgemeinarzt (13%) in Deutschland bisher mindestens einmal schwere Aggression erlebte. In den letzten 12 Monaten vor der Befragung erlebten unter dieser Annahme 43% mindestens eine Form jeglicher Aggression, 6% sahen sich einem schweren Vorfall ausgesetzt.

Verlässlichkeit der Ergebnisse – recall Bias

Sicherlich sollte bei der Interpretation von Befragungen, bei denen sich die Teilnehmer an gewisse Begebenheiten in ihrem Leben erinnern sollen, auch eine mögliche Erinnerungsverzerrung (recall bias) mit einbezogen werden. In der vorliegenden Studie hätte eine solche Verzerrung im Sinne eines Nicht-Berichtens von aggressiven Vorfällen aber wohl nur einen Effekt auf leichte und eventuell mittelschwere Aggressionsformen. Denn es ist wenig wahrscheinlich, dass ein Teilnehmer, der schwere Gewalt (zum Beispiel schweren körperlichen Angriff oder Waffengewalt) erlebt hat, sich nicht mehr an diesen Vorfall erinnert und ihn nicht im Fragebogen vermerkt. Andererseits gibt es sicherlich Ärzte, die einer Beschimpfung oder einer Beleidigung subjektiv kaum eine

Relevanz beimessen und diese leichten Formen auch nicht im Fragebogen erwähnt haben bzw. längst aus ihrem Gedächtnis gestrichen haben.

Rücklaufquote

Bezieht man die beiden erwähnten Verzerrungen mit in die Interpretation ein, lässt sich schlussfolgern, dass in dieser Befragung am ehesten die Häufigkeit der schweren aggressiven Vorkommnisse leicht überschätzt wurde. Dem gegenüber steht allerdings eine ausgesprochen erfreuliche Rücklaufquote (engl. response rate = RR) von 59% bei insgesamt 831 Teilnehmern, wodurch die Validität bzw. die Aussagekraft der erzielten Ergebnisse relativ hoch ist und der Effekt der Verzerrungen zugleich abgemildert wird. Diese Quote ist im internationalen Vergleich beachtlich, nahezu keine andere Studie zum Thema Aggression gegen Ärzte hat eine derart hohe Stichprobenausschöpfung und Teilnehmerzahl zu verzeichnen. Vergleichbare Werte lieferten beispielsweise eine australische Studie (Magin et al. 2005) mit 528 Teilnehmern bei einer RR von 49% und eine englische Studie (Elston et al. 2002) mit 697 Teilnehmern und einer RR von 62%. Deutlich höhere RR-Raten wurden nur bei kleineren regionalen Settings, wie zum Beispiel bei einer Studie aus Israel (Carmi-Iluz et al. 2005), erreicht (RR-Rate: 89%, Teilnehmerzahl: 177).

Probleme bei der Auswertung

Im Folgenden werden Probleme bei der Auswertung der Fragebögen und möglicherweise missverständliche Fragen behandelt. Wichtig ist hier zu erwähnen, dass die Antworten der Teilnehmer im Allgemeinen sehr konsistent waren. Der Anteil der unplausiblen Angaben und der im weitesten Sinne problematischen Fragebögen bewegte sich im niedrigen Prozentbereich, was sicherlich als Stärke der vorliegenden Untersuchung zu werten ist. Diese Tatsache ist wohl zum einen der ausgiebigen konzeptionellen Arbeit am Fragebogen geschuldet, zum anderen auch ein Ergebnis der Vortestung an einer Stichprobe von 30 Allgemeinmedizinern, in deren Folge noch kleine Änderungen vorgenommen wurden, wie zum Beispiel eine Vergrößerung des Feldes für die Schilderung des Freitextes. Dennoch gab es auch einige Auffälligkeiten bei der Auswertung:

Beim schwerwiegendsten Vorfall wurden 11 Fälle identifiziert, bei denen der Arzt nur indirekt betroffen war und viel mehr das Praxispersonal direkt Opfer von Aggression und Gewalt wurde. Zudem wurden auch einige wenige Fälle ($n = 4$) von aggressivem Verhalten aus dem Krankenhaus und dem Notarzdienst berichtet. Die beschriebenen Fälle wurden von der Wertung ausgeschlossen. Mögliche Erklärungen sind hier, dass die erläuternden Überschriften bei den einzelnen Frageblöcken unsauber formuliert

waren oder nicht sauber gelesen wurden. So wurde beispielsweise bei der Häufigkeitserhebung der einzelnen aggressiven Verhaltensweisen in der Praxis und außerhalb erklärt: „Bitte kreuzen Sie an, welche Formen (...) Sie (...) erlebt haben.“ Man könnte denken, dass hier auch Aggressionen gegen das Personal gemeint sind, die der Arzt in der Praxis zwar mitbekommen hat, bei denen er aber nicht direkt betroffen war. Dem ist entgegenzuhalten, dass auf den Anschreiben schon eindeutig zum Ausdruck kam, dass es bei der Befragung um Gewalt *gegen Ärzte* ging. Möglicherweise ist das eine Schwäche des Fragebogens, da es selbstverständlich nicht auszuschließen ist, dass es weitere derartige Fälle gab, bei denen Ärzte auch über aggressives Verhalten gegenüber dem Personal berichteten oder Fälle außerhalb des hausärztlichen Settings schilderten. Diese Fälle konnten nämlich nur dann aus der Wertung genommen werden, wenn aus dem Freitext eindeutig hervorging, dass die Ärzte nur indirekt betroffen waren. Bei den Tabellen zum Ankreuzen der verschiedenen Aggressionsformen konnten etwaige Missverständnisse dementsprechend nicht identifiziert werden und könnten zu einer Überschätzung der Häufigkeit von Aggression gegen Ärzte führen.

Weiterhin wurden Fälle registriert, bei denen in einem Fragebogen auffälliger Weise genau die gleichen Aggressionsformen in der Praxis und außerhalb angegeben wurden. Ein Beispiel soll diese Problematik veranschaulichen und eine mögliche Erklärung liefern: Ein Teilnehmer hatte z. B. Waffengewalt in der *Praxis während des Bereitschaftsdienstes* erlebt und trug es dann gleich bei der ersten Tabelle dazu im Fragebogen ein, in der es allerdings um aggressives Verhalten in den *Praxisräumen* ging. Danach machte er bei der zweiten Tabelle dazu (Frage 3: Aggressives Verhalten bei Haus-, Heimbisuchen und im Bereitschaftsdienst) ein weiteres Kreuz bei Waffengewalt in der Bereitschaftspraxis und machte seine Angabe in der ersten Tabelle nicht rückgängig. Sicherlich ist denkbar, dass es einzelne Teilnehmer gab, die genau die gleichen aggressiven Verhaltensweisen in der Praxis und außerhalb erlebten. Evident wurde dieses Problem jedoch dadurch, dass ein Teilnehmer nachträglich die „ja“-Antworten bei der ersten Tabelle durchgestrichen hatte und damit zeigte, dass er im ersten Moment nicht genau genug gelesen hatte. Da es auch hier nicht auszuschließen ist, dass es noch mehr solcher Fälle gab, ist es möglich, dass die Prävalenz von Aggression durch doppelte Eingaben überschätzt wurde.

Methodik der Befragung: Auswahl der Stichprobe und Gewährleistung der Anonymität

Bei der Auswahl der teilnehmenden Ärzte war es nicht möglich, in der Adressdatei zusätzlich zu den Fachärzten für Allgemeinmedizin und den Praktischen Ärzten auch die hausärztlich tätigen Internisten mit in die Datenbank zu integrieren. Somit konnte auch nicht auf mögliche Unterschiede zwischen Internisten und Allgemeinärzten geschlossen werden. Dies stellt eine Limitation der vorliegenden Studie dar, denn der Anteil an hausärztlich tätigen Internisten an allen Allgemeinärzten beläuft sich auf ca. 23% (Kopetsch 2010a).

Zuletzt stellt sich die Frage, ob die gewählte Methode der Befragung mittels nummerierter Fragebögen gerechtfertigt war. Einzelne Ärzte haben nämlich nach der ersten Versendungswelle nachgefragt, wie die Anonymität gewährleistet wird, wenn die Bögen nummeriert sind und wie Ihnen bei einer anonymen Befragung die Ergebnisse mitgeteilt werden können, falls Sie dies wünschen. Schon auf dem Anschreiben der ersten Welle wurde auf der Rückseite darauf verwiesen, dass die Identifikationsnummern auf den Bögen ausschließlich dazu dienen, den Ärzten, die nicht beim ersten Mal antworteten, ein bis maximal zwei Erinnerungsschreiben zukommen zu lassen und beim Posteingang zu registrieren, wer geantwortet hat und wer einen Bericht mit den Ergebnissen der Befragung erhalten möchte. Es wurde betont, dass die Ecke mit der Nummer gleich nach der Registrierung abgeschnitten und verworfen werde und somit bei der späteren Auswertung eine Zuordnung der erhaltenen Antworten zu einzelnen Ärzten nicht möglich sei. Auf dem Anschreiben der zweiten Welle wurde diese Erklärung noch einmal fett gedruckt hervorgehoben. Inwiefern die gewählte Befragungsmethode angeschriebene Ärzte abhielt, wegen Bedenken einer nicht ausreichenden Anonymität an der Studie teilzunehmen, bleibt unklar. Die Hinweise und Erklärungen auf den Anschreiben dazu sollten aber für eine befriedigende Sicherheit der Ärzte bezüglich der Anonymität gesorgt haben.

