



GEWALT GEGEN RETTUNGSKRÄFTE

BESTANDSAUFNAHME ZUR GEWALT GEGEN RETTUNGSKRÄFTE
IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Abschlussbericht

Bochum, im Januar 2012

Autorin: Dipl. Soz.-Wiss. Julia Schmidt

Projektnehmer: Professor Dr. iur. Thomas Feltes, M.A.

Lehrstuhl für Kriminologie, Kriminalpolitik und Polizeiwissenschaft
Ruhr-Universität Bochum
Juristische Fakultät
Gebäude GC 5 / 145
Universitätsstraße 150
44801 Bochum

Fon +49 (0)234 32-25245

Fax +49 (0)234 32-14328

Inhalt

1	Abstract	1
2	Einleitung	2
3	Methodisches Vorgehen	3
3.1	Stichprobenbeschreibung	4
3.2	Probleme bei der Durchführung	5
4	Darstellung der quantitativen Ergebnisse.....	6
4.1	Übergriffe	6
4.2	Situationsmerkmale.....	11
4.3	Einsatzort und Einsatzzeit.....	13
4.4	Tätermerkmale	15
4.5	Folgen für die Rettungskräfte.....	18
4.6	Zufriedenheit mit Ausbildung, Betreuung und Ausstattung	21
5	Analyse der qualitativen Ergebnisse	29
5.1	Fragenkomplex „Beurteilung der Übergriffe“	30
5.2	Fragenkomplex „Ausbildungsdefizite?“	33
5.3	Fragenkomplex „Einsatztaktik der Polizei“	36
5.4	Fragenkomplex „Interkulturelle Personalpolitik“	38
5.5	Fragenkomplex „Gesetzesänderung“	42
6	Schlussfolgerungen.....	44
6.1	Reorganisation der Aus-, Fort- und Weiterbildung	45
6.2	Verbesserung der Kommunikation.....	46
6.3	Einschätzung zur jüngsten Gesetzesänderung.....	47
7	Abbildungsverzeichnis	48
8	Weiterführende Literatur	50

1 Abstract

In dieser repräsentativen Studie zeigt sich, dass *verbale Gewalt* 98% der Rettungskräfte erlebt haben. Von Erfahrungen mit mindestens einem *gewalttätigen Übergriff* berichteten 60% Befragten. Hierbei handelt es sich in der Regel um abwehrendes Verhalten, welches sich durch Wegschubsen oder Anspucken äußert.

Opfer von tatsächlich ausgeübter körperlicher Gewalt, beispielsweise in Form von Kratzen, Würgen oder an den Haaren ziehen, wurden 8% der Befragten. Weitere 8% berichteten von gezielten Angriffen mit Waffen oder Gegenständen. Diese *gewalttätigen Übergriffe* gegenüber dem Rettungsdienstpersonal finden zu über 70% seltener als 1-2 Mal im Monat statt.

In 52% der Fälle kommt es während der Diagnose bzw. Therapie und zu 43% nachts zu Übergriffen. Ein signifikanter Zusammenhang mit Großveranstaltungen (seien es Sportereignisse, Demonstrationen oder Volksfeste etc.) ist nicht erkennbar.

Der typische Täter, welcher Gewalt gegenüber medizinischen Rettungskräften ausübt, ist ein männlicher Patient (60%) zwischen 20-40 Jahren (66%), der keinen erkennbaren Migrationshintergrund (45%) hat und während der Tat unter Alkoholeinfluss (49%) steht.

Rund 55% der Befragten meinten, dass sie durch ihre Ausbildung **nicht** gut auf mögliche Konfliktsituationen vorbereitet wurden. 53% gaben an, dass es Einsatzorte gibt, an denen sie nur mit Polizeischutz eingesetzt werden wollen. Die Einführung einer speziellen Schutzweste für den Rettungsdienst befürworten hingegen nur 18% der Befragten. Vielmehr wünschen sie sich regelmäßige Fortbildungsmaßnahmen in den Bereichen *Selbstverteidigung* (77%), *Deeskalationstraining* (68%) sowie *Drogen und ihre Wirkungen* (64%).

2 Einleitung

Immer häufiger berichten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des medizinischen Rettungsdienstes von Behinderungen und zum Teil gewalttätigen Übergriffen im Einsatz. Entsprechend nahm und nimmt auch die Berichterstattung in diversen Medien in den letzten Jahren zu, was folglich dieses Thema in den Fokus einiger stark in Richtung der Öffentlichkeit handelnden Politiker brachte. Entsprechend beschäftigten sich einige Landtage intensiv in ihren Innenausschüssen mit diesem Thema, was letztlich zu der kürzlich von Bundestag (30.06.2011) und Bundesrat (23.09.2011) verabschiedeten Ausweitung und Verschärfung der §§ 113 und 114 StGB (Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte und gegen Personen, die Vollstreckungsbeamten gleichstehen) führte: Zum Einen werden Feuerwehrleute und andere Rettungskräfte nun auch in den Schutzbereich des § 114 StGB einbezogen und zum Anderen wird die Strafobergrenze von zwei auf drei Jahre Freiheitsentzug angehoben. Das zusätzlich eingeführte Regelbeispiel in Form des „Beisichführens eines gefährlichen Werkzeuges“ soll an dieser Stelle unbeachtet bleiben.

Im zurückliegenden Jahr 2011 wurde nun am Lehrstuhl für Kriminologie, Kriminalpolitik und Polizeiwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum im Rahmen eines Forschungsprojektes, diese – im Gegensatz zu dem Phänomen „Gewalt gegen Polizeibeamte“ – wissenschaftlich noch nicht erforschte Problematik¹ untersucht. Es sollten erstmalig repräsentative Daten zur Quantität und Qualität von Übergriffen auf die medizinischen Rettungskräfte im Einsatz in Nordrhein-Westfalen erhoben und anschließend analysiert werden. Insbesondere interessieren die Charakteristika der Täter und Opfer sowie die Spezifika der Situationen, in denen es zu gewalttätigen Übergriffen auf die medizinischen Notfallhelfer kommt. Darüber hinaus sollen auf Grundlage einer Gefährdungsanalyse geeignete Schutz- und Prä-

¹ In Deutschland gibt es zwar aktuell eine Untersuchung des Malteser Hilfsdienstes, diese ist aber unter anderem nicht repräsentativ. Ferner hat sich 2008 eine Bachelor-Arbeit der Hochschule Neubrandenburg mit dem Thema beschäftigt.

Für Österreich gibt es eine Publikation aus dem Jahre 2009 von Alexander Auer mit dem Titel „Aggressive Übergriffe auf Rettungsdienstmitarbeiter. Daten, Vergleiche, Erfassungsmöglichkeiten“.

ventionsmaßnahmen sowie Angebote im Bereich der Einsatznachsorge bedarfsgerecht entwickelt werden können, um so die Rettungskräfte optimal zu schützen respektive im Ernstfall betreuen zu ermöglichen.

3 Methodisches Vorgehen

In der ersten Phase wurden der bisherige Forschungsstand ermittelt, die Auswahlmethode für die Stichprobenziehung – und die Ziehung selbst – bestimmt sowie anhand einer 12-seitigen Itemsammlung der Fragebogen entwickelt. Auf einem achtseitigen Fragebogen finden sich 58 Fragen, für deren Beantwortung die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ca. 15 Minuten benötigten. Bei der Formulierung der Fragen wurde darauf geachtet, dass möglichst wenig offene Fragen Verwendung finden, da diese eine spätere Auswertung unnötig verkomplizieren. Bei den Skalenfragen wurde bewusst eine ungerade Anzahl an Antwortalternativen angeboten, um unseriöses Antwortverhalten erkennen zu können. Damit sich einige Probandinnen und Probanden aber dadurch nicht zu einer Antwort gezwungen sahen, gab es zusätzlich die Möglichkeit eine Ausweichkategorie anzukreuzen.

In der zweiten Phase wurden darauf aufbauend zunächst die folgenden Forschungsfragen formuliert:

- Wann und wo kommt es zu Übergriffen?
- Gibt es regionale Unterschiede?
- Konzentriert sich der Täterkreis auf Patienten?
- Spielen Alkohol und Drogen eine Rolle?
- Um welche Formen der Gewalt handelt es sich?
- Wie werden die MitarbeiterInnen auf gewalttätige Übergriffe vorbereitet?
- Begünstigen Kommunikationsdefizite Gewalt?

Ende April erfolgten dann diverse kleinere Pretests im Rahmen von Projektvorstellungen bei den Berufsfeuerwehren in Essen und Dortmund wie auch der Druck und Versand der Fragebögen. Beginn des vierwöchigen Befragungszeitraumes war im Mai 2011.

In Phase 3 wurden erste erkennbare Tendenzen mit Hilfe von problemzentrierten, leitfadengestützten Experteninterviews erörtert. Hierzu wurden im August und September Vertreter aus Politik und Verwaltung, der Leitungsebene bei den Feuerwehren, Wachleiter, Gewerkschaftsvertreter und Ausbilder sowie Polizeibeamte und Anbieter von freiwilligen Medical Defense Kursen befragt. Im Herbst begann dann die vierte und letzte Phase, die Auswertung und Analyse der gesammelten Daten.

3.1 Stichprobenbeschreibung

Um die erforderliche Repräsentativität zu gewährleisten, wurden die 52 Kreise und kreisfreien Städte Nordrhein-Westfalens in drei *Cluster* eingeteilt und aus jedem dieser Cluster durch Generierung von Zufallszahlen zwei Bezirke gezogen, die dann komplett an der Studie teilnehmen sollten. Da sich zunächst zwei Metropolstädte aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht an dem Projekt beteiligten, musste für diese Kategorie zweimal eine Nachziehung durchgeführt werden. Somit sind als Metropolstädte mit über 500.000 Einwohnern die Städte Dortmund und Essen in der Stichprobe. Für die kreisfreien Städte mit bis zu 500.000 Einwohnern sind es die Städte Mülheim an der Ruhr und Remscheid und als Flächenlandkreise sollen die Kreise Düren und Warendorf befragt werden.

In Absprache mit den jeweils für den Rettungsdienst Zuständigen wurde ermittelt, wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter pro Stadt bzw. Kreis potentiell für die schriftliche Befragung in Frage kommen und wie die interne Verteilung der Fragebögen sowie die spätere Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen gestaltet wird. So konnte beispielsweise mit der Berufsfeuerwehr Essen vereinbart werden, dass die Fragebögen während der Arbeitszeit ausgefüllt werden und dort auch wieder direkt eingesammelt werden können. Diese Sammelfunktion übernahm die Berufsfeuerwehr auch für die am Rettungsdienst Essen beteiligten Hilfsorganisationen.

Insgesamt wurden 2048 Fragebögen verschickt, wovon bis zum Beginn der Auswertung 858 zurückgekommen sind. Dies entspricht einer Rücklaufquote von knapp 41%. Ähnlich umfangreiche Studien, die standardisiert und ohne explizites Inaussichtstellen einer Belohnung der Befragten ablaufen, erzielen selten Rücklaufquoten von über 20%². Die folgende Übersicht ver-

² Vgl. Diekmann 2007, 516

anschaulicht, wie sich die Fragebogenverteilung und der Rücklauf auf die Stichprobe verteilen.

Abbildung 1: Fragebogenverteilung und Rücklauf

Kategorie	Metropolstädte mit > 500.000 Einwohnern		Städte mit 100-500.000 Einwohnern		Kreise	
	Essen	Dortmund	Mülheim	Remscheid	Düren	Warendorf
Verschickte Fragebögen	535	560 ³	360	180	150	263
Rückläufer	263	246	55	86	73	135
Quote	49,2%	43,9%	15,3%	47,8%	48,7%	51,3%

Diese für uns positiv hohen Rücklaufquoten sprechen für das Interesse und die Akzeptanz der Betroffenen an einer wissenschaftlichen Untersuchung dieses Phänomens. Lediglich bei der Stadt Mülheim an der Ruhr hielt sich die Beteiligung an diesem Projekt in Grenzen.

3.2 Probleme bei der Durchführung

Weshalb die Rücklaufquote in Mülheim so gering ausfiel, können wir nur mutmaßen. Einer der Gründe hierfür stellt sicherlich die Tatsache dar, dass die Fragebögen von unserem Ansprechpartner der Berufsfeuerwehr nicht an die MitarbeiterInnen verteilt, sondern lediglich im Haus ausgelegt wurden, sodass viele MitarbeiterInnen erst gar nicht von unserem Forschungsvorhaben erfahren haben.

In Dortmund musste aufgrund eines schlechten ersten Durchgangs eine zweite Erhebung im August durchgeführt werden. Im ersten, regulären Durchgang wurden noch 900 Fragebögen zentral über die Berufsfeuerwehr verteilt, die dann ähnlich wie in Essen von dort als Pakete an die Ruhr-Universität zurückgeschickt werden sollten. Dies hat leider nicht gut funktioniert – uns erreichte eine nicht zu vernachlässigende Zahl an ausgefüllten Fragebögen über das Statistikamt der Stadt Dortmund, sodass davon auszugehen ist, dass viele MitarbeiterInnen nicht wussten, wo ihre ausgefüllten Fragebögen abzugeben waren. Letztlich hatte dies eine schlechte Rücklaufquote zur Folge, weshalb wir uns zu einer Nacherfassung in Dortmund entschlossen haben. Im zweiten Erhebungszeitraum im August wurden die

³ Diese Zahl bezieht sich auf den zweiten Erhebungszeitraum im August.

Hilfsorganisationen von Anfang an mit einbezogen, sodass die Mitarbeiterzahlen richtig ermittelt werden konnten. Die Diskrepanz zwischen der im ersten Erhebungszeitraum von der Feuerwehr Dortmund ermittelten und der von unserem Lehrstuhl ermittelten Mitarbeiterzahlen lässt sich mit Kommunikationsverlusten erklären, da in den 900 sämtliche ehrenamtlich Tätigen der Hilfsorganisationen enthalten sind. Um auch die aufgetauchten Probleme mit der Rücksendung möglichst gering zu halten wurden ferner jedem Fragebogen ein frankierter und fertig adressierter Rückantwortumschlag beigelegt. Zusätzlich wurde das sogenannte Motivationsschreiben mit den Unterschriften des stellvertretenden Leiters der Berufsfeuerwehr sowie des Ärztlichen Leiters von Dortmund versehen, um die Akzeptanz des Projektes zu steigern. Dies rief vereinzelt zwar auch Unmut unter den Befragten hervor, wie folgender Kommentar beispielhaft belegt:

„Diese Herrschaften interessiert die Gewaltprävention gar nicht. Sie versuchten in der Vergangenheit sämtliche Schutzmaßnahmen zu blockieren und wurden ihrer Verantwortung nicht gerecht!“

Letztlich konnte aber durch diese Maßnahmen das Projekt auch in Dortmund erfolgreich durchgeführt werden.

4 Darstellung der quantitativen Ergebnisse

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Studie zusammengefasst, um einen Überblick über den Ist-Zustand beim Thema Gewalt gegen Rettungskräfte zu erhalten. Dabei liegt der Schwerpunkt auf einer univariaten Analyse. Eine multivariate Auswertung wird in den kommenden Monaten durchgeführt, deren Ergebnisse in einer Dissertationsschrift veröffentlicht werden.

4.1 Übergriffe

Hauptaugenmerk der Studie war es herauszufinden, ob und wenn ja, wer wie oft und wodurch genau im Einsatz Opfer von Gewalt wird. Hierzu wurde zunächst zwischen *verbaler Gewalt* und einem *gewalttätigen Übergriff* unterschieden.

Die Zugrundelegung einer rein juristischen Begriffsdefinition würde den Gegebenheiten der Einsatzrealität nicht genügend Rechnung tragen, so dass unter einem gewalttätigen Übergriff folgende Dimensionen erfasst wurden:

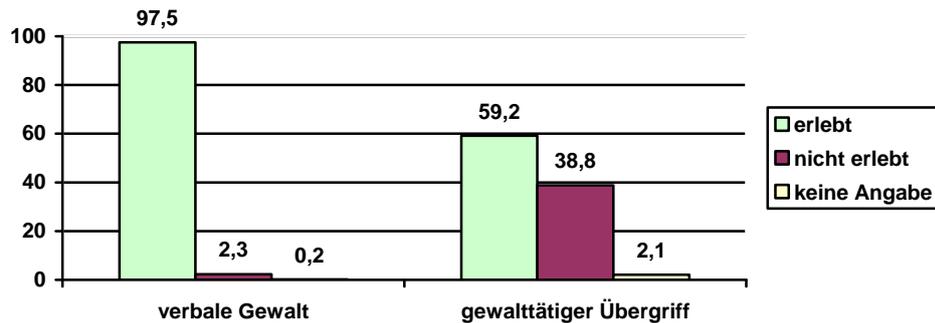
- Anspucken
- Abwehr medizinischer Maßnahmen durch Wegschubsen oder an den Haaren ziehen
- Bedrohung mit (vorgehaltenen) Waffen
- Körperlich-wirkende Gewalt im juristischen Sinn

Körperlich-wirkende Gewalt im juristischen Sinn und damit auch strafrechtlich relevant ist in diesem Zusammenhang lediglich die Körperverletzung. Eine Körperverletzung gemäß § 223 StGB begeht: „Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt.“ In diesem Zusammenhang ist eine körperliche Misshandlung „jede üble, unangemessene Behandlung, durch die das Wohlbefinden mehr als nur unerheblich beeinträchtigt wird“⁴ und eine Gesundheitsschädigung „jeder der gegenüber dem Normalzustand der körperlichen Funktionen nicht nur unerheblich verschlechterte, krankhafte Zustand“⁵.

Als Ergebnis zeigt sich (wie Abbildung 2 veranschaulicht), dass fast alle medizinischen Rettungskräfte schon mindestens einmal verbaler Gewalt in Form von Beleidigungen und/oder Beschimpfungen sowie der Androhung von Gewalt ausgesetzt waren. Opfer eines gewalttätigen Übergriffes (nach oben beschriebener weitreichender Definition) wurden reichlich die Hälfte aller Befragten.

⁴ BGHSt 14, 269; 25, 277

⁵ BGHSt 36, 1 [6]

Abbildung 2: Häufigkeit der Gewalt

(Angaben in gültigen Prozent)

Betrachtet man nun die Art der gewalttätigen Übergriffe genauer, erhält man ein differenzierteres Bild: Die am häufigsten genannte Art ist das *Wegschubsen*, welches als eine Abwehrreaktion gegen die Durchführung einer medizinischen Maßnahme angesehen werden kann. Hierzu sollte man beachten, dass eine medizinische Behandlung nach ständiger Rechtsprechung eine tatbestandliche Körperverletzung darstellt und nur dann gerechtfertigt ist, wenn der Patient dieser ärztlichen Heilbehandlung zustimmt oder eine solche Einwilligung mutmaßlich (beispielsweise, wenn psychische Erkrankungen oder Alkohol- bzw. Drogenintoxikation vorliegen) angenommen werden kann.⁶

„Keine Rolle spielt es hiernach, ob der Eingriff kunstgerecht oder fehlerhaft vorgenommen wird und ob er missglückt oder erfolgreich verläuft.“⁷

Das *Anspucken* ist in aller Regel keine tatbestandliche Körperverletzung im Sinne des § 223 StGB, da nur kurzzeitig Ekel empfunden, nicht aber das körperliche Wohlbefinden beeinträchtigt wird.⁸ Derartige Verfahren werden zumeist als Bagatelle, aufgrund der Unerheblichkeit der körperlichen Einwirkung eingestellt und als Beleidigung gem. § 185 StGB verhandelt.

Die demnach für den Alltag im Rettungsdienst relevanten Übergriffe erstrecken sich vom *Haareziehen* (0,5%) über *Beißen und Kratzen* (7,2%) bis hin zu *Angriffen mit einem Gegenstand* (7,0%), der *Ausübung von Waffenge-*

⁶ Vgl. Joecks, 2003, 402 ff.

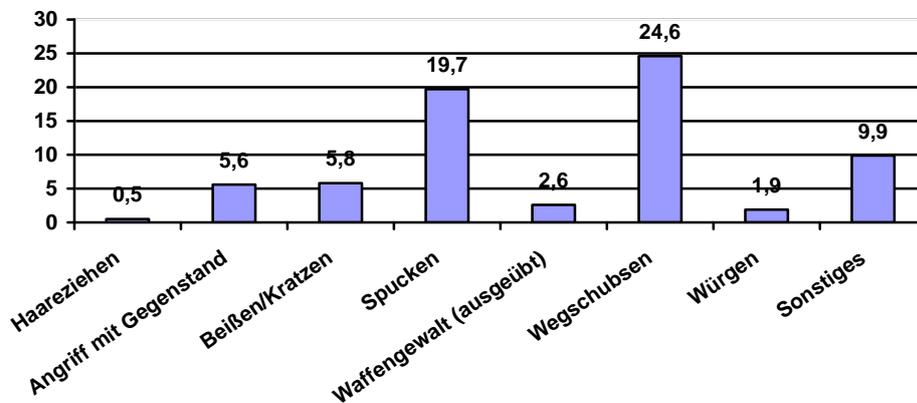
⁷ Kindhäuser, 2002, 724

⁸ Vgl. Joecks, 2003, 406

walt (3,3%) und Würgen (2,3%). Was die Befragten unter *Sonstiges* (9,9%) verstehen, kann leider nicht ermittelt werden.

Wie man Abbildung 3 entnehmen kann, liegen die Häufigkeiten für diese sowohl im Rettungsdienstalltag als auch strafrechtlich relevanten Übergriffe im einstelligen Bereich. Es kann also behauptet werden: „Wirklich tätliche Aggressivität, die eine Bedrohung der körperlichen Integrität darstellt, ist selten, wird aber oft als subjektiv besonders belastend erlebt.“⁹

Abbildung 3: Art des gewalttätigen Übergriffes



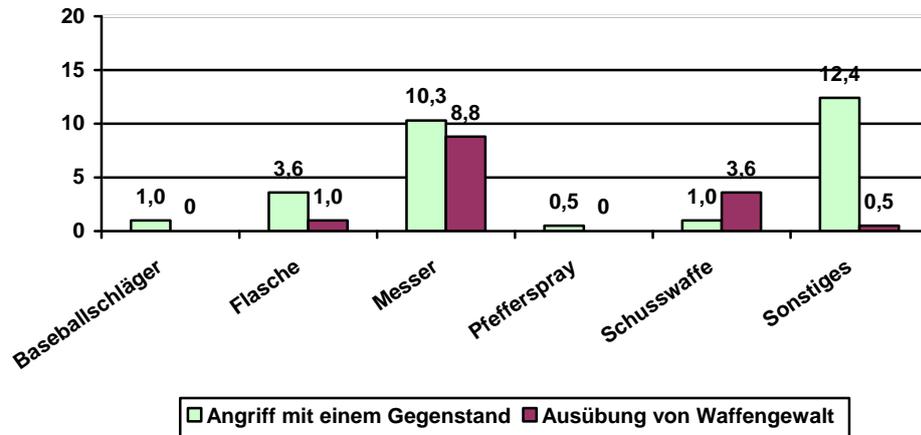
(Angaben in gültigen Prozent)

Beim Interpretieren der Abbildung 3 sei zusätzlich auf den Unterschied zwischen einem *Angriff mit einem Gegenstand* und der *Ausübung von Waffengewalt* verwiesen. Ersterer stellt zumeist nur eine Nötigung dar, ist aber nicht mit einer Körperverletzung verbunden. Letzterer (und damit als Begründung zur Einführung einer Schutzweste relevant) erfasst den tatsächlichen Gebrauch der Waffe gegen die Rettungskräfte.

Sowohl bei den *Angriffen mit einem Gegenstand* als auch der *Ausübung von Waffengewalt* wurde jeweils nach der Art des Gegenstandes respektive der Waffe unterschieden. Die folgende Abbildung 4 verdeutlicht, dass Messer, Flaschen und Schusswaffen am Häufigsten genutzt werden. Unter *Sonstiges* bei einem *Angriff mit einem Gegenstand* haben die Befragten zumeist Schuhwerk oder die geballten Fäuste subsumiert.

⁹ Pajonk 2001, 206

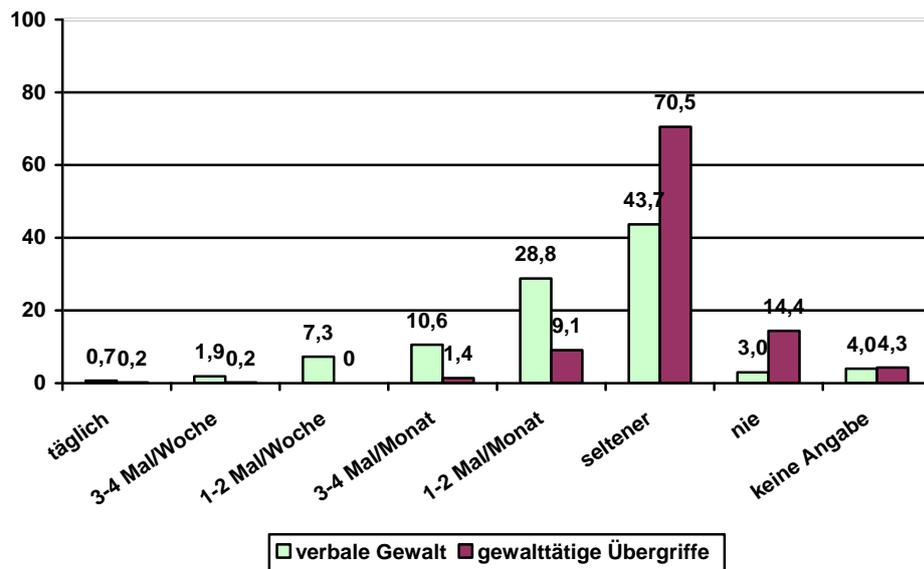
Abbildung 4: Waffeneinsatzes nach Art des Übergriffes



(Angaben in gültigen Prozent)

Wie oft es nun zu verbaler Gewalt und gewalttätigen Übergriffen im Rettungsdiensteinsatz kommt, darüber gibt Abbildung 5 Aufschluss. Die oben aufgestellte These, dass es sich bei den Übergriffen auf die Rettungskräfte um tragische, aber eben auch seltene Einzelfälle handelt und nicht ein Phänomen, dem das Rettungsdienstpersonal täglich (wie teilweise von den Medien suggeriert) gegenübersteht, lässt sich hiermit untermauern.

Abbildung 5: Häufigkeit der Übergriffe



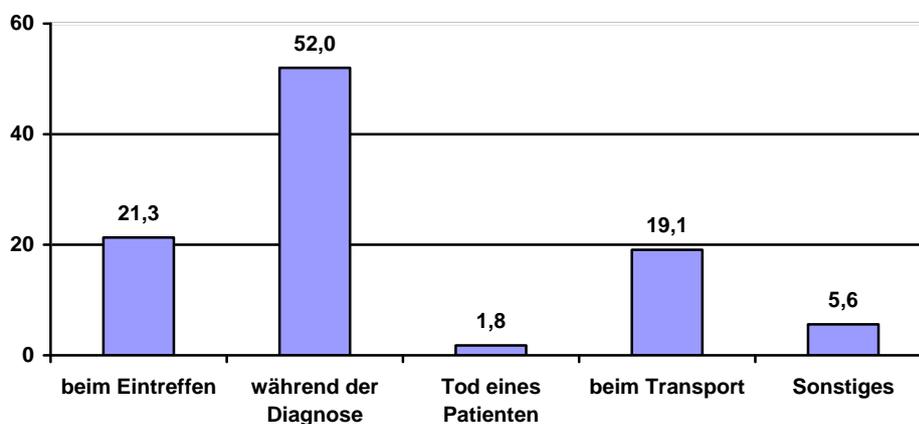
(Angaben in gültigen Prozent)

Gewalttätige Übergriffe gegenüber dem Rettungsdienst finden zu über 70% seltener als 1-2 Mal im Monat statt, knapp 10% der Befragten äußerten, Sie wären 1-2 Mal pro Monat mit derartigen Übergriffen konfrontiert und in knapp 15% der Fälle kam es noch nie zu gewalttätigen Übergriffen.

4.2 Situationsmerkmale

Wie aus Abbildung 6 hervorgeht, kommt es in über 50% der Fälle während der Diagnose zu den Übergriffen, was die oben aufgestellte These, es handle sich um legitime Abwehrreaktionen der Patienten, unterstützt.

Abbildung 6: Einsatzsituation



(Angaben in gültigen Prozent)

Als *sonstige Einsatzsituation* haben 2,2% der Befragten die Übergabe im Krankenhaus angegeben, die restlichen offenen Antworten beschreiben lediglich Einzelfälle. Ob es sich dabei um verbale Gewalt oder einen gewalttätigen Übergriff handelt, scheint dabei keine Rolle zu spielen.

Ein Zusammenhang zwischen dem benutzten Rettungsmittel und einem Übergriff (unabhängig davon, ob dieser verbaler oder körperlich-wirkender Art war), ist nicht erkennbar. Auch kann man zur Vorhersehbarkeit des Übergriffes nichts sagen: 42,3% der *Opfer* haben ihn kommen sehen, für 48,9% war er hingegen nicht vorhersehbar.