4.3 Interpretation

Datenlage in Deutschland und Literatur im deutschsprachigen Raum

Die vorliegende Befragung nimmt eine Vorreiterrolle für Deutschland ein: Es gab bisher keine bundesweite Studie zum Themenkomplex Aggression und Gewalt gegen Ärzte, während sich zwei regional begrenzte deutsche Studien mit aggressiven Verhaltensweisen gegen nicht-ärztliches medizinisches Personal beschäftigen. Eine Erhebung aus dem Jahr 2012 beleuchtet - wie in der Einleitung beschrieben - den Rettungsdienstsektor (Teilnehmerzahl $n = 858$) in Nordrhein-Westfalen (NRW) (Schmidt 2012). In einer weiteren deutschen Studie (Franz et al. 2010) geht es um Aggressionen gegen Mitarbeiter und Krankenpfleger in verschiedenen Einrichtungen (psychiatrische

Kliniken, Behinderteneinrichtungen und Pflegeheime) in NRW; die Aussagekraft dieser Studie ist allerdings insbesondere aufgrund der geringen Teilnehmerzahl (n = 123) beschränkt.

Bei der Literatursuche für den deutschsprachigen Raum fällt auf, dass es eine Fülle von Studien und Veröffentlichungen zum Thema Kommunikation und Umgang mit (schwierigen) Patienten gibt und hier sogar schon konkrete Maßnahmen getroffen wurden: In der Schweiz gibt es seit über 10 Jahren berufsbegleitende zwei- bis dreijährige Lehrgänge, wo es intensiv um den Erwerb von theoretischen und praktischen Fähigkeiten in psychosozialer und psychosomatischer Medizin geht (Adler 2012); in Deutschland ist das Trainieren des ärztlichen Gesprächs bereits in das universitäre Curriculum eingebunden (Simmenroth-Nayda et al. 2007) und in der medizinischen Literatur finden sich Werke, die sich ausschließlich mit ärztlicher Kommunikation beschäftigen (Schweickhardt und Fritzsche 2007); in einem allgemeinmedizinischen Standardwerk (Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin) ist dem Thema Kommunikation bzw. Umgang mit ausländischen Patienten ein ganzes Kapitel gewidmet (Kochen 2012). Zum Thema Aggression gegen Ärzte findet sich in Deutschland überraschenderweise bis jetzt jedoch kaum Literatur (und damit natürlich auch kaum konkrete Maßnahmen) und das, obwohl der Umgang gerade mit schwierigen Patienten potentiell zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten führen kann (Vorderwülbecke 2013).

Vergleich mit anderen Studien

Grundsätzlich ist ein Vergleich mit internationalen Studien nur eingeschränkt möglich. Gründe hierfür liegen einerseits in den Studienmethoden (zum Teil geringe Teilnehmerzahlen und Rücklaufquoten; häufig keine landesweiten Stichproben; Inhomogenitäten bezüglich der Definitionen von Aggression/Gewalt und der untersuchten Merkmale), andererseits sind die Arbeitsbedingungen der Ärzte und das Gesundheitssystem, aber auch die Kulturen und Lebensweisen der Patienten nicht ohne Weiteres mit der Situation in Deutschland zu vergleichen. Abgesehen von den genannten Einschränkungen erscheinen einige Studien bezüglich der Häufigkeit des Auftretens von Aggressionen trotzdem gut vergleichbar zu sein: Eine nationale kanadische Studie aus dem Jahr 2010 (Miedema et al. 2010b) lieferte, verglichen mit den deutschen Zahlen aus der vorliegenden Befragung, ähnliche Ergebnisse, wobei hier 98% der befragten Ärzte irgendwann leichte, 75% mittelschwere und 39% schwerwiegende Aggressionen erlebten (deutsche Zahlen: leichte Aggressionen 79%, mittelschwere 81%, schwere 23%). Ein möglicher Grund für die eher höheren Prävalenzen im Vergleich zur vorliegenden Studie ist, dass die kanadische Studie nur

eine Rücklaufquote von 20% erreichte, was möglicherweise zu einer Verzerrung im Sinne eines überschätzten Effekts insbesondere bei schweren Vorkommnissen geführt hat. Jedoch ist auch die Häufigkeit an schwerer Aggression in der vorliegenden Befragung besorgniserregend: Den Ergebnissen zufolge hat jeder 9. teilnehmende Arzt (11%) im letzten Jahr vor der Befragung schwere Aggression erlebt. Annähernd vergleichbar erscheint hier die Bochumer Studie zum Thema Gewalt gegen Rettungskräfte, in der 27% aller Befragten in den letzten 12 Monaten strafrechtlich relevante Delikte erlebt hatten (Schmidt 2012). Hier müssen interpretierende Vergleiche jedoch zurückhaltend betrachtet werden, da das Tätigkeitsfeld von Rettungskräften bis auf die Situation im Bereitschaftsdienst nur schwer mit dem von niedergelassenen Allgemeinärzten vergleichbar ist.

83% aller Allgemeinärzte erlebten laut einer in der Türkei durchgeführten Befragung (Aydin et al. 2009) mindestens eine Form von Aggression in ihrer Karriere (Deutschland: 92%). Zahlen aus einer regionalen Studie in England (Hobbs 1991) zeigen, dass 63% aller Befragten in den vorangegangenen 12 Monaten von Aggressionen betroffen waren (Deutschland: 73%). Die Häufigkeit von leichten Formen von Aggressionen (Beleidigungen) belief sich bei einer Erhebung in Israel (Carmi-Iluz et al. 2005) auf 56% (keine nationale Studie; neben niedergelassenen wurden auch Krankenhausärzte befragt), während eine nationale Befragung aus Australien (Forrest et al. 2011) auf einen Wert von 58% im gleichen Zeitraum kam (Deutschland: 54%).

Im internationalen Bereich gibt es darüber hinaus weitere Studien und Veröffentlichungen zum Thema Aggression gegen Ärzte sowie auch gegen das nicht-ärztliche medizinische Personal. Befragungen von landesweiten Stichproben zum Thema Aggression gegen Allgemeinärzte gibt es neben Australien und Kanada (s. o.) auch aus Bulgarien (Dimitrova et al. 2011). Häufig wurden kleinere regionale Stichproben untersucht, wie z. B. in Australien (Tolhurst et al. 1999, Tolhurst et al. 2003a, Koritsas et al. 2007, Magin et al. 2008a), in England (Ness et al. 2000, Elston et al. 2002), in Irland (O'Connell und Bury 1997), in Japan (Saeki et al. 2011) und in Spanien (Moreno Jimenez et al. 2005). Weitere Schwerpunkte in der internationalen Literatur sind Aggressionen gegen Ärzte im Krankenhaus (Al-Sahlawi et al. 1999, Zahid et al. 1999) und aggressives Verhalten gegenüber dem nicht-ärztlichen medizinischen Personal (Alexander und Fraser 2004, Dixon et al. 2004, Bayman und Hussain 2007, Ildiz et al. 2008, Magin et al. 2009, El-Gilany et al. 2010, Herath et al. 2011, Magin et al. 2011, Magnavita und Heponiemi 2012, Joa und Morken 2012, Kitaneh und Hamdan 2012). In den genannten Studien erfolgt zum Teil zusätzlich die Erhebung der Häufigkeit von Aggressionen gegenüber Allgemeinärzten. Zudem gibt es zwei Übersichtsarbeiten, und zwar zur

Datenlage in Australien (Forrest et al. 2010) und im Vereinigten Königreich (Wright et al. 2003). Des Weiteren gibt es eine Reihe von qualitativen Veröffentlichungen, z. B. strukturierte Interviews von Ärzten, die über Erfahrungen, Gründe und Umgang mit Aggressionen befragt werden (Naish et al. 2002, Magin et al. 2006, Magin et al. 2008b, Magin et al. 2008c, Miedema et al. 2009, Ceramidas und Parker 2010) sowie Analysen zu Gründen von Aggressionen und Maßnahmen (Sibbald 1998, Garcia-Calvo et al. 2010).

Geschlechtsproblematik

Die vorliegende Studie und alle in dieser Arbeit zitierten Studien, die die Häufigkeit von sexueller Belästigung untersucht haben, zeigen, dass Ärztinnen davon viel häufiger betroffen sind als ihre männlichen Kollegen. In einer qualitativen Analyse hierzu (Schneider und Phillips 1997) wird vor allem die enge Arzt-Patient-Beziehung im allgemeinmedizinischen Setting als prädisponierend für das häufige Vorkommen von sexueller Belästigung eingeschätzt. Abgesehen von sexueller Belästigung waren Frauen und Männer in der vorliegenden Befragung annähernd gleich häufig von Aggressionen und Gewalt betroffen, was sich unter anderem mit den Ergebnissen einer australischen Studie (Tolhurst et al. 2003a) deckt.

Des Weiteren fiel auf, dass sich die Frauen sowohl in der Praxis als auch außerhalb deutlich unsicherer fühlten als ihre männlichen Kollegen. Bei einer immer größer werdenden Tendenz zu weiblichem Nachwuchs in der Medizin gilt es dementsprechend, gerade auch die Ärztinnen zu schützen und sie auf dieses Problem vorzubereiten. Lag der Anteil der Ärztinnen an allen berufstätigen Ärztinnen und Ärzten 1991 noch bei circa einem Drittel, hat er bis Ende 2009 42% erreicht. Gerade auch im ambulanten Bereich stieg der Anteil der Ärztinnen in den letzten Jahren deutlich an (Kopetsch 2010b). Dieser Trend wird mit hoher Wahrscheinlichkeit noch zunehmen, da der Anteil der Frauen unter den Studienanfängern in der Humanmedizin 2009 bereits 63% betrug (Kopetsch 2010a), mittlerweile liegt er bei ca. 70% (Rapp-Engels 2013).

Internet

Ein besonderes Merkmal der durchgeführten Studie ist die Berücksichtigung des Phänomens „Rufschädigung, Verleumdung, falsche Aussagen auf Ärzteportalen im Internet“. Diese Form der Aggression wurde bisher in keiner anderen vergleichbaren Studie zum Thema Gewalt gegen Ärzte untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass es sich hier um ein durchaus großes Problem in der deutschen Ärzteschaft handelt, denn fast die Hälfte aller Befragten (48%) erlebten bereits Rufschädigung im Internet (31% in den letzten 12 Monaten). Laut einer Analyse werden Arztbewertungsportale vermutlich

in Zukunft eine immer bedeutendere Rolle einnehmen (Strech 2010). Diese Portale können sicherlich im optimalen Fall positive Auswirkungen für Patienten haben, indem sie sich gezielter über das Angebot an Ärzten informieren und so ihre Gesundheitskompetenz steigern können - unter der Voraussetzung, dass diese Portale nicht missbraucht werden und keine Fehlinformationen enthalten. Für die bewerteten Ärzte hingegen können falsche Behauptungen und Verleumdungen gegebenenfalls beträchtliche Konsequenzen haben und einer schweren Diffamierung gleichkommen. In Einzelfällen hat das schwere psychische Folgen für die Ärzte. Das Thema Verleumdung kann dazu führen, ganze Praxen und damit Existenzen zu ruinieren (Eversmann 2009).

Gibt es ein „Täterprofil“?

Die Frage nach einem „typischen“ Täter ist prinzipiell schwer zu beantworten und auch gefährlich, da nahegelegt wird, dass der Täter immer bestimmte stereotype Merkmale aufweist. In der vorliegenden Befragung waren die Täter jedoch sehr verschieden (s. 3.5.1 und 3.5.2), es gibt hier kein typisches Täterprofil.

Bei der Betrachtung aller Aggressionseignisse waren die Täter grundsätzlich in der Mehrzahl der Fälle männliche Patienten, bei denen Faktoren wie Alkohol, Drogen, psychische Erkrankung oder eine Kombination davon vorlagen. Bei der Unterscheidung nach schwerer und leichter Aggression fiel auf, dass die Täter bei schweren Vorfällen eher jünger waren und dabei etwas häufiger einen Migrationshintergrund hatten. Dass Männer als Täter offensichtlich überrepräsentiert sind, war bereits bekannt (Elston et al. 2002). Diese Tatsache ist also weitgehend unumstritten, während dies beim Merkmal Migrationshintergrund nicht behauptet werden kann, denn der Unterschied bezüglich dieses Merkmals kann in der vorliegenden Studie auch zufällig wegen des multiplen Testens zustande gekommen sein. Zudem wurden im Fragebogen keine klaren Kriterien festgelegt, wann beim Täter ein Migrationshintergrund vorliegt und wann nicht, so dass eine Zuordnung zu diesem Merkmal durch die Befragten als unscharf und subjektiv betrachtet werden muss.

Risikofaktoren/Auslöser für Aggressionen und mögliche Arztmerkmale, die die Wahrscheinlichkeit beeinflussen, Opfer zu werden

Es gibt mehrere Studien, die gewisse Auslöser für das Auftreten von Aggressionen postulieren. Neben den in der vorliegenden Studie abgefragten bewusstseinsverändernden Faktoren Alkohol, Drogen und psychische Erkrankungen werden immer wieder ähnliche Faktoren genannt. Darunter finden sich meist lange Wartezeiten, Unzufriedenheit mit der Behandlung, Uneinigkeit bzw. Meinungsverschiedenheiten mit dem Arzt und Ablehnung eines Patientenwunsches (Verschreibung von Medikamenten

oder Atteste) (Carmi-Iluz et al. 2005). Eine Studie aus England streicht vor allem das Thema Angst heraus (Hobbs 1991), während kanadische und spanische Forscher unter anderem die vielfältigen Forderungen von Patienten (Bescheide für Versicherungen, Krankschreibungen, Medikamentenverschreibungen, diagnostische Tests) als wichtige Auslöser für Gewalt ansehen (Miedema et al. 2009, Garcia-Calvo et al. 2010). Neben Alkohol, Drogen und Persönlichkeitsmerkmalen von Tätern spielen offenbar auch situative Komponenten eine nicht unerhebliche Rolle: So kann es bei erregten oder bewusstseinsveränderten Patienten durch die Starrheit des Arztes und eine unzureichende Erklärung dessen, was mit dem Patient passiert, schnell zu einer Eskalation des Gesprächs mit der Zuspitzung der Situation bis hin zur Gewalttat kommen (Mäulen 2000). Ein anderer deutscher Autor (Blech 2001) diskutierte weitere mögliche Auslöser von aggressiven Verhaltensweisen, darunter zum Beispiel einen Verlust an Ansehen gegenüber der Autoritätsfigur Arzt und eine zunehmende Gewaltbereitschaft der Gesellschaft. Zudem wird ein Gesinnungswandel bei Patienten und deren Verwandten beschrieben: Früher wurden Krankheiten eher als Fügung des Schicksals hingenommen, heute werden immer mehr die Ärzte verantwortlich gemacht. Trotz all dieser Vermutungen sind die Gründe für aggressives Verhalten seitens der Patienten gegenüber den Ärzten gegenwärtig noch immer weitgehend unbekannt - gerade auch bezüglich der Situation in Deutschland.

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob es Arztmerkmale gibt, die aufklären können, welche Ärzte gefährdet sind, ein schwerwiegendes Aggressionsereignis zu erleben. Untersucht wurden die Merkmale Geschlecht, Alter, Migrationshintergrund, Praxislage, Praxisform und Patientenlientel. Nur für das Merkmal „eher finanziell schwache Patientenlientel“ ergab sich ein statistisch signifikanter Zusammenhang, was sich mit Beobachtungen aus Japan (Saeki et al. 2011) und Australien (Magin et al. 2005) deckt. Dieser Zusammenhang muss allerdings aufgrund des multiplen Testens mit Zurückhaltung betrachtet werden. Magin et al. fanden zusätzlich heraus, dass ein hoher Anteil von Patienten mit Drogenproblemen und die Durchführung von Hausbesuchen die Wahrscheinlichkeit für ein schweres Aggressionsereignis erhöht.

Schauplätze und Sicherheitsgefühl

Schon 1999 fanden Tolhurst et al. heraus, dass Gewalt nicht nur hauptsächlich im Bereitschaftsdienst, sondern überraschenderweise auch relativ häufig zu normalen Praxiszeiten passiert (Tolhurst et al. 1999). Diese Erkenntnis konnte bestätigt werden: In der Praxis erlebten in ihrer Karriere bereits 85% aller Befragten mindestens eine Form der Aggression, während die entsprechenden Prozentwerte für den Bereitschaftsdienst bei 39% (Hausbesuch) und 30% (Praxis) lagen. Ein Grund für diese Unterschiede ist

sicherlich, dass die Ärzte generell bedeutend mehr Zeit in ihrer normalen Praxis verbringen als außerhalb. Jedoch stehen diese Ergebnisse im Widerspruch zu den Angaben der Ärzte beim allgemeinen Sicherheitsgefühl; dieses ist nämlich in der Praxis (und beim Heimb Besuch) deutlich höher als im Bereitschaftsdienst und bei Hausbesuchen. Die Ärzte finden die Situationen außerhalb der normalen Praxis offensichtlich bedrohlicher, da sie dann oft weniger Unterstützung durch beispielsweise das anwesende Praxispersonal oder andere Patienten haben (Tolhurst et al. 1999, Joa und Morken 2012). Ähnlich ist ein Ergebnis aus dieser Studie zu interpretieren: Ärzte, die in einer Einzelpraxis tätig waren, hatten in den Praxisräumen ein etwas geringeres Sicherheitsgefühl als diejenigen, die in einer Gemeinschaftspraxis oder einem MVZ tätig waren, was im Sinne einer geringeren Unterstützung durchaus nachvollziehbar ist.

Weibliches Geschlecht und die Erfahrung eines schwerwiegenden Aggressionsereignisses in der Vergangenheit waren an allen Schauplätzen mit einem deutlich geringeren Sicherheitsgefühl assoziiert. Die Problematik der Ärztinnen und die sich daraus ergebenden Konsequenzen (Bewusstmachung des Problems, besserer Schutz) wurden bereits weiter oben diskutiert; verständlich ist auch ein höheres Angstniveau bei Ärzten, die bereits einen schweren Vorfall erlebt hatten. Darüber hinaus gab es in der vorliegenden Studie keine erfassten Arztmerkmale, die das Sicherheitsgefühl beeinflussten.