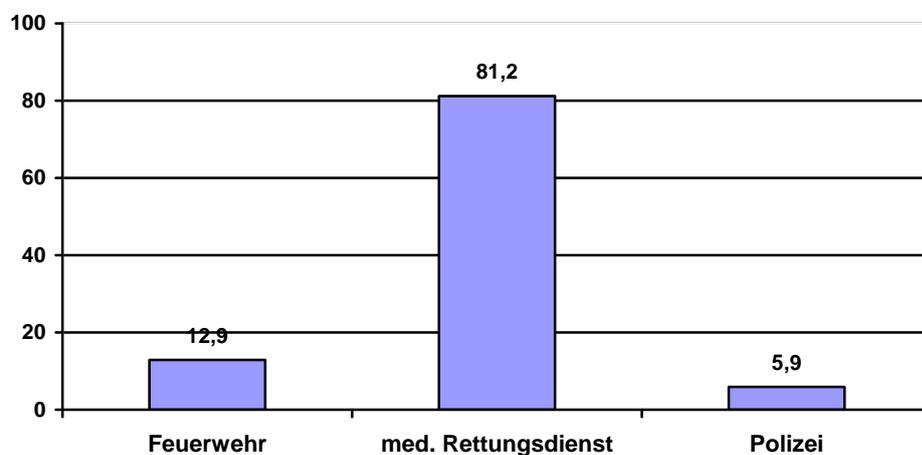
Was allerdings auffällt, ist die Tatsache, dass wenn es zu einem Übergriff (gleich welcher Art) gekommen ist, in der Regel der medizinische Ret-

tungsdienst als erstes an der Einsatzstelle eingetroffen ist. FRIEDRICH meint hierzu:

„Sehr oft sind die Besatzungen von Rettungswagen [...] im täglichen Einsatzgeschäft entweder ganz alleine oder zumindest in der Anfangsphase ohne polizeiliche Unterstützung.“¹⁰

Dies liegt vermutlich an den kürzeren Anfahrtswegen, die sich für den medizinischen Rettungsdienst ergeben, denn trotz teilweise gleichzeitiger Alarmierung von Polizei und Rettungsdienst trifft die Polizei nur in knapp 6% der Fälle als erstes an einem Einsatzort ein (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Eintreffen am Einsatzort



(Angaben in gültigen Prozent)

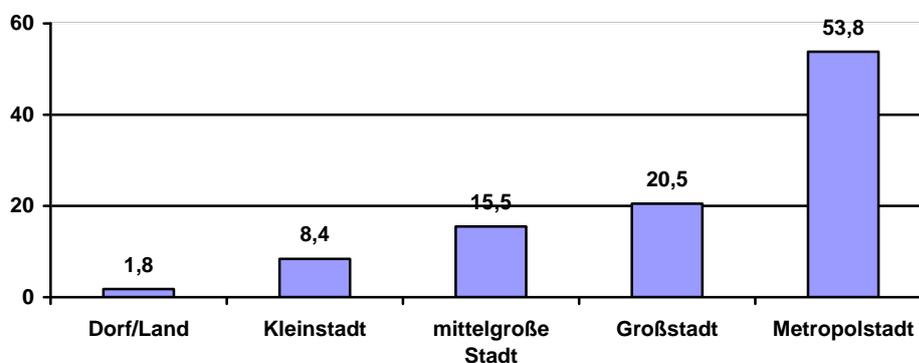
Generell ist kein Zusammenhang zwischen der Art der Gewalt und den unmittelbar Anwesenden zu erkennen. Sprich: Ob Polizei vor Ort war, hat sich weder positiv noch negativ ausgewirkt und konnte Übergriffe, gleich welcher Art, weder verhindern noch begünstigen. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass es auch unbeachtlich ist, ob die Rettungskräfte vor dem Übergriff polizeiliche Verstärkung angefordert haben. Vermutlich liegt das aber auch daran, dass die Rettungskräfte um die Anfahrtszeit der Polizei wissen und, wie oben bereits erwähnt, an der Unvorhersehbarkeit der Übergriffe.

¹⁰ Friedrich 2006, 14

4.3 Einsatzort und Einsatzzeit

Was sicherlich nicht überrascht, ist die Erkenntnis, dass es signifikant häufiger zu Gewalt gegen den Rettungsdienst in den Metropolen mit über 500.000 Einwohnern (EW) kommt, als im ländlichen Raum (vgl. Abbildung 8). Man kann also folgende These aufstellen: Je größer die Gebietskörperschaft (gemessen an der Einwohnerzahl) ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu Übergriffen gegen das Rettungsdienstpersonal kommt. Dies auch wieder unabhängig davon, ob es sich um verbale oder körperlich-wirkende Gewalt handelt.

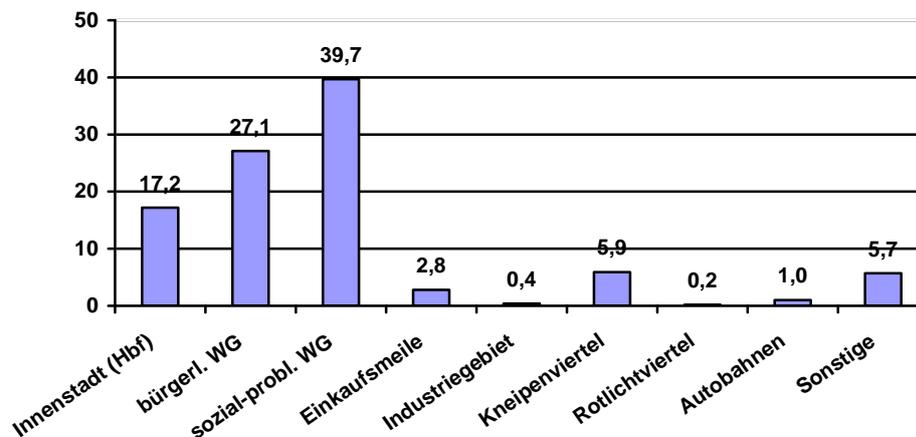
Abbildung 8: Einsatzort¹¹



(Angaben in gültigen Prozent)

Hinsichtlich der Gegend spielt es zunächst keine Rolle, ob der fragliche Einsatz im privaten (45%) oder öffentlichen Raum (49%) stattfand. Lediglich im gewerblichen Raum kommt es in nur 6% der Fälle zu verbaler Gewalt oder gewalttätigen Übergriffen. Die Hypothese, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen einem Übergriff und so genannten sozialen Brennpunkten gibt, kann jedoch verifiziert werden. Allerdings kann man Abbildung 9 gleichzeitig entnehmen, dass es auch in eher bürgerlichen Wohngebieten relativ häufig zu Übergriffen auf die Rettungskräfte kommt – noch weitaus häufiger als in innerstädtischen Bereichen um die (Haupt-)Bahnhöfe.

¹¹ Dorf = < 5.000 EW, Kleinstadt = 5.000-20.000 EW, mittelgroße Stadt = 20.000-100.000 EW, Großstadt = 100.000-500.000 EW, Metropolstadt = > 500.000 EW

Abbildung 9: Einsatzgegend¹²

(Angaben in gültigen Prozent)

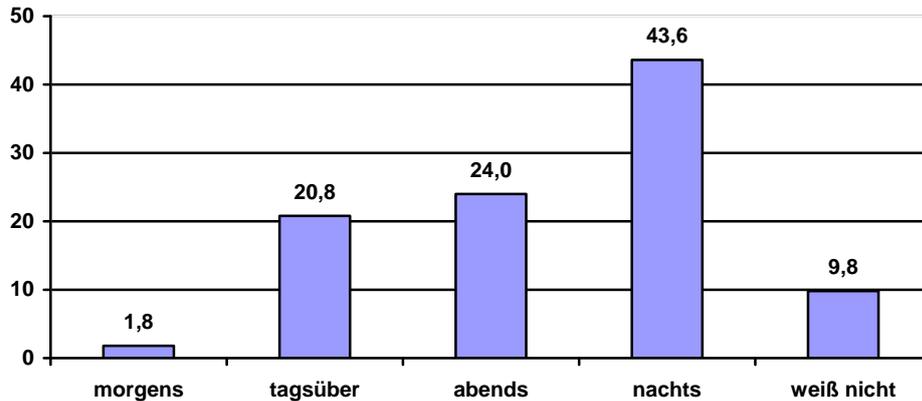
Einen unmittelbaren Zusammenhang mit einer Großveranstaltung, sei sie nun kultureller, sportlicher oder politischer Art, ist nicht erkennbar: 84% der Befragten beantworteten diese Frage mit einem klaren *Nein*. Stattdessen kreuzten reichlich 7% der Befragten die Kategorie *Sonstige* an, was sie alsdann mit Familienfesten und privaten Partys umschrieben. Die restlichen 8% verteilen sich im einstelligen Bereich auf diverse Einzelveranstaltungen, die beispielhaft genannt waren, darunter auch sportliche Großveranstaltungen (wie beispielsweise Bundesligaspiele) sowie Demonstrationen und Kundgebungen. Damit kann das (auch von den Medien aufgebauchte) Vorurteil, dass Rettungskräfte häufig von Fußballhooligans oder Demonstrationsteilnehmern angegriffen werden, entkräftet werden.

Erwartet wurde, dass es vermehrt in den Abend- und Nachtstunden, und hierbei insbesondere an Wochenenden bzw. in den Nächten von Freitag auf Samstag und von Samstag auf Sonntag zu Übergriffen kommt. Hinsichtlich des Wochentages sind die Ergebnisse nicht aussagekräftig genug, da über 70% der Befragten sich nicht mehr erinnern konnten. Diejenigen, die sich jedoch noch erinnern konnten, bestätigten, dass es tendenziell eher am Samstag zu Übergriffen kommt.

¹² WG steht hier für „Wohngebiet“

Abbildung 10 kann man entnehmen, dass es hauptsächlich nachts (nach 22 Uhr) zu Übergriffen kommt, wobei es gleichzeitig kaum einen Unterschied zwischen den Tag- (21%) und Abendstunden (24%) gibt.

Abbildung 10: Einsatzzeit¹³



(Angaben in gültigen Prozent)

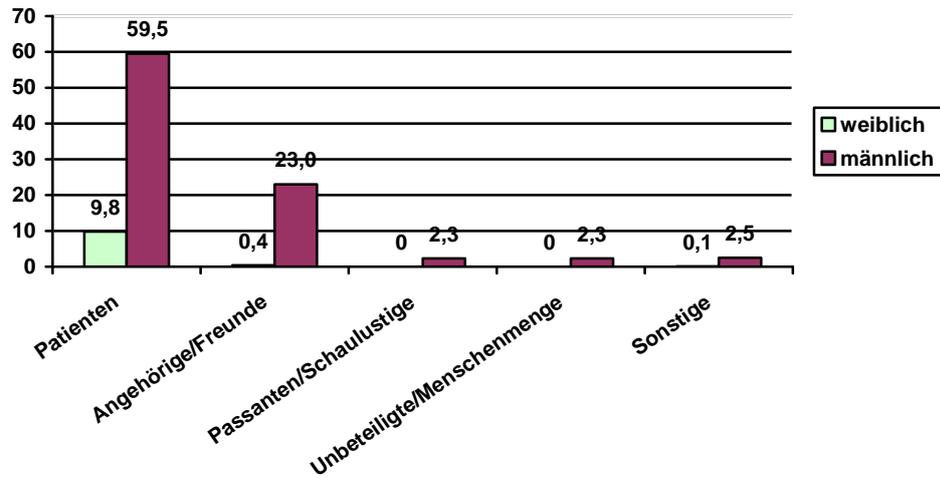
Lediglich morgens scheint die ruhigste Zeit für die Einsatzkräfte zu sein, was sicherlich mit den Tätermerkmalen, die im folgenden Kapitel beschrieben werden, zusammenhängt.

4.4 Tätermerkmale

Bevor diejenigen Merkmale behandelt werden, die vermutlich mit der Zeit eines Übergriffes korrelieren, sollen zunächst allgemeine Tätermerkmale dargestellt werden: Die Täter sind in fast 90% der Fälle männlich und zu fast 70% handelt es sich bei den Tätern um Patienten. Wenn es sich um Angreifer aus einer unbeteiligten Menschenmenge oder Schaulustige und Passanten handelt, sind die Täter immer männlich. Frauen werden offenbar nur übergriffen, wenn sie selbst Patientinnen sind. Einen Überblick über Geschlecht und Personengruppe der Täter gibt die folgende Abbildung 11.

¹³ morgens = 5-9 Uhr, tagsüber = 9-18 Uhr, abends = 18-22 Uhr, nachts = 22-5 Uhr

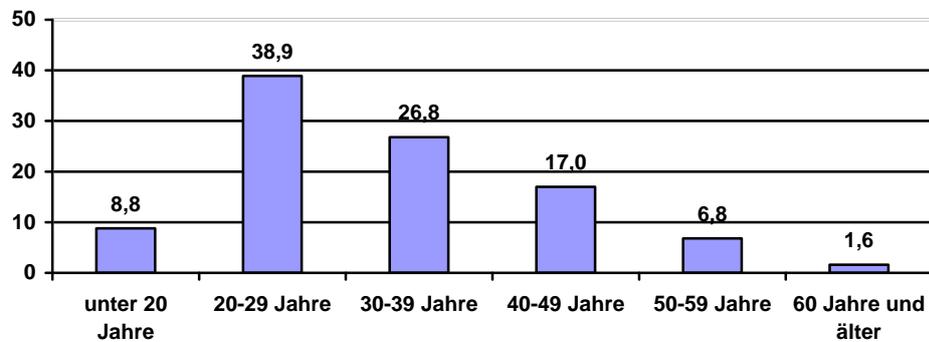
Abbildung 11: Tätermerkmale (Geschlecht + Personengruppe)



(Angaben in gültigen Prozent)

Beim Alter der Täter gibt es keinen nennenswerten Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Tätern. Was jedoch auffällt, ist das Ergebnis, dass die Täter zumeist zwischen 20 und 40 Jahre alt sind.

Abbildung 12: Alter der Täter



(Angaben in gültigen Prozent)

Damit kann ein weiteres, von den Medien – trotz gegenteiliger aktueller Forschungsbefunde¹⁴ – verbreitetes Vorurteil, entkräftet werden: Die Jugendgewalt ist gleichbleibend bis rückläufig und kann zumindest für den

¹⁴ So die aktuelle KfN-Studie (2009): „Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt“.

untersuchten Forschungsgegenstand (Gewalt gegen Rettungskräfte in Nordrhein-Westfalen) als ein eher geringes Problem angesehen werden.

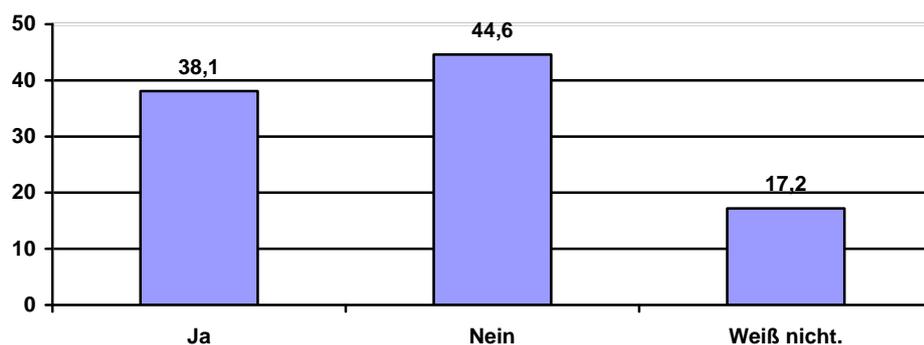
Ein weiteres Phänomen, welches untersucht werden sollte, stellt der vermutete Zusammenhang einer höheren Kriminalitätsbelastung bei Menschen mit Migrationshintergrund dar¹⁵. Als Vorbemerkung sei erwähnt, dass unter Personen mit Migrationshintergrund folgende Personengruppen gefasst werden:

- Zugewanderte Ausländer
- Deutschstämmige (Spät-) Aussiedler
- Eingebürgerte sowie Deutsche mit mindestens einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil

Laut des aktuellen Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes betrug 2010 „der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund im engeren Sinne [...] 19,3%“¹⁶. In Nordrhein-Westfalen ergibt sich ein Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund von 23,9%.¹⁷

Vor diesem Hintergrund kann der oben vermutete Zusammenhang, wie Abbildung 13 veranschaulicht, ebenfalls verneint werden.

Abbildung 13: Migrationshintergrund der Täter



(Angaben in gültigen Prozent)

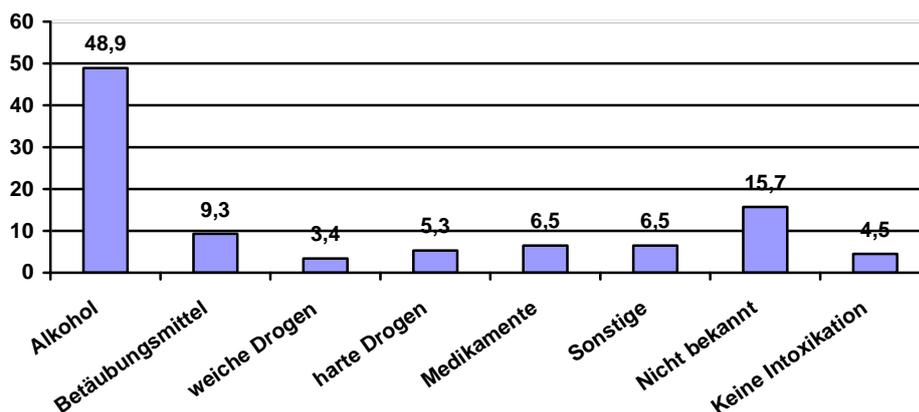
¹⁵ Vgl. Polizeiliche Kriminalstatistik 2010

¹⁶ Statistisches Bundesamt 2011, 7

¹⁷ Statistisches Bundesamt 2011, 36

Die Täter litten weder erkennbar an Schmerzen (rund 77%) noch unter Angstzuständen oder Panik (rund 65%). Allerdings standen sie in über 40% der Fälle unter Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten, was Abbildung 14 ausdifferenziert nach Art der Droge darstellt.

Abbildung 14: Intoxikation der Täter



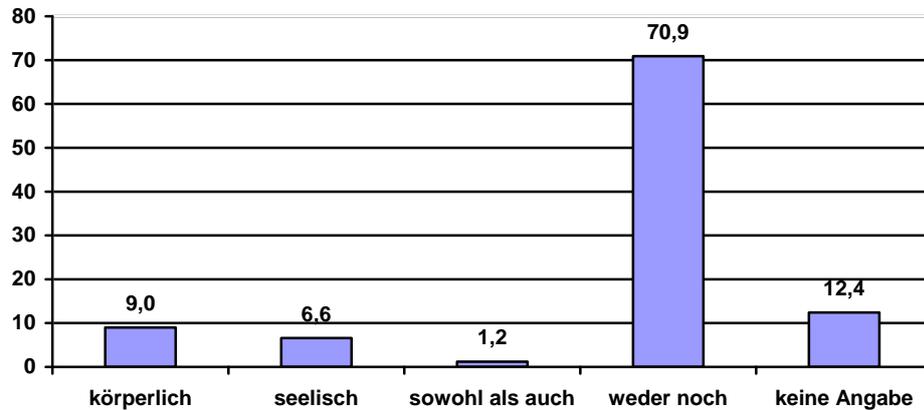
(Angaben in gültigen Prozent)

Auffällig ist hierbei, dass insbesondere der Alkoholkonsum mit fast 50% die häufigste Intoxikation darstellt.

4.5 Folgen für die Rettungskräfte

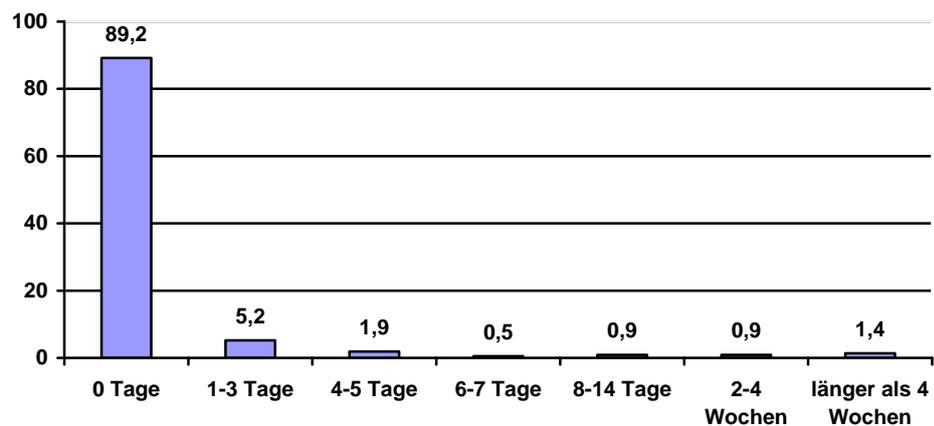
Zunächst wurde gefragt, ob man sich aufgrund der Konfrontation mit verbaler Gewalt im Einsatz, die fast alle Rettungskräfte schon mindestens einmal erlebt haben (vgl. Kapitel 3.1) psychisch belastet fühlt. Dies verneinten rund 83% der Befragten. Auch bei der Frage nach den Folgen eines etwaigen gewalttätigen Übergriffes gaben rund 71% der Befragten an, dass sie keinen Schaden erlitten haben (vgl. hierzu Abbildung 15).

Dass es sich dabei in der Regel um keine schwerwiegenden Folgen handelte, bestätigten rund 92% der Befragten dadurch, dass sie angaben aufgrund dieses Übergriffes nicht behandelt werden zu müssen.

Abbildung 15: Art des Schadens durch einen gewalttätigen Übergriff

(Angaben in gültigen Prozent)

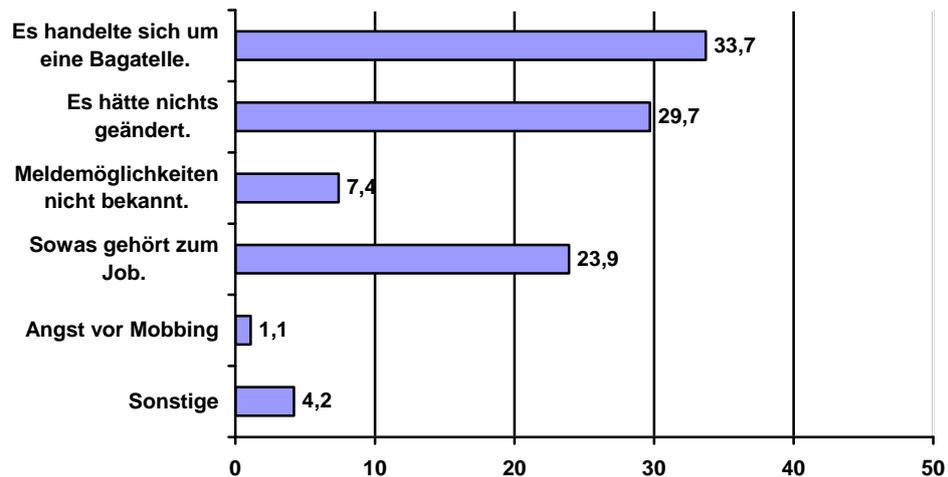
Von denjenigen, die jedoch einen Schaden erlitten haben, gaben rund 84% an, dass es sich dabei nicht um einen bleibenden Schaden handelte. Die daran anschließenden Fragen nach Art und Dauer der Behandlung sind aufgrund zu geringer Teilnehmerzahlen nicht mehr aussagekräftig. Tendenziell handelte es sich aber um eine akute ärztliche Behandlung, die ambulant erfolgen konnte. Eine daran anschließende Arbeits- oder Dienstunfähigkeit lag nur in ganz seltenen Fällen vor, wie man Abbildung 16 entnehmen kann.

Abbildung 16: Dauer der Arbeits- oder Dienstunfähigkeit

(Angaben in gültigen Prozent)

Für die oben bereits erwähnte Geringfügigkeit des, von einem gewalttätigen Übergriff davon getragenen Schadens, spricht auch die Tatsache, dass die Befragten zu rund 67% besagten Übergriff nicht gemeldet haben. Über die Gründe für das Nicht-Melden gibt Abbildung 17 Aufschluss.

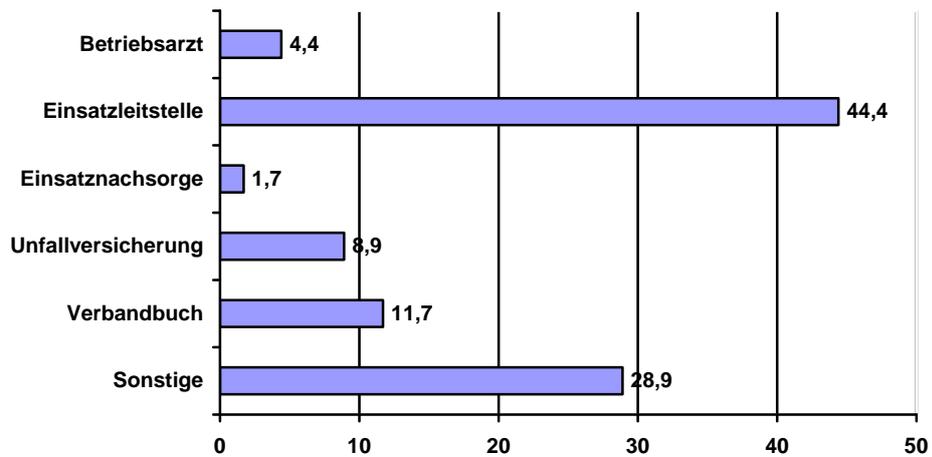
Abbildung 17: Grund für Nicht-Meldung



(Angaben in gültigen Prozent)

Unter *Sonstige* fanden sich 21 kurze Erläuterungen: So wurde die Unzurechnungsfähigkeit der Täter (aufgrund von Alkohol- oder Drogeneinfluss sowie einer psychischen Erkrankung) in 8 Fällen als Grund für eine nichterfolgte Meldung angegeben. Weitere 5 meinten, dass sich eine gesonderte Meldung durch die anwesende Polizei erübrigt hat. Und die restlichen 8 gaben die Geringfügigkeit sowie ein vermutetes Desinteresse bei den Meldestellen als Grund an.

Danach wurde noch gesondert gefragt, ob der Meldeweg eindeutig beschrieben sei: Dies beantworteten 46% mit Ja und 38% mit Nein (16% meinten, sie können das nicht beurteilen). Falls es jedoch zu einer Meldung kam, verrät die folgende Abbildung 18, wem diese zugestellt wurde.

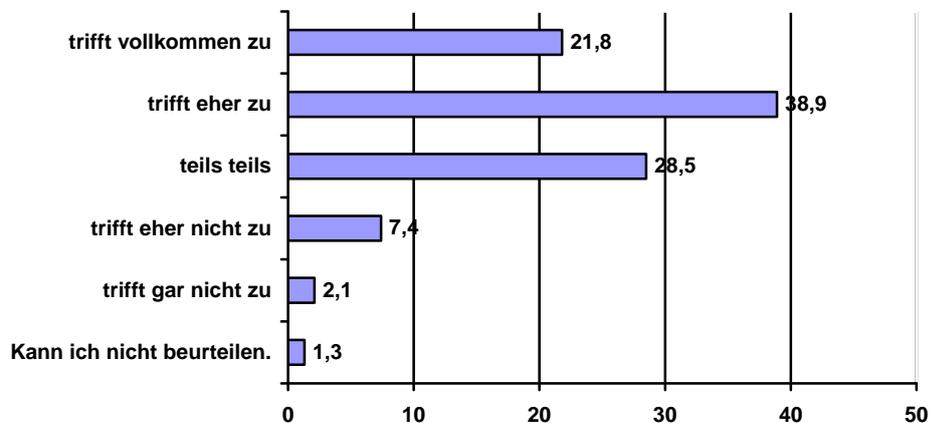
Abbildung 18: Meldestelle

(Angaben in gültigen Prozent)

In diesem Bereich herrscht also sicherlich Handlungsbedarf, damit sich die Rettungskräfte im Falle von Übergriffen an die richtige Stellen wenden und sich dort auch ernstgenommen und verstanden fühlen. Eine zentrale Meldestelle erscheint hier, auch für weitere Dokumentationszwecke, sinnvoll.

4.6 Zufriedenheit mit Ausbildung, Betreuung und Ausstattung

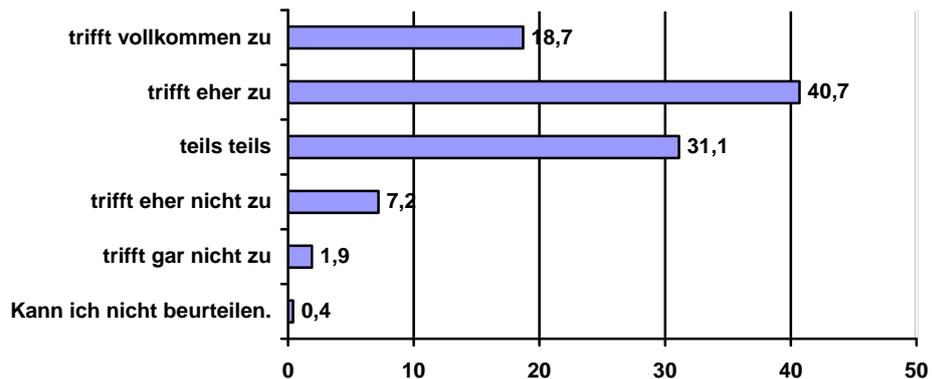
Im folgenden Kapitel sollen die Ergebnisse dargestellt werden, die Aufschluss über die Zufriedenheit der Rettungskräfte hinsichtlich ihrer Aus- und Weiterbildung, der Betreuung und Nachsorge sowie der Ausstattung im Einsatz geben. Fangen wir mit der Aus- und Weiterbildung an:

Abbildung 19: Die Aus-/Fort- und Weiterbildungsangebote sind gut.