In der Literatur finden sich bezüglich des Sicherheitsgefühls kaum Vergleichspunkte. In einer kanadischen qualitativen Untersuchung (Miedema et al. 2009) wurde herausgefunden, dass tendenziell junge Ärztinnen, die auf dem Land arbeiten, am gefährdetsten sind, Aggressionen zu erfahren. Bezogen auf die Frage nach dem Sicherheitsgefühl in der vorliegenden Studie können die kanadischen Ergebnisse bezüglich der Merkmale weibliches Geschlecht (bei allen Schauplätzen) und niedrigeres Alter (bei Haus- und Heimb Besuch) bestätigt werden. Das Merkmal Großstadtlage (in den Praxisräumen und beim Hausbesuch im Bereitschaftsdienst) ging in der durchgeführten Studie jedoch eher mit einem geringeren Sicherheitsgefühl einher.

4.4 Schlussfolgerungen

4.4.1 Schlussfolgerungen für die Praxis

Bewusstmachung des Problems und Forderung nach Fortbildungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Aggressionen gegen Allgemeinärzte in Deutschland in nicht unerheblichem Ausmaß vorkommen. Es ist daher wichtig, dass die Ärzte sich bewusstmachen, dass aggressives und gewalttätiges Verhalten an den verschiedenen Schauplätzen stattfinden kann und einige unter ihnen regelmäßig verbal und gelegentlich körperlich angegangen werden. Sicherlich ist es nicht angebracht, aufgrund der Ergebnisse Panik in der Ärzteschaft zu verbreiten, denn schwerwiegende Vorkommnisse sind doch deutlich seltener als leichte und mittelschwere Ereignisse. Aber in den letzten 12 Monaten vor der Befragung wurde dennoch jeder 9. Teilnehmer (11%) Opfer von schwerer Aggression. Schwerere Vorfälle ereignen sich mit zunehmender Tendenz nachts am Wochenende auf Hausbesuchen, auch der Bereitschaftsdienst birgt relativ hohes aggressives Potential. Die meisten Vorfälle passieren freilich während der normalen Praxiszeit, wohl vor allem deswegen, weil die Ärzte dort die meiste Zeit verbringen.

Folglich wäre es wünschenswert, wenn das Thema Aggression ein fester Bestandteil in der Weiterbildung von Ärzten werden würde. Gerade bei Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung, die beispielsweise in der Allgemeinmedizin, der Psychiatrie oder in Notaufnahmen tätig sind (s. Einleitung), sollte ein Bewusstsein für diese Problematik geweckt werden.

Konkrete Maßnahmen

Was kann man in der täglichen Praxis machen, um sich so gut wie möglich auf Gewalt und Aggression von Patienten oder Angehörigen vorzubereiten? Gute Ansatzpunkte liefert hier eine qualitative Analyse aus England, die mittels Interviews von Ärzten Maßnahmen zum Umgang mit Aggressionen untersuchte (Naish et al. 2002): Hier wird betont, dass vor allem eine gute Zusammenarbeit des kompletten Praxisteam (Ärzte mit allen Mitarbeitern) wichtig sei, um im Falle eines Vorkommnisses eine gemeinsame Praxistaktik zu haben. Im Team sollten im Idealfall in gemeinsamen Seminaren mögliche Ansätze für Maßnahmen zur Verbesserung des Umgangs mit Aggressionen bzw. Gewalt zusammengetragen werden. Eine Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit aller Praxismitarbeiter sei zudem unerlässlich, um ein eventuell vorhandenes aggressives Potential bei Praxisbesuchern frühzeitig zu erkennen und womöglich schon an der Anmeldung zu entschärfen. Das Thema wird auch in der deutschen Rettungsdienststudie aufgegriffen (Schmidt 2012). So sei die Verbesserung der Weiterbildung in deeskalierender Kommunikation im Arzt-Patienten-Verhältnis ein bedeutendes Ziel. Durch Rollenspiele könnte man so die eigene Kommunikation und deren Wirkung auf Außenstehende besser einschätzen lernen. Wichtig sei vor allem die

Schaffung einer kooperativen und empathischen Atmosphäre im Gespräch, um von vorne herein ein mögliches aggressives Verhalten abzumildern. In anderen Ländern, wie z. B. Australien, wird dem Training einer deeskalierenden Kommunikation in der Prävention von Aggressionen ebenfalls eine hohe Bedeutung zugeschrieben (Benveniste et al. 2005). Trainingsprogramme zum Aggressionsmanagement werden schon erfolgreich unter anderem in psychiatrischen Kliniken eingesetzt. Die trainierten Mitarbeiter fühlen sich danach subjektiv eher in der Lage, aggressive Situationen bewältigen zu können (Richter 2005).

Magin et al. schlagen in einer Arbeit aus dem Jahr 2006 ein Stufenmodell mit erst-, zweit- und drittgradigen Strategien zum Umgang mit Gewalt vor: Erstgradige Strategien wären zum Beispiel die Einschränkung von Hausbesuchen und Bereitschaftsdiensten oder auch die Mitnahme einer Begleitperson bei einem Hausbesuch nachts in einer schwierigen Umgebung. Zweitgradige Strategien wären einerseits die Verbesserung der Kommunikation in der Arzt-Patient-Interaktion und andererseits ein sinnvoller Praxisaufbau, bei dem im Falle von Gewalt jederzeit Fluchtwege frei bleiben. Die drittgradigen Strategien (z. B. Selbstverteidigung und Alarmanlagen) kommen dann zur Anwendung, wenn unmittelbar Gefahr durch einen gewalttätigen Übergriff droht (Magin et al. 2006). Ähnliche Hinweise zu kommunikativen und deeskalierenden Methoden lieferten auch der deutsche Autor Eichhorn (Eichhorn 2009) und eine Arbeit der Unfallkasse Baden-Württemberg (Wesuls et al. 2003).

All diese Veröffentlichungen zeigen, dass es eine Fülle von Überlegungen und Maßnahmen gibt, wie man mit aggressiven Verhaltensweisen umgehen kann. Angesichts des durchaus häufigen Auftretens von Aggression ist es für alle Allgemeinärzte wichtig, sich der Relevanz dieses Problems im Alltag bewusst zu sein und die zwei wohl wichtigsten Basisstrategien zu verfolgen: einerseits gute kommunikative Fähigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung und andererseits eine funktionierende Praxisstruktur, in der alle Mitarbeiter auf das Problem Aggression und Gewalt eingestellt sind und adäquat reagieren können. Übertragen für den Bereitschaftsdienst würde eine funktionierende Struktur bedeuten, dass man in der Praxis so selten wie möglich alleine sein sollte und auch den Hausbesuch im Bereitschaftsdienst am besten immer zu zweit durchführen sollte (Wright et al. 2003).

4.4.2 Schlussfolgerungen für die Forschung

Die zentralen Fragen, die sich nach der schlichten Erhebung der Häufigkeit von Gewalt und Aggression aufdrängen, sind: Kann man Gewalt vorher absehen? Gibt es prädisponierende Situationen, die Gewalt auslösen? Die Untersuchung der

gewaltauslösenden Faktoren war kein zentraler Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Weitere Forschung ist auf jeden Fall nötig, um die im Raum stehenden Gründe (s. 4.3) zu erhärten und daraus evidenzbasierte präventive Strategien zu entwickeln (Forrest et al. 2010). In einem weiteren Projekt könnte man durch eine systematische Analyse der Freitexte beim schwerwiegendsten Vorfall ein tieferes Verständnis der Auslöse- und Umgebungsfaktoren der gewalttätigen Übergriffe bekommen. Eine Erforschung dieser Situationen über die Punkte Alkohol, Drogen und psychische Erkrankung hinaus, die in der vorliegenden Studie bereits als gewaltauslösend identifiziert wurden, wäre wünschenswert und ein erster Schritt zur Erarbeitung von möglichen präventiven Konzepten und Maßnahmen.

Sicherlich ist die Frage, warum es überhaupt zu Gewalt kommt, sehr interessant; aber auch die Folgen von aggressiven Übergriffen sind relevant. In der vorliegenden Studie erteilten betroffene Ärzte ihren Patienten nach einem Zwischenfall häufig ein Praxisverbot oder beendeten die Arzt-Patient-Beziehung, aber auch gravierende Konsequenzen (seelische und körperliche Schäden) kamen bei den Betroffenen vor. Angesprochen auf eine mögliche Verhaltensänderung nach einem Vorfall gaben viele Teilnehmer „erhöhte Vorsicht“ an, während auch einige ihre Dienstgewohnheiten veränderten und seitdem keine Bereitschaftsdienste mehr machen. In Australien zeigte sich jedenfalls die Einschränkung der Bereitschaftsdienste als relativ häufige Folge von Gewalt (Tolhurst et al. 2003b). Für die Überprüfung dieser Tendenzen ist weitere Forschung dringend nötig, da die vorliegende Erhebung dafür zu ungenau ist und nicht ausreicht.

Ein weiteres wichtiges Forschungsprojekt wäre auch die Erhebung der Häufigkeit von aggressiven Verhaltensweisen gegenüber dem Praxispersonal. Es ist bekannt, dass Aggression und Gewalt nicht nur ein Problem der einzelnen beteiligten Ärzte sind, sondern oftmals ein Problem, mit dem alle Mitarbeiter einer Praxis konfrontiert sind (Stefan 2013). Nicht selten wurden auch auf den Fragebögen von den Ärzten Vorfälle gegenüber den Praxismitarbeitern geschildert. Tendenziell scheint dies sogar häufiger vorzukommen als Gewalt gegen Ärzte (Alexander und Fraser 2004, Magin et al. 2008c, Forrest et al. 2010).