(Angaben in gültigen Prozent)

Zunächst ist positiv festzuhalten, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten mit den Aus-/Fort- und Weiterbildungsangeboten weitestgehend zufrieden ist (vgl. Abbildung 19). Und auch der generelle Praxisbezug der Ausbildung wird überwiegend als gut empfunden (vgl. Abbildung 20).

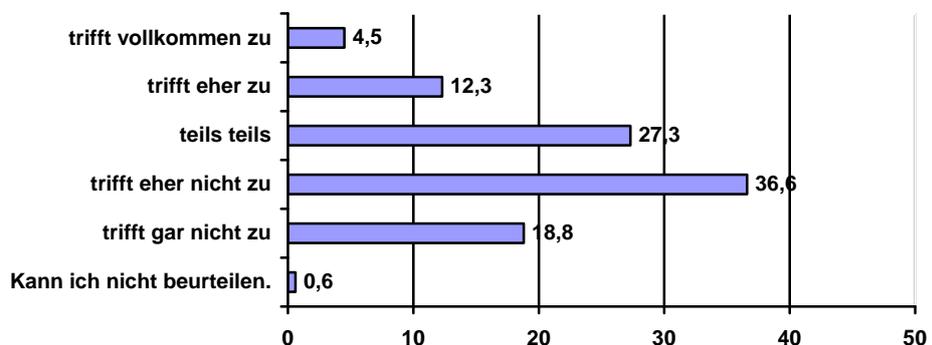
Abbildung 20: Meine Ausbildung hat mich gut auf die Praxis vorbereitet.



(Angaben in gültigen Prozent)

Nach dieser allgemeinen Zufriedenheit zeigen sich aber schon erste problematische Befunde: Rund 55% stimmten der Aussage, dass die Ausbildung sie gut auf mögliche Konfliktsituationen im Einsatz vorbereitet hat, **nicht** zu. Abbildung 21 veranschaulicht dieses Ergebnis und lässt deutlich erkennen, dass hier absoluter Handlungsbedarf besteht.¹⁸

Abbildung 21: Während meiner Ausbildung wurde ich gut auf mögliche Konfliktsituationen im Einsatz vorbereitet.

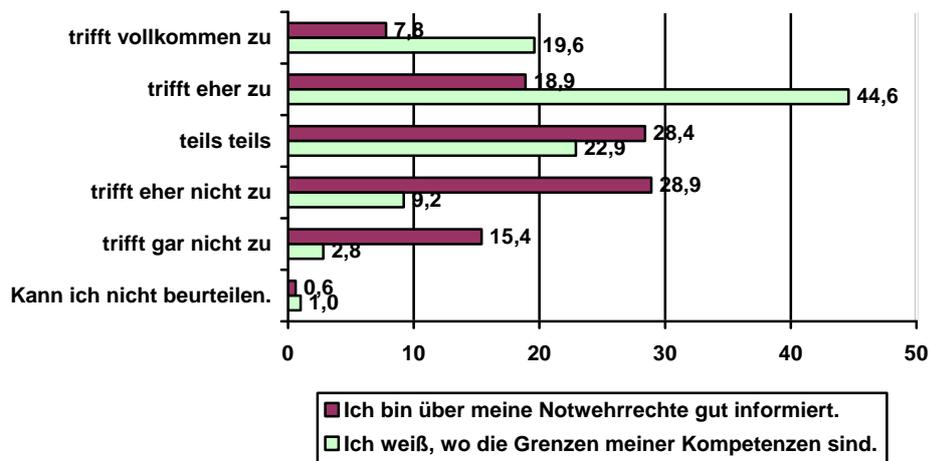


(Angaben in gültigen Prozent)

¹⁸ Wie diesem Befund begegnet werden kann, zeigt die Analyse der Experteninterviews in Kapitel 5.2.

Auch die nächste Frage, ob man gut über die eigenen Notwehrrechte informiert ist, hat fast die Hälfte der Befragten mindestens eher verneint. Die Grenzen ihrer Kompetenzen kennen sie hingegen schon sehr genau. Der Aussage, ich weiß, wo die Grenzen meiner Kompetenzen sind, stimmten fast zwei Drittel der Befragten zu. Den damit verbundenen Widerspruch verdeutlicht die folgende Abbildung 22.

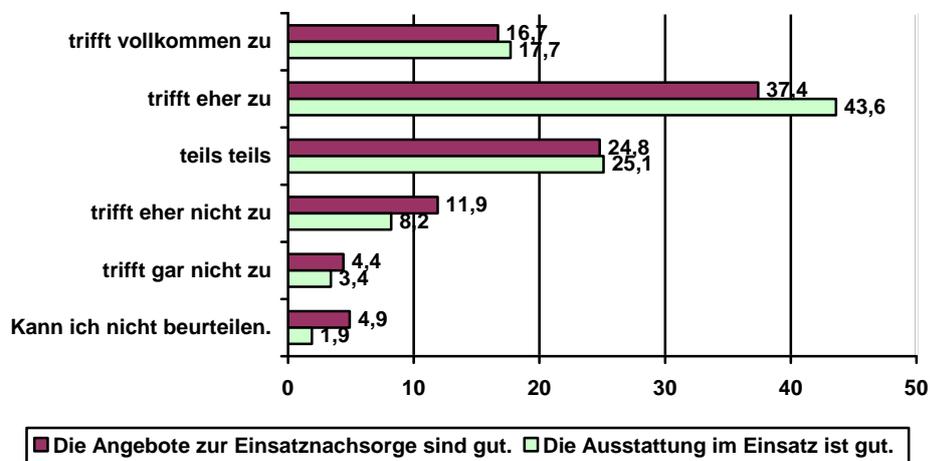
Abbildung 22: Kenntnis über Notwehrrechte und Kompetenzgrenzen



(Angaben in gültigen Prozent)

Hinsichtlich der Angebote zur Einsatznachsorge und der Ausstattung im Einsatz zeigte wieder der überwiegende Teil der Befragten seine Zufriedenheit mit dem Status quo (vgl. Abbildung 24).

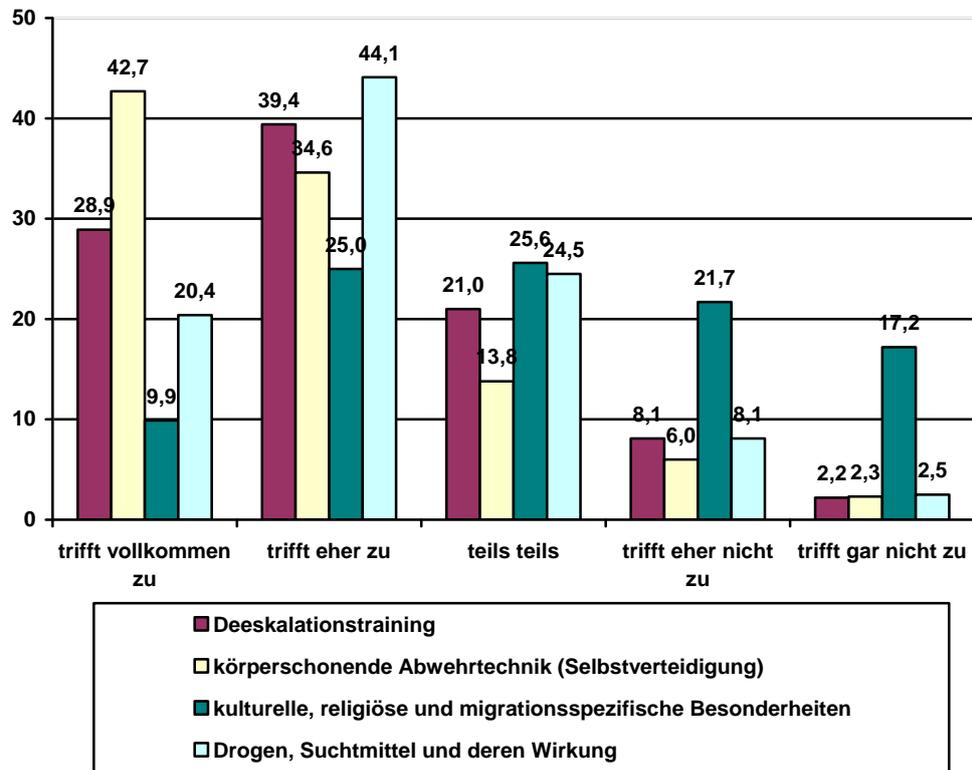
Abbildung 23: Einsatznachsorge und Ausstattung im Einsatz sind gut.



(Angaben in gültigen Prozent)

Danach folgte ein Block an Skalenfragen, in dem die Befragten den Grad ihrer Zustimmung zu regelmäßigen Fortbildungsangeboten in diversen Bereichen angeben konnten. Einen Überblick gibt die folgende Abbildung 25.

Abbildung 24: Ich wünsche mir regelmäßige Fortbildungen im Bereich ...¹⁹



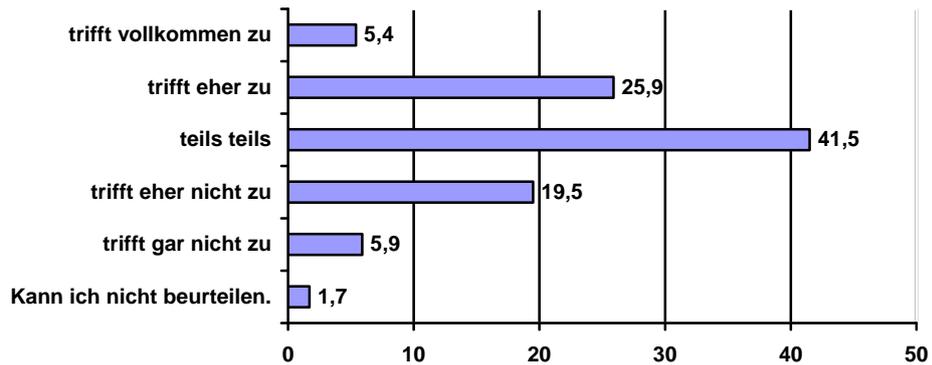
(Angaben in gültigen Prozent)

Es zeigt sich, dass insbesondere Fortbildungsmaßnahmen in den Bereichen *Selbstverteidigung* (77,3%), *Deeskalationstraining* (68,3%) sowie *Drogen und ihre Wirkung* (64,5%) gewünscht werden. Wohingegen der Wissenserwerb hinsichtlich *kultureller, religiöser und migrationsspezifischer Besonderheiten* nur von einem Bruchteil (34,9%) als wichtig erachtet wird. Da sich, wie in Kapitel 4 noch deutlich werden wird, teilweise sehr starke Ressentiments gegenüber Mitmenschen mit Migrationshintergrund halten, wäre es sicherlich ratsam, auch gegen den expliziten Wunsch der Betroffenen Fortbildungsmaßnahmen in diesem Bereich anzubieten und gegebenenfalls fest in die Ausbildung zu integrieren.

¹⁹ Zur besseren Veranschaulichung wurde auf die Kategorie „Kann ich nicht beurteilen“ verzichtet. Die Werte lagen hier durchgehend zwischen 0,4 und 06%.

Zu guter Letzt stand noch das Sicherheitsempfinden der Rettungskräfte im Mittelpunkt: Hierzu sollte zunächst der rechtzeitige Schutz durch die Polizei beurteilt werden (vgl. Abbildung 25).

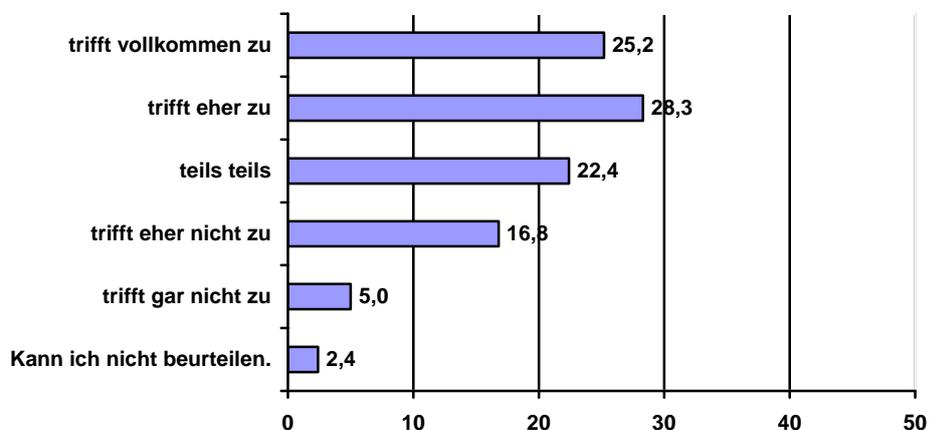
Abbildung 25: Der rechtzeitige Schutz durch die Polizei ist stets gewährleistet.



(Angaben in gültigen Prozent)

Da dieses Ergebnis erwartungsgemäß indifferent ist und keine richtigen Schlüsse zulässt, folgte sodann die Frage, ob es Einsatzorte gibt, an denen man nur mit Polizeischutz eingesetzt werden möchte. Zwar geben über 50% der Befragten an, dass es durchaus Einsatzorte gibt, an denen sie nur mit Polizeischutz eingesetzt werden wollen (vgl. Abbildung 26).

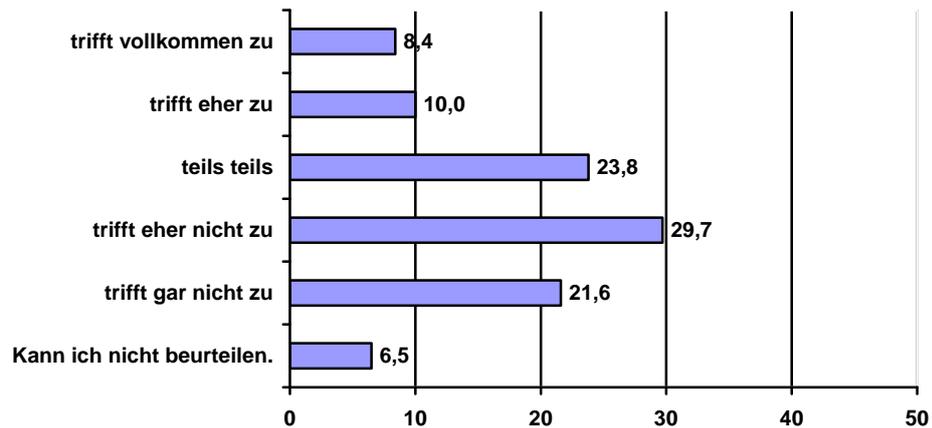
Abbildung 26: Es gibt Einsatzorte, an denen ich nur mit Polizeischutz eingesetzt werden möchte.