5 Zusammenfassung

Hintergrund: Die aktuelle internationale Studienlage zeigt, dass aggressives Verhalten gegenüber Ärztinnen und Ärzten, die in der primärärztlichen Versorgung tätig sind, offenbar häufiger vorkommt, als im Allgemeinen angenommen wird. Erhebungen, die diese Problematik in deutschen Hausarztpraxen untersuchen, existieren bisher nicht.

Studienfrage: Die vorliegende Studie untersucht die Häufigkeit und Ausprägung aggressiven Verhaltens gegenüber Allgemeinärzten und praktischen Ärzten in Deutschland.

Methoden: Ein systematisch entwickelter vierseitiger Fragebogen wurde an eine bundesweite Zufallsstichprobe von 1500 Allgemeinmedizinern und praktischen Ärzten versendet. Er umfasste unter anderem Fragen zur Häufigkeit, Art, Schwere und Ort des erlebten aggressiven Verhaltens.

Ergebnisse: Insgesamt konnten 831 von 1408 (59%) korrekt ausgelieferten Fragebögen ausgewertet werden. 92% (n = 307) der weiblichen und 91% (n = 453) der männlichen Ärzte gaben an, während ihrer hausärztlichen Karriere mindestens eine Form der Aggression erlebt zu haben ($p = 0,61$). Die entsprechenden Zahlen für den Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Befragung lagen bei 74% (n = 247) und bei 72% (n = 358) ($p = 0,48$). Schwerwiegenden Vorkommnissen sahen sich im Verlauf ihrer Hausarztstätigkeit 23% (n = 187) und in den letzten 12 Monaten 11% (n = 87) aller befragten Ärzte ausgesetzt. Es zeigten sich hier keine signifikanten Geschlechtsunterschiede. Dagegen konnten deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich des allgemeinen Sicherheitsgefühls und der Häufigkeit von sexuellen Belästigungen nachgewiesen werden. Ärztinnen hatten im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen ein deutlich geringeres Sicherheitsgefühl und sahen sich häufiger sexuellen Belästigungen ausgesetzt.

In der Praxis kam aggressives Verhalten jemals in der Karriere absolut gesehen am häufigsten vor (85%). Im Vergleich dazu ereigneten sich aggressive Vorfälle an den Schauplätzen außerhalb der Praxis seltener, und zwar in folgender absteigender Reihenfolge: Bereitschaftsdienst (Hausbesuch) 39%, Hausbesuch 33%, Bereitschaftsdienst (Praxis) 30% und Heimbefuch 23%. Die Befragten fühlten sich in den Praxisräumen und beim Heimbefuch am sichersten, beim Hausbesuch etwas weniger sicher; am geringsten war das Sicherheitsgefühl im Bereitschaftsdienst. Die größte Zahl an schwerwiegenden Vorfällen passierte in der Praxis während der normalen Sprechstunde. In der Mehrzahl der Fälle waren die Täter männliche Patienten, bei denen Faktoren wie Alkohol, Drogen, psychische Erkrankung oder eine Kombination davon vorlagen. Schwere Vorfälle passierten verglichen mit leichteren Vorfällen mit

zunehmender Tendenz nachts beim Hausbesuch, der Täter war im Mittel jünger und hatte dabei eher einen Migrationshintergrund.

Schlussfolgerung: Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte kommen auch in Deutschland in nicht unbeträchtlichem Ausmaß vor und besitzen eine Relevanz für die allgemeinmedizinische Praxis. Die Erzeugung eines Problembewusstseins in der Ärzteschaft ist wünschenswert. Wichtige Maßnahmen sind die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit in der Arzt-Patient-Beziehung und die Optimierung der Praxisstruktur. Eine weiterführende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit diesem Thema ist erstrebenswert, um prädisponierende, gewaltauslösende Faktoren zu erforschen und Konzepte für den Umgang mit diesem Problem zu entwickeln.

6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische und Praxismerkmale. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente), Mittelwerte und Standardabweichungen oder Mediane, Minima und Maxima.....	12
Tabelle 2: Allgemeines Sicherheitsgefühl in der Praxis, auf Haus-, Heimb Besuch und im Bereitschaftsdienst. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).....	14
Tabelle 3: Häufigkeit jeglicher Aggression unabhängig vom Ort jemals und in den letzten 12 Monaten. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe)	16
Tabelle 4: Häufigkeit von leichten, mittelschweren und schwerwiegenden Aggressionsformen unabhängig vom Ort jemals und in den letzten 12 Monaten. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe).....	17
Tabelle 5: Jemals erlebte Aggressionen nach Ort. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe) oder Mediane, Minima und Maxima.....	19
Tabelle 6: In den letzten 12 Monaten erlebte Aggressionen nach Ort. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe) oder Mediane, Minima und Maxima	20
Tabelle 7: Jemals erlebte schwerwiegende Vorkommnisse nach Ort. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe) oder Mediane, Minima und Maxima	21
Tabelle 8: In den letzten 12 Monaten erlebte schwerwiegende Vorkommnisse nach Ort. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente; 95%-Konfidenzintervalle für die Gesamtgruppe) oder Mediane, Minima und Maxima.....	22
Tabelle 9: Aggressives Verhalten in den Praxisräumen. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima	24
Tabelle 10: Aggressives Verhalten auf Hausbesuch. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima	26
Tabelle 11: Aggressives Verhalten auf Heimb Besuch. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima	28
Tabelle 12: Aggressives Verhalten im Bereitschaftsdienst Praxis. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima.....	30
Tabelle 13: Aggressives Verhalten im Bereitschaftsdienst Hausbesuch. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima	32
Tabelle 14: Andere Formen von Aggression. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mediane, Minima und Maxima.....	33

Tabelle 15: Schilderung des schwerwiegendsten Vorfalls im Freitext. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).....	34
Tabelle 16: Merkmale (Schwere, Angstniveau, Ort und Zeit) des schwerwiegendsten Vorfalls nach Geschlecht. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).....	35
Tabelle 17: Merkmale des Täters beim schwerwiegendsten Vorfall nach Geschlecht. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mittelwerte und Standardabweichungen.	37
Tabelle 18: Folgen des schwerwiegendsten Vorfalls nach Geschlecht. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).	38
Tabelle 19: Merkmale (Genauere Schilderung, Angstniveau, Ort und Zeit) des schwerwiegendsten Vorfalls nach Schweregrad. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).	39
Tabelle 20: Merkmale des Täters beim schwerwiegendsten Vorfall nach Schweregrad. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente) oder Mittelwerte und Standardabweichungen.	40
Tabelle 21: Folgen des schwerwiegendsten Vorfalls nach Schweregrad. Angegeben sind absolute Häufigkeiten (Prozente).	41
Tabelle 22: P-Werte für die einzelnen Arztmerkmale aus den multivariaten ordinalen Regressionsanalysen zu Zusammenhängen zwischen Arztmerkmalen und dem Sicherheitsgefühl an den fünf Schauplätzen	49
Tabelle 23: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl in der Praxis (Nagelkerke $r^2 = 0,09$)	49
Tabelle 24: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl beim regulären Hausbesuch (Nagelkerke $r^2 = 0,10$)	49
Tabelle 25: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl beim Heimb Besuch (Nagelkerke $r^2 = 0,05$)	50
Tabelle 26: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl während des Bereitschaftsdienstes in der Praxis (Nagelkerke $r^2 = 0,10$).....	50
Tabelle 27: Ordinale Regression zu Einflussfaktoren auf das Sicherheitsgefühl beim Hausbesuch während des Bereitschaftsdienstes (Nagelkerke $r^2 = 0,20$).....	50
Tabelle 28: Multivariate logistische Regression zu Assoziation von Arztmerkmalen und Bericht mindestens einer schwerwiegenden Form von Aggression ($r^2 = 0,02$)	51

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Stichprobenausschöpfung.....	10
Abbildung 2: Vergleich des allgemeinen Sicherheitsgefühls in der Praxis, auf Haus-, Heimbesuch und im Bereitschaftsdienst. Angegeben sind jeweils die Prozentwerte...	15
Abbildung 3: Häufigkeit jeglicher Aggression jemals und in den letzten 12 Monaten. Angegeben sind jeweils die Prozentwerte.....	16
Abbildung 4: Häufigkeit von leichten, mittelschweren und schwerwiegenden Vorkommnissen jemals und in den letzten 12 Monaten. Angegeben sind jeweils die Prozentwerte.	18
Abbildung 5: Geschlecht des Täters beim schwerwiegendsten Vorfall. Angegeben sind die Prozentwerte	36

8 Literaturverzeichnis

Adler, R. (2012). Der Patient verlangt Untersuchungen! Wie soll sich der Arzt verhalten? Verfügbar unter <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2012/2012-07/2012-07-053.PDF>, Stand 07.06.2016.

Al-Sahlawi, K. S., Zahid, M. A., Shahid, A. A., Hatim, M. und Al-Bader, M. (1999). Violence against doctors: A study of violence against doctors in accident and emergency departments. *Eur. J. Emerg. Med.*, 6, 301-304.

Alexander, C. und Fraser, J. (2004). Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *J. Healthc. Manag.*, 49, 377-390.

Aydin, B., Kartal, M., Midik, O. und Buyukakkus, A. (2009). Violence against general practitioners in Turkey. *J. Interpers. Violence*, 24, 1980-1995.

Bayman, P. A. und Hussain, T. (2007). Receptionists' perceptions of violence in general practice. *Occup. Med. (Lond.)*, 57, 492-498.

Benveniste, K. A., Hibbert, P. D. und Runciman, W. B. (2005). Violence in health care: the contribution of the Australian Patient Safety Foundation to incident monitoring and analysis. *Med. J. Aust.*, 183, 348-351.

Blech, J. (2001). Ärzte - Mit Hammer in die Sprechstunde. *Der Spiegel*, (5), 192-193.

Carmi-Iluz, T., Peleg, R., Freud, T. und Shvartzman, P. (2005). Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/54>, Stand 07.06.2016.

Ceramidas, D. M. und Parker, R. (2010). A response to patient-initiated aggression in general practice: Australian professional medical organisations face a challenge. *Aust. J. Prim. Health*, 16, 252-259.

Dimitrova, D. D., Kyrov, L. K. und Ivanova, N. G. (2011). Violence towards doctors in Bulgaria - pilot results on general practitioners views. *Folia Med. (Plovdiv)*, 53, 66-73.

Dixon, C. A., Tompkins, C. N., Allgar, V. L. und Wright, N. M. (2004). Abusive behaviour experienced by primary care receptionists: a cross-sectional survey. *Fam. Pract.*, 21, 137-139.

Edwards, P. J., Roberts, I., Clarke, M. J., Diguseppi, C., Wentz, R., Kwan, I., Cooper, R., Felix, L. M. und Pratap, S. (2009). Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst. Rev.*, (3), MR000008.

Eichhorn, M. (2009). Gewaltprävention in der Arztpraxis: Der richtige Umgang mit schwierigen und gefährlichen Patienten. *Deutscher Ärzte-Verlag*, Köln.

El-Gilany, A. H., El-Wehady, A. und Amr, M. (2010). Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J. Interpers. Violence*, 25, 716-734.

Elston, M. A., Gabe, J., Denney, D., Lee, R. und O'Beirne, M. (2002). Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners. *Sociol. Health Illn.*, 24, 575-598.

Eversmann, T. (2009). Mitteilungen des BDI: Arzt-Navigator: Massive Kritik an Ärztepranger im Internet wegen öffentlicher Bewertungsportale für Patienten. *Der Diabetologe*, 5, 391-394.

Forrest, L. E., Parker, R. M., Hegarty, K. und Tuschke, H. (2010). Patient initiated aggression and violence in Australian general practice. *Aust. Fam. Physician*, 39, 323-326.

Forrest, L. E., Herath, P. M., McRae, I. S. und Parker, R. M. (2011). A national survey of general practitioners' experiences of patient-initiated aggression in Australia. *Med. J. Aust.*, 194, 605-608.

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. und Nienhaus, A. (2010). Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/51/>, Stand 07.06.2016.

Garcia-Calvo, T., Guijarro, R. und Osuna, E. (2010). The phenomenon of physical aggression against health service personnel: different perspectives. *Med. Law*, 29, 307-315.

Herath, P., Forrest, L., McRae, I. und Parker, R. (2011). Patient initiated aggression - prevalence and impact for general practice staff. *Aust. Fam. Physician*, 40, 415-418.

Hobbs, F. D. (1991). Violence in general practice: a survey of general practitioners' views. *B.M.J.*, 302, 329-332.

Ildiz, A. N., Abadai, A., Balkan, S., Baisal, L., Bekhrem, N., Sakisi, N., Kaiia, M. und Nazmi, B. (2008). Violence as occupational hazard for primary medical care personnel. *Med. Tr. Prom. Ekol.*, (9), 31-34.

Joa, T. S. und Morken, T. (2012). Violence towards personnel in out-of-hours primary care: a cross-sectional study. *Scand. J. Prim. Health Care*, 30, 55-60.

Kitaneh, M. und Hamdan, M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/469>, Stand 07.06.2016.

Kochen, M. M. (2012). Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. *Georg Thieme Verlag*, Stuttgart.

Kopetsch, T. (2010a). Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur und Arztzahlentwicklung. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/download/files/2010/09/down148303.pdf>, Stand 07.06.2016.

Kopetsch, T. (2010b). Arztzahlentwicklung: Mehr Ärzte – und trotzdem geringe Arbeitslosenquote. *Dtsch. Arztebl.*, 107(16), 756-758.

Koritsas, S., Coles, J., Boyle, M. und Stanley, J. (2007). Prevalence and predictors of occupational violence and aggression towards GPs: a cross-sectional study. *Br. J. Gen. Pract.*, 57, 967-970.

Linde, K., Friedrichs, C., Alscher, A., Wagenpfeil, S., Meissner, K. und Schneider, A. (2014). The use of placebo and non-specific therapies and their relation to basic

professional attitudes and the use of complementary therapies among German physicians - a cross-sectional survey. *PLoS One*, 9, e92938.

Magin, P. J., Adams, J., Sibbritt, D. W., Joy, E. und Ireland, M. C. (2005). Experiences of occupational violence in Australian urban general practice: a cross-sectional study of GPs. *Med. J. Aust.*, 183, 352-356.

Magin, P. J., Adams, J., Ireland, M. C., Joy, E., Heaney, S. und Darab, S. (2006). The response of general practitioners to the threat of violence in their practices: results from a qualitative study. *Fam. Pract.*, 23, 273-278.

Magin, P. J., Adams, J., Sibbritt, D. W., Joy, E. und Ireland, M. C. (2008a). Effects of occupational violence on Australian general practitioners' provision of home visits and after-hours care: a cross-sectional study. *J. Eval. Clin. Pract.*, 14, 336-342.

Magin, P. J., Adams, J., Joy, E., Ireland, M. C., Heaney, S. und Darab, S. (2008b). General practitioners' assessment of risk of violence in their practice: results from a qualitative study. *J. Eval. Clin. Pract.*, 14, 385-390.

Magin, P. J., Adams, J., Joy, E., Ireland, M. C., Heaney, S. und Darab, S. (2008c). Violence in general practice: perceptions of cause and implications for safety. *Can. Fam. Physician*, 54, 1278-1284.

Magin, P. J., Joyce, T., Adams, J., Goode, S. M. und Cotter, G. L. (2009). Receptionists' experiences of occupational violence in general practice: a qualitative study. *Br. J. Gen. Pract.*, 59, 578-583.

Magin, P. J., May, J., McElduff, P., Goode, S. M., Adams, J. und Cotter, G. L. (2011). Occupational violence in general practice: a whole-of-practice problem. Results of a cross-sectional study. *Aust. Health Rev.*, 35, 75-80.

Magnavita, N. und Heponiemi, T. (2012). Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. Verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/108>, Stand 07.06.2016.

Mäulen, B. (2000). Jeder sechste Kollege verprügelt - Gewalt gegen Ärzte. *MMW Fortschr. Med.*, 142, 4-10.

Mäulen, B. (2013). Vorsicht Patient! Immer mehr schwere Gewaltdelikte gegen Ärzte. *MMW Fortschr. Med.*, 155, 14-20.

Miedema, B., Easley, J., Fortin, P., Hamilton, R. und Tatemichi, S. R. (2009). Disrespect, harassment, and abuse: all in a day's work for family physicians. *Can. Fam. Physician*, 55, 279-285.

Miedema, B., Hamilton, R., Tatemichi, S. R., Lambert-Lanning, A., Lemire, F., Manca, D. und Ramsden, V. R. (2010a). Monthly incidence rates of abusive encounters for canadian family physicians by patients and their families. *Int. J. Family Med.*, 2010, 387202.

Miedema, B., Hamilton, R., Lambert-Lanning, A., Tatemichi, S. R., Lemire, F., Manca, D. und Ramsden, V. R. (2010b). Prevalence of abusive encounters in the workplace of family physicians: a minor, major, or severe problem? *Can. Fam. Physician*, 56, 101-108.

Moreno Jimenez, M. A., Vico Ramirez, F., Zerolo Andrey, F. J., Lopez Rodriguez, A., Herrera Serenab, P. und Mateios Salidoc, M. J. (2005). Analysis of patients violence in primary care. *Aten. Primaria*, 36, 152-158.

Naish, J., Carter, Y. H., Gray, R. W., Stevens, T., Tissier, J. M. und Gantley, M. M. (2002). Brief encounters of aggression and violence in primary care: a team approach to coping strategies. *Fam. Pract.*, 19, 504-510.

Ness, G. J., House, A. und Ness, A. R. (2000). Aggression and violent behaviour in general practice: population based survey in the north of England. *B.M.J.*, 320, 1447-1448.

O'Connell, P. und Bury, G. (1997). Assaults against general practitioners in Ireland. *Fam. Med.*, 29, 340-343.

Püschel, K. und Cordes, O. (2001). Tödliche Bedrohung als Berufsrisiko. *Dtsch. Arztebl.*, 98, 153-157.

Rapp-Engels, R. (2013). Ärztin 2020: Die Zukunft der Medizin ist weiblich – Chance für die Allgemeine Innere Medizin? *Praxis (Bern 1994)*, 102, 349-351.

Richter, D. (2005). Effekte von Trainingsprogrammen zum Aggressionsmanagement in Gesundheitswesen und Behindertenhilfe: Systematische Literaturübersicht. Verfügbar unter http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/4_1_3d.pdf, Stand 07.06.2016.

Rowe, L. A., Morris-Donovan, B. und Watts, I. (2009) General practice - a safe place: tips and tools. Verfügbar unter <http://www.eisf.eu/resources/item/?d=2065>, Stand 07.06.2016.