(Angaben in gültigen Prozent)

Die Einführung einer speziellen Schutzweste für den medizinischen Rettungsdienst lehnen die meisten aber ab. Lediglich 18% der Befragten befürworten die Einführung einer solchen Schutzweste, wie die folgende Abbildung 27 zeigt.

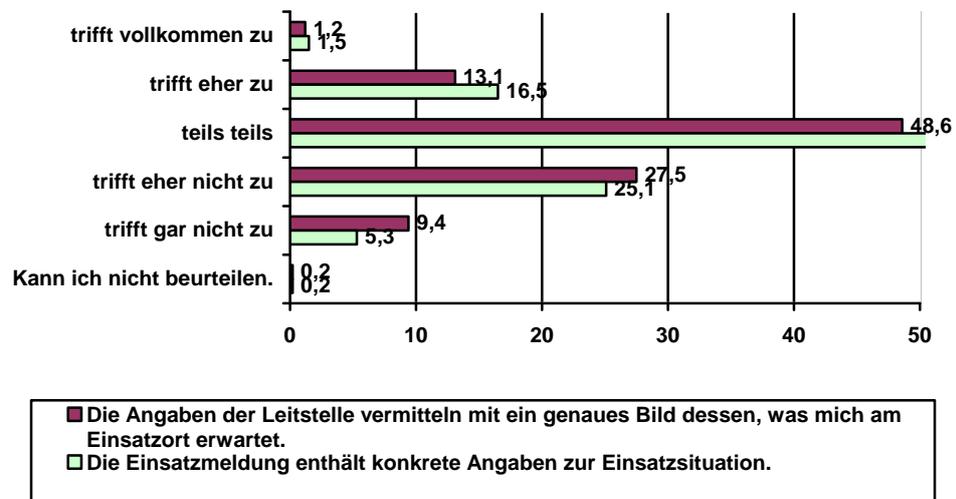
Abbildung 27: Ich würde mich mit einer Schutzweste sicherer fühlen.



(Angaben in gültigen Prozent)

Ein viel wichtigerer Punkt sind die Qualität und Verlässlichkeit der Einsatzmeldungen durch die Leitstelle. Hier gibt es offenbar tatsächlichen Handlungsbedarf, denn die Mehrheit der Rettungskräfte vermisst entsprechende Angaben der Leitstelle, wie Abbildung 28 verdeutlicht.

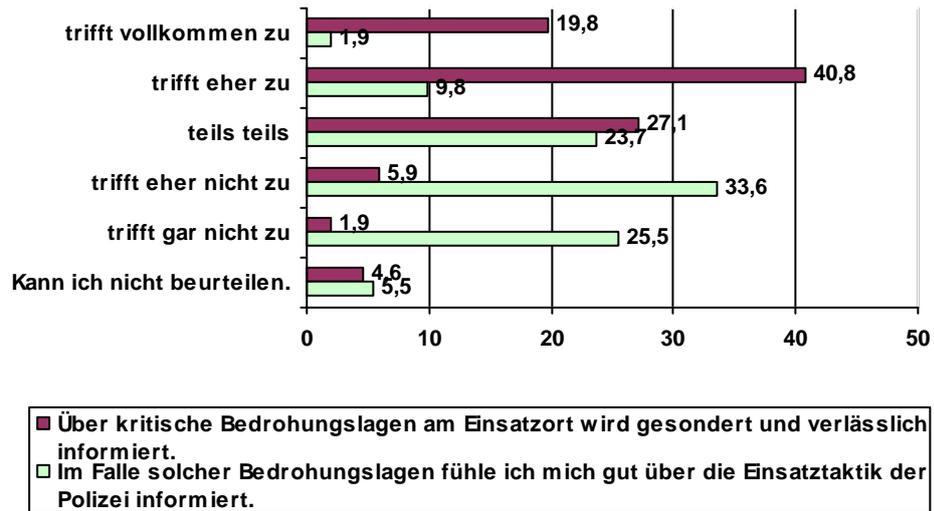
Abbildung 28: Angaben der Leitstelle und Einsatzmeldung



(Angaben in gültigen Prozent)

Sollten Bedrohungslagen vorliegen, wird zwar in der Regel von der zuständigen Leitstelle gesondert und verlässlich darüber informiert, wie über 60% bestätigten. Gleichzeitig fühlen sich aber nur rund 12% der Befragten dann auch gut über die Einsatztaktik der Polizei informiert (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 29: Informationen bei kritischen Bedrohungslagen

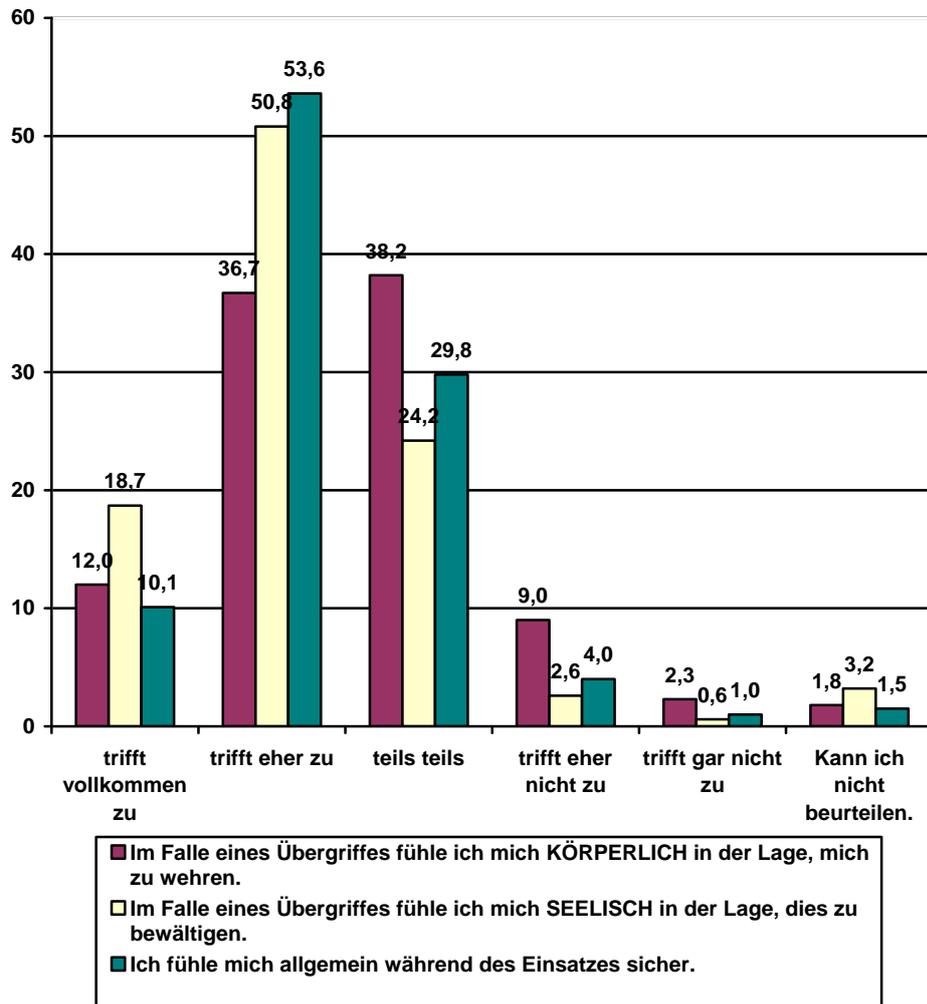


(Angaben in gültigen Prozent)

Um aber das Sicherheitsgefühl der Rettungskräfte zu stärken, als auch potentielle Bedrohungslagen nicht zu tatsächlichen Konfliktsituationen erwachsen zu lassen, ist ein guter Informationsfluss unabdingbar.

Schlussendlich war es wichtig heraus zu finden, wie es um die Copingfähigkeiten der Rettungskräfte steht, da dies ein wichtiger Aspekt des subjektiven Sicherheitsgefühls darstellt. Hierzu sollten die Befragten kurz einschätzen, inwieweit sie mit Übergriffen im Einsatz körperlich und seelisch zu Recht kommen würden, und ob sie sich generell im Einsatz sicher fühlen. Die ausnahmslos positiven Ergebnisse sind der folgenden Abbildung 30 zu entnehmen.

Abbildung 30: Copingfähigkeiten und Sicherheitsgefühl



(Angaben in gültigen Prozent)

Man braucht sich diesbezüglich also relativ wenig Sorgen um das Rettungsdienstpersonal zu machen: Es scheint sehr gut mit den Problemen, die der Rettungsdienstalltag mit sich bringt, umgehen zu können – sowohl physisch als auch mental. Ein weiteres Indiz hierfür ist auch die Tatsache, dass lediglich 11% der Befragten angaben, dass sie befürchten, in den nächsten 12 Monaten Opfer eines gewalttätigen Übergriffes im Einsatz zu werden.

5 Analyse der qualitativen Ergebnisse

Den im Sommer 2011 durchgeführten problemzentrierten Experteninterviews lag folgender Leitfaden zu Grunde:

Fragenkomplex 1:

Die häufigsten Arten der Übergriffe durch die Patienten sind das Behindern medizinischer Maßnahmen, die verbale Gewalt und das Androhen körperlicher Gewalt. Wie würden Sie das beurteilen und würden Sie der These zustimmen, dass das keine typischen Gewalttaten durch typische kriminelle Gewalttäter sind, sondern dem Unverständnis und der Hilflosigkeit der Patienten geschuldet ist? Woran liegt das? Wie könnte man dem entgegenwirken?

Fragenkomplex 2:

Nicht einmal 20% des Personals fühlen sich gut auf Konfliktsituationen vorbereitet. Woran liegt das? Was kann man dagegen tun?

Fragenkomplex 3:

Nicht mal 15 % der Rettungskräfte fühlen sich im Falle von Bedrohungslagen über die Einsatztaktik der Polizei informiert. Woran liegt das? Was kann man dagegen tun?

Fragenkomplex 4:

In Nordrhein-Westfalen gibt es einen sehr hohen Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (~ 24%). Beim Rettungsdienstpersonal spiegelt sich das nicht wider. Hier haben nur 4% einen Migrationshintergrund. Was halten Sie von einer interkulturelleren Ausrichtung der Personalpolitik?

Fragenkomplex 5:

Wie stehen Sie zur kürzlich verabschiedeten Gesetzesverschärfung, wo in den § 113 StGB – Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte - auch das Rettungsdienstpersonal und die Feuerwehrkräfte mit integriert wurden und das Mindeststrafmaß von 2 auf 3 Jahre erhöht wurde? Haben Sie sich das gewünscht? Was versprechen Sie sich von dieser Änderung?

In insgesamt sieben Interviews wurden neun Personen, „die in Hinblick auf [den] interessierenden Sachverhalt als ‚Sachverständige‘ in besonderer Weise kompetent sind“²⁰, befragt. Bei der Auswahl wurde ferner darauf geachtet, dass sowohl Praktiker, als auch Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung sowie Ausbilder zu Wort kommen.

Abbildung 31: Interviewpartner

Name	Position/Institution
Thomas Lembeck	Leitender Branddirektor und stellvertretender Amtsleiter (Feuerwehr Essen)
Werner Schweck + Frank Haske	Kreisoberamtsrat (Ordnungsamt Kreis Warendorf) + Leiter Rettungswache Telgte
Hermann Friedrich	Polizeirat, Dozent für Einsatzlehre und Einsatztraining (HfPV)
Holger Hoever	Polizeihauptkommissar, Zugführer in der Bereitschaftspolizei (Bundespolizei-Hundertschaft Düsseldorf)
Thorsten Fuchs	Stellvertretender Vorsitzender Komba Gewerkschaft NRW, Fachbereich Feuerwehr und Rettungsdienst
Dr. Frank Stollmann	Leiter Gruppe „Öffentliches Gesundheitswesen“ (MGEPA)
Daniel Scherer + Sebastian Nikofo	Chief Director für Deutschland + Medical Defense Instructor (International Defensive Tactics School)

Die Interviews wurden vollständig transkribiert und ausgewertet. In den folgenden Kapiteln werden die Hauptargumente der Befragten, sortiert nach den Fragekomplexen, wiedergegeben und kurz analysiert.

5.1 Fragenkomplex „Beurteilung der Übergriffe“

Aus Sicht der Experten sind Übergriffe auf Rettungskräfte üblicherweise nicht an der Tagesordnung, Rettungskräfte werden in der Regel auch nicht gezielt angegriffen: „Es ist nicht so, dass das der Dauerbrenner ist, dass das jeden Tag passiert.“ (Interview 5, S.1). Einigkeit herrscht bei den Experten darüber, dass die Übergriffe auf Rettungskräfte auch keine typischen Gewalttaten durch typische Kriminelle darstellen, sondern in der Regel dem Gefühl von Hilflosigkeit des Patienten/der Patientin, deren Unverständnis darüber, was gerade mit ihnen passiert, sowie Einflüssen von Suchtmitteln und/oder weiterer Personen geschuldet sind. Sie betonen, dass zwischen den Personen, die mit Vorsatz handeln, wie die häufig ge-

²⁰ Flick 2006, 218

nannten Fußball-Hooligans, und denen, deren Angriff als ein „Akt der Selbstverteidigung“ zu werten ist, unterschieden werden muss. In dieser Unterscheidung bzw. der Betonung dieser Unterscheidung wird die grundsätzlich wohlwollende Haltung der Rettungskräfte bzw. der hier interviewten Experten deutlich: Sie trennen klar nach Vorsatz und Affekt bzw. Selbstverteidigung und entschuldigen letzteres auch moralisch im Sinne eines „Denn sie wissen nicht, was sie tun“.