Saeki, K., Okamoto, N., Tomioka, K., Obayashi, K., Nishioka, H., Ohara, K. und Kurumatani, N. (2011). Work-related aggression and violence committed by patients and its psychological influence on doctors. *J. Occup. Health*, 53, 356-364.

Schmidt, J. (2012) Gewalt gegen Rettungskräfte - Bestandsaufnahme zur Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen. Verfügbar unter http://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/PDF_2012/Gewalt_gegen_Rettungskraefte.pdf, Stand 07.06.2016.

Schneider, M. und Phillips, S. P. (1997). A qualitative study of sexual harassment of female doctors by patients. *Soc. Sci. Med.*, 45, 669-676.

Schweickhardt, A. und Fritzsche, K. (2007). Kursbuch ärztliche Kommunikation: Grundlagen und Fallbeispiele aus Klinik und Praxis. *Deutscher Ärzte-Verlag*, Köln.

Sibbald, B. (1998). Physician, protect thyself. *C.M.A.J.*, 159, 987-989.

Simmenroth-Nayda, A., Chenot, J. F., Fischer, T., Scherer, M., Stanske, B. und Kochen, M. M. (2007). Mit Laienschauspielern das ärztliche Gespräch trainieren. *Dtsch. Arztebl.*, 104, 847-852.

Stefan, H. (2013). Aggression und Gewalt gegen Angehörige medizinischer Berufe. In: *Klinisch-forensische Medizin: Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern*, Grassberger, M., Yen, K., Türk, E. E. (Hrsg.), *Springer-Verlag*, Wien-New York, 429-438.

Strech, D. (2010). Arztbewertungsportale aus ethischer Perspektive. Eine orientierende Analyse. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswes.*, 104, 674-681.

Tolhurst, H., Talbot, J. und Bell, P. (1999). After Hours Medical Care and the Personal Safety Needs of Rural General Practitioners. Verfügbar unter http://nrha.org.au/PAPERS/5_ahcare.pdf, Stand 07.06.2016.

Tolhurst, H., Baker, L., Murray, G., Bell, P., Sutton, A. und Dean, S. (2003a). Rural general practitioner experience of work-related violence in Australia. *Aust. J. Rural Health*, 11, 231-236.

Tolhurst, H., Talbot, J., Baker, L., Bell, P., Murray, G., Sutton, A., Dean, S., Treloar, C. und Harris, G. (2003b). Rural general practitioner apprehension about work-related violence in Australia. *Aust. J. Rural Health*, 11, 237-241.

Vorderwülbecke, F. (2013). Sicher beim Hausbesuch und im Bereitschaftsdienst. *Der Allgemeinarzt*, 35, 16-18.

Wesuls, R., Heinzmann, T. und Brinker, L. (2005). Professionelles Deeskalationsmanagement: Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. Verfügbar unter http://uk-bw.de/fileadmin/Altbestand/download/broschuere_prodema.pdf, Stand 06.08.2014.

Wright, N. M., Dixon, C. A. und Tompkins, C. N. (2003). Managing violence in primary care: an evidence-based approach. *Br. J. Gen. Pract.*, 53, 557-562.

Zahid, M. A., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A., Awadh, J. A. und Abu-Shammah, H. (1999). Violence against doctors: Effects of violence on doctors working in accident and emergency departments. *Eur. J. Emerg. Med.*, 6, 305-309.

9 Veröffentlichung

Die für die Dissertation erhobenen Daten dienten als Grundlage für folgende Publikation, die am 06.03.2015 im Deutschen Ärzteblatt erschienen ist:

Vorderwülbecke, F., Feistle, M., Mehring, M., Schneider, A. und Linde, K. (2015). Aggression and violence against primary care physicians - a nationwide questionnaire survey. *Dtsch. Arztebl. Int.*, 112, 159-165.

10 Anhang

Fragebogen Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft unseren Fragebogen auszufüllen!

Allgemeines Sicherheitsgefühl

1. Wie ist generell Ihr subjektives Gefühl von Sicherheit in der Praxis, auf Hausbesuch, auf Heimb Besuch und im Bereitschaftsdienst? Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

	Sehr sicher	Relativ sicher	Teils teils	Eher nicht sicher	Gar nicht sicher	Führe ich nicht durch
Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hausbesuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heimb Besuch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bereitschaftsdienst (Bereitschaftspraxis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bereitschaftsdienst (Hausbesuch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aggressives Verhalten in Ihren Praxisräumen

2. Bitte kreuzen Sie an, welche Formen aggressiven Verhaltens Sie in Ihren Praxisräumen schon jemals erlebt haben. Falls Sie bei einem Verhalten „ja“ ankreuzen, geben Sie bitte an, wie häufig dies in den letzten 12 Monaten geschehen ist (wenn kein Vorfall in den letzten 12 Monaten, können Sie das entsprechende Feld leer lassen).

	Jemals in meiner haus- ärztlichen Tätigkeit		In den letzten 12 Monaten
Beleidigung, Beschimpfung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Bedrohung, Einschüchterung	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Körperliche Gewalt leichtere Form (z.B. Schubsen, Bedrängen, Festhalten)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Körperliche Gewalt ausgeprägt (z.B. Beißen, Schlagen, Treten, Würgen)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Bedrohung mit Gegenstand oder Waffe	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Angriff mit Gegenstand oder Waffe	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Sexuelle Belästigung (anzügliche Bemerkungen und Gesten; Grabschen außer Brüste und Genitalien)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Sexueller Missbrauch (Grabschen von Brüsten und Genitalien; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Sachbeschädigung / Diebstahl	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Sonstiges: _____	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal

Aggressives Verhalten bei Haus-, Heimbisuchen und im Bereitschaftsdienst

3. Bitte kreuzen Sie nun an, welche Formen aggressiven Verhaltens Sie bei Hausbesuchen, Heimbisuchen oder im Bereitschaftsdienst (Bereitschaftspraxis oder Hausbesuch) schon jemals erlebt haben. Antwortoptionen wie oben.

	Jemals in meiner haus- ärztlichen Tätigkeit		Letzte 12 Monate
Beleidigung, Beschimpfung	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal
Bedrohung, Einschüchterung	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal
Körperliche Gewalt leichtere Form (z.B. Schubsen, Bedrängen, Festhalten)	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal
Körperliche Gewalt ausgeprägt (z.B. Beißen, Schlagen, Treten, Würgen)	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal
Bedrohung mit Gegenstand oder Waffe	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal
Angriff mit Gegenstand oder Waffe	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal
Sexuelle Belästigung (anzügliche Bemerkungen und Gesten; Grabschen außer Brüste und Genitalien)	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal
Sexueller Missbrauch (Grabschen von Brüsten und Genitalien; sexuelle Nötigung; Vergewaltigung)	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal
Sachbeschädigung / Diebstahl	Hausbesuch	O nein O ja	___ Mal
	Heimbisuch	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Praxis	O nein O ja	___ Mal
	Bereitsch. Hausb.	O nein O ja	___ Mal

Andere Formen der Aggression

4. Bitte geben Sie an, ob Sie folgende Formen aggressiven Verhaltens erlebt haben.

	Jemals in meiner haus- ärztlichen Tätigkeit		In den letzten 12 Monaten
Rufschädigung, Verleumdung, falsche Aussagen auf Ärzteportalen im Internet	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal
Stalking (Person kontrolliert und verfolgt Sie)	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	_____ Mal

Der schwerwiegendste Vorfall

Bitte erinnern Sie sich nun an den SCHWERWIEGENDSTEN aggressiven Vorfall, den Sie während Ihrer Tätigkeit als Arzt im hausärztlichen Bereich (einschließlich Zeit als Weiterbildungsassistent; *nicht* Zeit im Krankenhaus) erlebt haben.

→ Wenn Sie einen aggressiven Vorfall erlebt haben, gehen Sie bitte zu **Frage 5**.

→ Wenn Sie noch nie einen aggressiven Vorfall erlebt haben, gehen Sie bitte zu **Frage 15**.

5. Wie schwerwiegend war der Vorfall Ihrer Meinung nach?

leicht mittelschwer schwer sehr schwer

6. Möchten Sie den Vorfall genauer schildern?

nein ja, ich möchte ihn im Folgenden kurz schildern:

(bitte nur einen Vorfall schildern)

7. Wie war Ihr Angstniveau während des Vorfalls?

keine Angst wenig besorgt besorgt ängstlich sehr ängstlich

8. Wo hat sich der Vorfall ereignet?

in der Praxis auf Hausbesuch auf Heimb Besuch
 im Bereitschaftsdienst (Praxis) im Bereitschaftsdienst (Hausbesuch)
 in der privaten Umgebung (im Zusammenhang mit meiner hausärztlichen Tätigkeit)
 Sonstiges: _____

9. Wann hat sich der Vorfall ereignet?

normale Arbeitszeit Wochenende/Feiertag nachts

10. Die Täterin / der Täter war

Geschlecht: weiblich männlich
Alter: (ungefähr) _____ Jahre alt
Personengruppe: Patient Angehöriger des Patienten Sonstige: _____

Fragebogen Aggression und Gewalt gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte

11. Hatte die Täterin / der Täter einen Migrationshintergrund?

nein ja weiß nicht

12. Lagen bei der Täterin / beim Täter bewusstseinsverändernde Faktoren vor?

nein Alkohol Drogen psychische Erkrankung
 weiß nicht Sonstiges: _____

13. Hatte dieser Vorfall Folgen? (Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an)

nein ja, und zwar: Gespräch mit Familie / Freunden / Kollegen darüber
 Meldung bei der Polizei / Anzeige
 seelischer Schaden
 körperlicher Schaden
 Inanspruchnahme ärztlicher / psychologischer Hilfe
 Arbeits-, Dienstunfähigkeit
 Sonstiges: _____

14. Hat sich generell Ihr Umgang mit Patienten oder Ihre Einstellung zum Thema Gewalt nach dem Vorfall verändert?

nein ja, inwiefern? _____

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis

15. Alter

_____ Jahre

16. Geschlecht

weiblich männlich

17. Haben Sie einen Migrationshintergrund?

nein ja keine Angabe

18. Hausärztlich tätig (einschließlich Assistenzzeit in Praxis)

_____ Jahre

19. Praxisart

Einzelpraxis Gemeinschaftspraxis MVZ

20. Wie viele Hausbesuche führen Sie durchschnittlich durch?

_____ pro Woche

21. Wie häufig leisten Sie durchschnittlich Bereitschaftsdienst?

_____ pro Monat

22. Die Praxis liegt

in einer Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnern
 in einer Stadt mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern
 in einem Ort mit weniger als 10.000 Einwohnern

23. Wie würden Sie die finanzielle Situation Ihrer Patienten im Durchschnitt bewerten?

eher wohlhabend eher gemischt eher finanziell schwach

24. Möchten Sie die Ergebnisse der Befragungen zugesendet bekommen?

nein ja, per Post



Klinikum rechts der Isar



Technische Universität München

Institut für Allgemeinmedizin, TU München, Orleansstr. 47, 81667 München

«Anrede» «Titel» «Vorname» «Nachname»
 «Strasse»
 «PLZ» «Ort»

München, den 14.10.2013

Klinikum rechts der Isar
Anstalt des öffentlichen Rechts

Institut für Allgemeinmedizin: Direktor
Univ.-Prof. Dr. Antonius Schneider

Prof. Dr. med. Klaus Linde
 Orleansstr. 47
 81667 München
 E-Mail: klaus.linde@tum.de

Tel: +49-89-6146589-16
 Fax: +49-89-6146589-15

**Doktorarbeit – Befragung zum Thema Aggression und Gewalt
 gegen Allgemeinmediziner und praktische Ärzte
 8-10 Minuten für unseren allgemeinmedizinischen Nachwuchs**

«Briefanrede»,

unser Doktorand Max Feistle bittet Sie um Ihre Unterstützung als erfahrene/r Hausärztin und Hausarzt. Wir führen eine Befragung zum Thema Aggression gegen Hausärzte durch. Er würde sich freuen, wenn Sie Ihren Fragebogen ausfüllen und im beiliegenden Freiumschlag zurücksenden.

Bitte helfen Sie ihm dabei, möglichst viele und zuverlässige Ergebnisse zu erhalten und daraus eine erfolgreiche Doktorarbeit zu erstellen! Die Ergebnisse sind aus unserer Sicht auch für Hausärzte sehr interessant. Die Auswertung erfolgt selbstverständlich anonym. Weitere Informationen zu Zielen und Methoden der Befragung finden Sie auf der Rückseite dieses Anschreibens. Wenn Sie wünschen, schicken wir Ihnen die Untersuchungsergebnisse gerne zu, sobald diese vorliegen.

Wir haben es getestet: Das Ausfüllen des Bogens dauert wirklich nur acht bis zehn Minuten.

Mit herzlichem Dank für Ihre Unterstützung

Prof. Dr. med. Klaus Linde
 (Studienleiter und Betreuer)



Max Feistle
 Doktorand

Vorstand:
 Univ.-Prof. Dr. Reiner Gradinger
 (Ärztlicher Direktor, Vorsitzender)
 Dr. Philipp Ostwald
 (Kaufmännischer Direktor)
 Anette Thoke-Colberg
 (Pflegedirektorin)
 Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen
 (Dekan)

Bankverbindung:
 Bayer. Landesbank Girozentrale
 Kto-Nr. 20 272
 BLZ 700 500 00

Informationen zur Befragung

Wer ist verantwortlich für die Befragung?

Die Befragung erfolgt im Rahmen der Doktorarbeit des Medizinstudenten Max Feistle am Institut für Allgemeinmedizin (<http://www.am.med.tum.de/>) der Technischen Universität München. Die Arbeit wird inhaltlich von dem Allgemeinmediziner Dr. Florian Vorderwülbecke aus Oberhaching (bei München) betreut. Sollten Sie Fragen zur Studie haben, können Sie sich gerne telefonisch oder per Email direkt an den methodischen Betreuer der Doktorarbeit, Prof. Dr. med. Klaus Linde (klaus.linde@tum.de, Tel. 089-614 65 89-16) wenden.

Wer bezahlt die Befragung?

Porto- und Materialkosten werden aus den Mitteln des Institutes für Allgemeinmedizin der TU München bezahlt. Es gibt keinerlei Förderung durch Industrie oder andere Stellen.

Was sind die genauen Ziele der Befragung?

Studien aus dem Ausland zeigen, dass aggressives Verhalten gegenüber Ärztinnen und Ärzten offenbar häufiger vorkommt, als im Allgemeinen angenommen. Erhebungen, die diese Problematik in deutschen Hausarztpraxen untersuchen, existieren bisher nicht. Daher soll eine bundesweite Befragung zu diesem Thema durchgeführt werden. Ziele der Studie sind die Erfassung 1) des allgemeinen Sicherheitsgefühls von Hausärzten in der Praxis, auf Haus-, Heimbefuch und im Bereitschaftsdienst (Praxis und Hausbesuch); 2) des Anteils von Hausärzten, der im Verlauf seiner professionellen Tätigkeit verschiedene aggressive Verhaltensweisen in Praxisräumen, bei Haus-, Heimbefuchen und im Bereitschaftsdienst (Praxis und Hausbesuch) erlebt hat, und die Häufigkeit solcher Vorfälle in den letzten 12 Monaten; 3) des schwerwiegendsten aggressiven Vorfalles des jeweiligen Befragten mit Erfassung der Tatumstände, von Merkmalen des Täters und der Tatfolgen.

Warum werden gerade Sie angeschrieben?

Der Fragebogen wird einer Zufallsauswahl von 1500 Allgemeinmedizinerinnen und praktischen Ärzten zugesandt, d.h. Sie wurden zufällig ausgewählt. Ihre Adresse haben wir aus einer frei verkäuflichen Adressdatenbank (www.adressendiscout.de).

Was geschieht mit Ihren Daten?

Die Auswertung erfolgt anonym, d.h. wir können die erhaltenen Antworten nicht einzelnen Ärzten zuordnen. Die Daten werden in den Computer eingegeben und dann statistisch ausgewertet.

In der unteren linken Ecke auf der letzten Seite des Fragebogens ist eine Nummer aufgetragen, die wir unserer Adressdatei zuordnen können. Dies dient jedoch ausschließlich dazu, den Ärzten, die nicht antworten, ein bzw. maximal zwei Erinnerungsschreiben zusenden zu können. Wenn Sie den Fragebogen nicht ausfüllen und keine Erinnerungsschreiben erhalten wollen, schicken Sie uns am besten einfach den leeren Fragebogen mit durchgestrichener erster Seite zurück. Bei Posteingang wird bei uns registriert, von wem wir eine Rückantwort erhalten haben und wer einen Bericht mit den Ergebnissen der Befragung erhalten möchte (siehe unten). Die Ecke mit der Nummer wird dann abgeschnitten und verworfen.

Wie erfahren Sie von den Ergebnissen?

Wenn Sie über die Ergebnisse der Befragung informiert werden möchten, können Sie dies im Fragebogen (letzte Frage) angeben. Wir senden Ihnen dann nach der Auswertung eine Zusammenfassung der Ergebnisse zu.

11 Danksagung

Mein Dank für die herausragende Betreuung meiner Doktorarbeit gebührt vor allem meinem Doktorvater Prof. Klaus Linde. Mit seinem exzellenten Fachwissen und seiner konstruktiven Kritik hat er mir immer geholfen, wenn sein Rat nötig war. Seine kontinuierliche Betreuung war für mich von unschätzbarem hohem Wert. Herzlichen Dank Herrn Prof. Linde auch für die Durchführung der Regressionsanalysen.

Des Weiteren richtet sich mein großer Dank an meinen inhaltlichen Betreuer Dr. Florian Vorderwülbecke, der ursprünglich auch die Idee zur Durchführung der Studie hatte. Er hat mir mit seinen vielen Anregungen immer wieder die nötige Inspiration für das Forschungsprojekt gegeben. Zu jeder Zeit war er für mich da. Seine wertvollen Ratschläge leisteten einen sehr wichtigen Beitrag zum Gelingen meiner Doktorarbeit.

Herzlichen Dank sage ich auch meiner Familie und meinen Freunden, die mich stets bestärkt haben und mir immer tatkräftig zur Seite standen, wenn ich an mir gezweifelt habe. Sie haben mich stets aufgebaut und für die erforderliche Abwechslung gesorgt.

Mein ganz besonderer Dank gilt meiner Freundin Daria, die mir die ganze Zeit über den Rücken frei gehalten hat und mich wirklich immer unterstützt hat. Sie musste dabei auch viel entbehren und hat dennoch alles so liebevoll ertragen. Ihr Rückhalt bedeutet mir sehr viel.

Zuletzt danke ich von Herzen meiner verstorbenen Mama. Sie hat mich zu der Person gemacht, die ich heute bin. Ihr widme ich diese Arbeit besonders.