Dabei meinen sie, dass der Rettungsdienst bei der Bevölkerung zunächst eher positiv konnotiert ist und die Rettungskräfte erst im Verlauf der Situation zum Angriffsziel werden: „Der Rettungsdienst ist ja eher mit Helfen, mit etwas Positivem verknüpft, von daher entsteht es doch immer aus der Situation heraus.“ (Interview 7/P2, S. 2). Ein anderer Experte schildert dies jedoch gegensätzlich und meint, Rettungskräfte seien qua ihrer Identifikation mit dem Staat dafür prädestiniert, in einer bereits gewalttätigen Situation auch angegriffen zu werden:

„Ich denke, vor 20 Jahren war Gewalt gegen Rettungskräfte ein absolutes Tabu, man merkt so, die letzten Jahre Gesellschaftswandel trägt dazu bei, dass alles, was eine Uniform hat, ein Feindbild für manche Leute in der Bevölkerung ist. Uniform ist Staat, Staat ist blöd und die kommen zwar eigentlich zum Helfen, aber Nö. Ich denke, das ist ein gesellschaftlicher Wandel.“ (Interview 5, S. 3).

Insgesamt betonen die Experten mehrfach, dass ein Einsatz immer eine Ausnahme- bzw. Extremsituationen für Patienten und Angehörige bzw. Beteiligte bedeutet. Den Befragten ist ihren eigenen Schilderungen zufolge bewusst, dass die Patienten oftmals nicht in der Lage sind zu verstehen, was gerade mit ihnen geschieht, dass sie eine Behandlung manchmal ablehnen und sich durch die Rettungskräfte bedroht fühlen. Als einer der Hauptgründe wird der Alkohol- und Drogeneinfluss bei den Patienten selbst und den beteiligten Personen angegeben. Es wird deutlich, dass die Befragten die Patienten aufgrund ihrer „Bewusstseinsminderung“ (z.B. Interview 3, S. 1) ein Stück weit von der Verantwortung für ihr Handeln entbinden:

- „[...] wenn die Leute alkoholisiert sind, total verwirrt, die wissen gar nicht, was sie da gerade tun oder wollen“ (Interview 5, S. 1),

- „[...] und diese Person aus ihrem Deliriumszustand erwacht und nicht direkt erkennt, dass das Helfer sind. Das kommt recht häufig vor.“ (Interview 7, S.1),

Es wird deutlich, dass das Rettungsdienstpersonal in diesen Situationen, auf die sich die Betroffenen nicht vorbereiten können, besonders sensibel agieren muss. Dies gelingt offenbar nicht immer, was die Experten einerseits auf eine gewisse Routine („Abgestumpftheit“) und andererseits mangelnde Kommunikation untereinander und mit den Patienten (was möglicherweise durch die Routine bedingt ist) zurückführen:

„Rettungsdienstmitarbeitern, für die ja vieles im täglichen Geschäft Routine wird, dass denen stärker vom Bewusstsein her stärker deutlich sein muss, dass das für die Patienten in der Regel eine Ausnahmesituation ist und wenn dann noch besondere Aspekte hinzukommen, Hilflosigkeit, unter Umständen auch kulturelle Aspekte, dass das alles Gesichtspunkte sind, die von den Rettungsdienstmitarbeitern stärker berücksichtigt werden müssen.“ (Interview 6, S.1).

So fühlen sich die Patienten zum Teil nicht ernst genommen, beleidigt oder sogar bedroht:

„[...] Unwissenheit durch Seiten der Rettungsdienstfahrer, da kann ein falscher Kommentar kommen [...] Alltag im Rettungsdienst, da stumpft man ein wenig ab. Dieses Abgestumpftsein kann sich in der Kommunikation mit dem Patienten niederschlagen und der fühlt sich nicht ernst genommen.“ (Interview 7/P1, S. 2).

Dem solle man, so die Experten, mit „deeskalierenden Maßnahmen in Wort und Tat“ (Interview 1, S.1) entgegen wirken. Das bedeutet zum einen, den Patienten freundlich anzusprechen und anzusehen. Dazu gehört auch, dass sich die Rettungskräfte bei aller Alltagsroutine und persönlicher Verfassung nicht zu „dummen Sprüchen“ hinreißen lassen und damit eine gereizte Situation anstacheln bzw. überhaupt erst hervorrufen. Zum Anderen sollte dem Patienten gegenüber ständig klar kommuniziert werden, welche Maßnahmen aus welchem Grund gerade durchgeführt werden. Dies ist auch deshalb wichtig, da mehrere Rettungskräfte am Einsatz beteiligt sind, was aus Sicht des Patienten schnell hektisch und beängstigend wirken kann:

„[...] dem Patienten auch immer sagt, was jetzt passiert, dass nicht auf einmal der angefasst wird, der Arm wird hochgenommen, um den Puls zu messen, sondern es sollte alles kommu-

niziert werden, was man mit demjenigen macht und auch welcher Sinn und Zweck dahinter steht“ (Interview 7, S.1).

Hier bemängeln die Befragten, dass für eine gute Kommunikation mit dem Patienten und seinem Umfeld nicht immer Zeit vorhanden ist. Auch spielt der Aspekt der Arbeitsorganisation als Team eine Rolle. Ein Vorschlag lautet daher, den Einsatz so zu organisieren, dass sich ein Rettungssanitäter aus der Behandlung des Patienten heraus hält und stattdessen die Situation und die beteiligten Personen im Blick behält:

„Der Rettungsdienst hat noch ein weiteres Problem, die sind sehr intensiv darauf fokussiert, ihre medizinischen Maßnahmen im Team zu organisieren. Also wenn ich das so sehe, wenn wir zu dritt oder zu viert irgendwo aufschlagen, dann ist das Problem, dass jeder was machen will. [...] In konfliktähnlichen oder konfliktträchtigen Situationen wäre es sinnvoll, einen als Backup zu haben, der dort raus gezogen ist, der auch auf Angehörige einwirken kann.“ (Interview 3, S. 3).

Dies würde zum einen zur Sicherheit der Rettungskräfte beitragen, die vor einer drohenden Gefahr gewarnt oder abgeschirmt werden können: „...eine Funktionssicherung aufzubauen [...] zu gucken, was passiert im Umfeld“ (Interview 4, S.1). Zum Anderen könnten so auch die Angehörigen/beteiligten Personen besser betreut werden.

5.2 Fragenkomplex „Ausbildungsdefizite?“

Den Befragten zufolge haben die Themen Gewalt und Deeskalationstaktiken bislang in der Ausbildung des Rettungsdienstes keine Rolle gespielt. So sei das Problem der Gewalt über lange Zeit hinweg tabuisiert worden. In der Folge wurden auch Deeskalations- und andere Sensibilisierungsmaßnahmen in der Ausbildung nur ungenügend berücksichtigt. Hier habe man sich stattdessen auf die fachlichen Aspekte fokussiert. Einig sind sich die Experten darin, dass diese Maßnahmen fest in die Ausbildung integriert werden sollten. Bei der Umsetzung bzw. gesetzlichen Regelung gibt es verschiedene Ansichten. Einer betont das persönliche Interesse des Personals, auf gefährliche Situationen vorbereitet zu sein und rät, Anreize sowohl für die Rettungskräfte selbst als auch die Träger zu schaffen und deren Interesse zu wecken:

„[...]“, dass alleine eine Verpflichtung nicht ausreicht. Ich denke schon, das ist eine Bewusstseinsfrage [...]. Es muss stärker

über das Bewusstsein gehen, indem einfach dem Betreffenden klar wird, durch solche Sensibilisierungen, durch solche Schulungen werde ich besser in die Lage versetzt, besser auf den anderen zuzugehen, um für mich eine Gefährdung ausschließen zu können.“ (Interview 6, S. 1).

Die Experten heben immer wieder hervor, dass Ausbildung möglichst praxisnah, das heißt „von der Straße für die Straße“ (Interview 3, S.4) erfolgen sollte, denn „es geht zum Schluss nur über praktische Einheiten“ (Interview 3, S. 5). Dabei ist es einerseits wichtig, dass die Lehrenden selbst genügend Praxiserfahrung mitbringen:

„Es gehört einfach in die Ausbildung rein. Dann auch aus der Praxis für die Praxis. Also nichts Hochgestochenes, weil die Leute, die da arbeiten, brauchen auch praktische Lösungen. Dinge, mit denen die sich auch identifizieren können, ja, da kann ich jetzt sofort was mit anfangen und Handlungsanweisungen an die Hand geben, die man schnell abrufen kann, weil das so eine Extremsituation ist, da funktioniert eigentlich nur noch der Fluchtgedanke und dann muss ich wissen, was tu ich hier.“ (Interview 5, S. 2).

Zum Anderen sind für die Auszubildenden ein ständiges Training und praktische Erfahrungen notwendig:

„Es ist auf jeden Fall immer die Frage, wie etwas gelehrt wird, wie trainiert man etwas. Wir haben es bei uns so, dass immer ein Szenario hinterher durchgespielt wird. [...] Wir machen es so, dass es einen praktischen Realitätsszenarios nachgespielt wird und gerade da festigt sich das Wissen und es wird auch praktikabel. Man muss versuchen, die Theorie in die Praxis zu übertragen.“ (Interview 7/P1, S. 3),

Eine praxisnahe Ausbildung kann also einerseits durch regelmäßige Rollenspiele unterstützt werden. Andererseits werden auch gemischte Teams aus erfahrenen und unerfahrenen Kräften angesprochen, in denen die Auszubildenden eigene Praxiserfahrungen sammeln können.

Die Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten zur Selbstsicherung und Selbstverteidigung der Rettungsdienstkräfte werden von den Befragten als mangelhaft bewertet. Hier sehen die Experten ein deutliches Defizit im Vergleich zum Polizei- und Feuerwehrpersonal, was vermutlich einerseits an der fehlenden Thematisierung in der Ausbildung und andererseits am Selbstverständnis und einer teilweise falschen Beurteilung der eigenen Wirkung liegt: Das Selbstbild der meisten Rettungskräfte beruht darauf, „den Guten“, den Helfenden anzugehören und damit selbst nicht Täter oder

Bedrohung zu sein. Den meisten wird es daher kaum in den Sinn kommen, dass andere diese Sicht nicht teilen. Hier hat das Polizeipersonal einen klaren Vorteil, da es von vorneherein davon ausgehen muss, selbst Ziel eines körperlichen Angriffs zu werden:

„[...] wie man zum Patient geht, wie man dort kniet [...], spricht das eigentlich [...] gegen die Sicherheit. [...] würde ein Polizeibeamter nie im Leben dran gehen.“ (Interview 3, S. 3).

In diesem Bereich könnte der medizinische Rettungsdienst bestimmte Techniken und Konzepte von anderen Organisationen, wie der Polizei, lernen. Dies beinhaltet zum einen die Konzeption von Schulungen, wie zum Beispiel eine gegenseitige Schulung von Polizei-, Feuerwehr- und Rettungskräften, und zum Anderen Kommunikations- und Sensibilisierungstechniken zum rechtzeitigen Erkennen und Abwenden gefährlicher Situationen, und schließlich das Erlernen von Selbstverteidigungstechniken bzw. Techniken des Selbstschutzes. Auch hier wird betont, dass die Vermittlung auf möglichst praxisnahe Weise stattfinden muss, das heißt, dass die Lehrperson selbst unbedingt praktische Erfahrungen haben soll: „Da kann man aus Sicht der Polizei mit Sicherheit etwas lernen, nur man muss eben die richtige Polizei dann fragen“ (Interview 3, S. 5).

Es wird deutlich, dass insbesondere von Seiten der Rettungskräfte eher die Vermeidung von Gewalt, also z.B. durch rechtzeitiges Fliehen, anstelle von körperlicher Selbstverteidigung oder spezieller Schutzausrüstung gewünscht wird.

- „Gerade alles, was mit Gewalt zu tun hat, es gibt immer Interdependenzen und man kann nicht sagen, ich möchte nur den körperlichen Teil, ich möchte nur wissen, wie ich jemanden ruhig stellen kann und fixieren, wenn er, renitenter Patient, falsche Indikation bekommt, ausrastet, wie ich den dann beruhigen kann körperlich, sondern das geistige, die Kommunikationstechniken sind immer ein Mittel, mit dem ich das unterstützen kann. Und deswegen sollte das immer als Gesamtpaket angeboten werden.“ (Interview 7/P1, S. 2),

- „Situationen einschätzen können, sich daraus manövrieren können und wenn es gar nicht mehr anders geht, da körperlich raus kriegen. Mehr sollte es nicht sein, keine Ausrüstung, das bringt nichts!“ (Interview 5, S. 3).

Schließlich wird angeregt, die interkulturelle Sensibilität beim Rettungsdienst zu schulen:

- „Das sind Situationen bei uns, wenn wir in die Moschee rein-gehen, zu wissen, normal muss man da die Schuhe ausziehen, sonst ist der Boden da entweiht quasi, es kann Situationen geben, da geht es nicht anders, da muss man sich bewusst sein, dass die Leute, die da ihr Heiligstes gerade beschützen oder befleckt sehen, damit umgehen und die Gegenreaktion abwarten. Es kann aber auch sein, oder ich will einfach nur ein Gespräch führen, dann muss ich wissen, dass ich mich auch so zu verhalten habe, dafür ist es gut und dafür gibt es bei uns ganz tolle Lehrgänge.“ (Interview 4, S. 6)²¹

- „Man sollte schon gewisse Grundregeln haben, wie man mit Leuten aus gewissem Migrationshintergrund umgeht und dort so etwas wie einen Verhaltenskodex versuchen aufzustellen. Der sollte auch gelehrt werden.“ (Interview 7/P1, S. 5).

5.3 Fragenkomplex „Einsatztaktik der Polizei“

In diesem Fragenkomplex ist das Problem der fehlenden Kommunikation zwischen Polizei und Rettungskräften der Dreh- und Angelpunkt der Kritik. Die Experten gehen grundsätzlich davon aus, dass ein gewisser Grad der Geheimhaltung von Einsatztaktiken notwendig ist, um den Einsatz nicht zu gefährden, und dass eine detaillierte Offenlegung der Taktiken daher auch nicht wünschenswert ist. Darauf müsse aber in der Ausbildung der Rettungskräfte stärker eingegangen werden. Dem Rettungsdienstpersonal müsse bewusst gemacht werden, dass „die Polizei aus geheimtaktischen Gründen Informationen nicht weitergeben darf oder nicht umfangreich weitergeben darf.“ (Interview 2/P2, S.3). Gleichzeitig bemängeln die Befragten, dass die Organisationen insgesamt zu wenig über die Arbeitsweise der anderen Organisationen, die an einem Einsatz beteiligt sind, informiert sind. Zwar sei eine fehlende Kommunikation häufig durch Zeitmangel beziehungsweise Hektik während des Einsatzes verursacht. Gleichzeitig gebe es eine „natürliche Scheu“ der Organisationen, in die Arbeitsweise der anderen einzugreifen:

„Sie haben unterschiedliche Aufgaben, da reden die sich auch ungerne rein. Der Polizist sagt ungern dem Rettungsdienstfah-

²¹ Siehe Interview 4 als „Good-Practice“-Beispiel für einen solchen Lehrgang bei der Polizei.

rer, was er zu tun hat oder dem Notarzt und umgekehrt ja genauso. Ich glaube, das sind mehr oder minder natürliche Barrieren, aber das sollte natürlich auch durch mehr Kommunikation versucht werden, das zu öffnen.“ (Interview 7/P1, S. 4).

Dem könnte, so der Vorschlag der Experten, durch gegenseitige Schulungen von medizinischem Rettungsdienst, Polizei und Feuerwehr entgegen gewirkt werden, in denen die Organisationen sich gegenseitig über die jeweilige Arbeitsweise, Einsatztaktik usw. informieren:

- „[...] da muss auf unserer Seite mehr gemacht werden. Dass wir aus Sicht des Rettungseinsatzes wissen, wie sind die strukturiert, wie sind die aufgebaut, welche Kompetenzen haben die, welche Funktionen haben die organisatorischen Leiter Rettungsdienst in dieser ersten Phase, was ist mit Absprachen vor Ort, [...] Aus Sicht des Rettungsdienstes wäre es wichtig, dass man weiß, wie ist denn die Polizei im räumlichen Bereich aufgestellt [...] Beide Seiten müssen was tun.“ (Interview 3, S.7-8),

- „Ich denke schon, dass die unterschiedlichen Einsatzkräfte stärker aufeinander zugehen müssen. Ich sehe mich da nicht in der Lage, Verantwortlichkeiten einseitig zu verschieben. Das wird auch von Ort zu Ort, je nach Region, lokal unterschiedlich sein. Es gibt auch viele Beispiele in NRW, wo die Abstimmung zwischen Rettungskräften und Polizei gut funktioniert und es gibt an der ein oder anderen Stelle Kommunikationsprobleme. Ich denke, dass die unterschiedlichen Einsatzebenen aufeinander zugehen müssen, und dass man da versuchen muss, gemeinsame Wege zu finden. Ich denke auch nicht, dass das von oben oder überhaupt verordnet werden kann, sondern dass das einfach im kollegialen Miteinander gelöst werden muss.“ (Interview 6, S. 2).

Ein weiterer positiver Effekt solcher Schulungen sei auch, dass ein persönlicher Kontakt unter den Einsatzkräften der verschiedenen Organisationen entsteht und so auch persönliche Hemmschwellen reduziert und „ein gewisses Maß an Ängsten“ (Interview 6, S. 2) abgebaut werden könnten.

Im Einsatz wird die funktionierende Kommunikation zwischen Polizei, Feuerwehr und medizinischem Rettungsdienst als äußerst wichtig eingestuft. Sie müsse, neben den empfohlenen Vorbereitungen in Schulungen, auch während des Einsatzes selbst verbessert werden. Hier seien klare Absprachen und klare Zuständigkeiten (die vorab festzulegen und mitzuteilen sind) förderlich:

„Das Entscheidende vor Ort ist auch, zumindest höre ich das immer wieder raus, dass sie nur bedingt Kontakt zur Polizei vor Ort bekommen, das hängt auch mit der Erkennbarkeit zusam-

men. Zum Anderen, dass die Absprachen sehr ungenügend sind. Und die müssten deutlicher werden. Es muss klar sein, wer hat bei uns den Hut auf, wer hat schon in der ersten Phase den Hut auf, und wie schaffen wir es unter modernen Kommunikationsmöglichkeiten miteinander nah zu kommen.“ (Interview 3, S.6).

Außerdem wird empfohlen dafür zu sorgen, dass zumindest die Leitung des Rettungsdienstes gut informiert ist. Dies könne, sofern die Leitung dies gut vermitteln kann, beruhigend auf die anderen Rettungskräfte wirken:

„Ich könnte mir vorstellen, wenn ne gute Information, zumindest an den Orgel, aber eben nicht weiter, da ist, dann hat man zumindest das Gefühl, mein Chef da vorne der ist aber informiert und der würde mich auch warnen, wenn es für mich gefährlich wird.“ (Interview 2/P2, S.3).

5.4 Fragenkomplex „Interkulturelle Personalpolitik“

Eine interkulturelle Ausrichtung des Rettungsdienstpersonals ist nach Meinung der Experten bislang nicht aktiv verfolgt worden. Sie sei aber durchaus wünschenswert und sinnvoll. Einige meinen, es sei sehr schwierig, nicht deutschstämmige Personen für den Beruf zu gewinnen. Begründet wird dies einerseits mit dem fehlenden Interesse dieser Gruppe an diesem Beruf:

- „Ich glaube aber, bei den Migranten ist der Beruf des Feuerwehrmanns nicht so, weiß ich nicht, angesehen oder sonst irgendwie was.“ (Interview 1, S. 3),

- „Ich weiß von Städten, die haben das versucht, die Polizei versucht es auch, ganz speziell auf Immigranten einzugehen, meines Wissens nach ist das aber alles gescheitert, weil da gar kein Interesse war.“ (Interview 5, S. 6).

Andererseits wird die fehlende Qualifikation, insbesondere in Bezug auf deutsche Sprachkenntnisse als Begründung herangezogen:

„Wo wir schon Wert drauf legen, dass sie in der Lage sind, sich vernünftig zu artikulieren, deutsch zu können usw. Also wenn da jemand dabei ist, bei dem Deutsch nicht die Muttersprache ist, das funktioniert überhaupt nicht. Den würden wir auch nicht nehmen. Er muss ja nicht mal unbedingt nen deutschen Pass haben, es reicht ja, dass er EU-Bürger ist, das heißt also die Migranten in Deutschland sind ja häufig EU-Bürger, das würde schon ungefähr hinhalten, da hätten wir nicht mal das Problem, dass der Beamtenstatus kommen dürfte.“ (Interview 1, S. 3).

Eine stärkere Einbeziehung von Rettungskräften mit Migrationshintergrund wird von den Experten aus verschiedenen Gründen gewünscht. Zum einen geht es darum, der aktuellen Unterrepräsentation von Personen mit Migrationshintergrund im Rettungsdienst ganz selbstverständlich entgegen wirken zu wollen. Dies wird besonders im Interview 3 deutlich, in dem der Befragte eine selbstverständlich integrative und inkludierende Denkweise seiner Organisation vermittelt. „...es muss ein Selbstverständnis sein. Und wenn Sie von 20% reden, dann glaube ich, wäre ein Spiegelbild mit Sicherheit auch geeignet, mehr als die 4%.“ (Interview 3, S. 9).

Zum Anderen wird deutlich, dass „den Migranten“ besondere interkulturelle Kompetenzen zugesprochen werden, deren positive Auswirkungen auf das tägliche Geschäft und insbesondere in Konfliktsituationen für die Experten offensichtlich sind. Sie sollen den deutschen Rettungskräften vor Augen führen, dass sie sich in einer interkulturellen Atmosphäre bewegen, deren Besonderheiten sie besser beachten bzw. berücksichtigen müssen, bei kulturell bedingten Konflikten vermitteln und vor Missverständnissen schützen und sogar bei Sprachproblemen dolmetschen.

„[...] , dass eine Veränderung an der Stelle sinnvoll ist, ist eigentlich unbestritten. Und zwar aus meiner Sicht aus mehreren Gründen. Einmal, um auf allen Seiten ein besseres Verständnis für die kulturellen Unterschiede und gerade migrationsspezifische Unterschiede zu schaffen. Und ich denke auch im Sinne der rettungsdienstlichen Aufgabenwahrnehmung, das sind auch Erfahrungswerte, die uns erreichen, auch über Personalprobleme, wäre es sicher hilfreich, wenn man aus den Migrantenbevölkerungsschichten interessierte und qualifizierte Kräfte gewinnen könnte, die die Rettungskräfte entsprechend unterstützen.“ (Interview 6, S. 3).

Die Experten bemerken, dass das Rettungsdienstpersonal einige Defizite im Bereich der interkulturellen Kompetenz und Sensibilität aufweist. Diese Defizite führen immer wieder zu konfliktreichen Situationen und sollen durch Personen aus unterschiedlichen Kulturkreisen ausgeglichen werden:

„Es gibt sehr viele interkulturelle Konflikte, die sich einfach aus dem Einsatz heraus ergeben können, gerade weil wir einen hohen Anteil an Migranten hier haben und die natürlich genauso zum Klientel des Einsatzes gehören und da sich da auch Missverständnisse generieren. [...] Einfach bedingt aus dem unterschiedlichen kulturellen Raum und wenn ich das nicht weiß und da den ersten Fehler schon wieder begehe, dann kann es dort wieder zu Übergriffen kommen. [...] Ich denke, die sollten stär-

ker integriert werden und sollten auch mit einem gewissen Selbstbewusstsein ihren Migrationshintergrund mit einbinden können und vielleicht auch sogar in der Ausbildung einsetzen können.“ (Interview 7/P1, S 4-5).

Was hier als integrativer oder interkultureller Ansatz dargestellt wird, ist ohne Zweifel sehr pragmatisch und zielgerichtet gedacht, zumal die Einbindung von Personal mit Migrationshintergrund in erster Linie den Erfolg der Rettungseinsätze sowie die Sicherheit der Rettungskräfte verbessern soll. Auf der anderen Seite stehen ein latenter (wenn auch „wohlwollender“ bzw. „gut gemeinter“) Rassismus und Sexismus, die in etlichen Passagen deutlich werden. Zwar ist die Denk- und Sichtweise der Experten „gut gemeint“ und in der Praxis vielleicht sogar zutreffend. Aus soziologischer Sicht ist sie jedoch nicht ganz unproblematisch. So gehen die Experten teilweise von Klischees und Vorurteilen aus, von denen sie annehmen, dass sie Allgemeingültigkeit besitzen und selbstverständlich für ihre Sache genutzt werden darf. An dieser Stelle sei bemerkt, dass diese Sichtweise auch für die Einbindung von Frauen im Rettungsdienst gilt. Hier ähneln sich die Begründungen, weshalb mehr Personen dieser Bevölkerungsgruppe für den Rettungsdienst gewonnen werden sollen: Sie haben den Vorteil, dass sie besser „von Frau zu Frau“ beziehungsweise „von Migrant zu Migrant“ reden können:

„Es gilt erst mal zu unterscheiden, woher kommt diese Person, ich rede mit einem Osteuropäer auf einer anderen Distanz als mit einem Südländer oder jemandem aus dem asiatischen Raum. Das sind per se schon mal andere Distanzen. Nur die Sprachdistanz. Bei Asiaten ist die Distanz weitaus höher. Wenn ich ihm näher komme, fühlt er sich schon wieder unwohl. Einfach bedingt aus dem unterschiedlichen kulturellen Raum und wenn ich das nicht weiß und da den ersten Fehler schon wieder begehe, dann kann es dort wieder zu Übergriffen kommen. [...] ich denke, die sollten stärker integriert werden und sollten auch mit einem gewissen Selbstbewusstsein ihren Migrationshintergrund mit einbinden können und vielleicht auch sogar in der Ausbildung einsetzen können. (Interview 7/P1, S 4-5).

Hier zeigen sich die nach wie vor reale Fremdheit der anderen Kultur, die damit verbundene unterschwellige Furcht, in einer schwierigen Situation falsch zu reagieren sowie teilweise eine Abwertung der anderen Kultur(en):

„Da kann man nicht Hochdeutsch oder Beamtendeutsch sprechen, sondern man muss vielleicht mal ein bisschen Slang sprechen, damit die einen verstehen. Das ist natürlich auch gut,

mal einen Kollegen dabei zu haben, der besser darauf einwirken kann und die auch die Mentalität verstehen.“ (Interview 4, S.2).

In einigen Aussagen werden Klischees von Frauen und „Migrantenfamilien“ gezeichnet, die problematische Folgen für den Umgang mit diesen Familien einerseits (Patientenseite) und für die Erwartungen an weibliche Rettungskräfte und jene mit Migrationshintergrund andererseits haben können. Frauen und Personen mit Migrationshintergrund werden gleichermaßen mit Klischees und „wohlwollenden Vorurteilen“ versehen, die zum einen nicht immer zutreffend sind und zum Anderen diese Personen in eine „Assistenten-Rolle“ drängen. So werden Rettungskräfte ganz selbstverständlich als Dolmetscher angefordert, als vermeintliche „natürliche Kenner“ und Verbündete der anderen Kultur als Konfliktlöser/Vermittler sowie als Coach der deutschen Kollegen herangezogen:

„Weil wir auch schon die Erfahrung gemacht haben, die positiven, nämlich, dass der türkische Kollege besser beim Familienstreit mit dem türkischen Vater reden kann, als wenn jetzt der Extremfall einträte und es sind zwei Kolleginnen vor Ort und die Kollegin spricht mit irgendjemandem, da ist der Respekt nicht da und die Landessprache nicht und diese Bevölkerung, die ein bisschen emotionaler in solchen Situationen sind, die kriegt man eher runter mit jemandem, der tatsächlich die Mentalität kennt, wie die Leute ticken, kann darauf eingehen, kann ihm die Maßnahmen in seiner Landessprache erklären, weil er den Stress hat und das Deutsche nicht mehr so gut verstehen kann, das sind schon sehr gute Sachen. Teilweise fordern wir, weil es noch nicht so viele Kollegen mit Migrationshintergrund gibt, wir haben jetzt hier eine Situation, die lässt sich so nicht entspannen, habt ihr einen Kollegen auf der Wache, der polnisch, arabisch kann, schickt den doch mal rüber, dann kommt der da zum Dolmetschern, genauso wie teilweise bei der Vernehmungen, das ist schon eine große Hilfe und die Kollegen müssen teilweise auch Dolmetschertätigkeiten nachweisen, was für die meisten aber keine große Hürde ist und dann ist das eine wunderbare Sache.“ (Interview 4, S.7-8).

Diese Rettungskräfte werden dann nicht mehr in erster Linie als Rettungskräfte betrachtet, sondern auf ihre Identität und die damit verbundenen Kompetenzen hin als „Türke“, „Familienoberhaupt“, „Pole“, „Asiate“ und/oder als „Frau“ wahrgenommen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Beurteilung des weiblichen Rettungsdienstpersonals, dessen Vorzüge und Schwächen beinahe analog zu denen des migrantischen Personals dargestellt werden. So wird

positiv hervorgehoben, dass Frauen in den Fällen, in denen die Patientinnen selbst oder die anderen beteiligten Personen (laut der Interviews in der Regel das „türkische Familienoberhaupt“) nicht wollen, dass die Behandlung von Männern durchgeführt wird, die Behandlung und/oder Kommunikation übernehmen.

Gleichzeitig wird deutlich, dass die weibliche Kollegin „bei den Ausländern“ ganz selbstverständlich nicht denselben Respekt genießt wie ihr männlicher Kollege. Diese Tatsache wird nicht infrage gestellt oder kritisiert. Stattdessen wird erwartet, dass sich die Frau in dieser Situation selbstverständlich zurückhält und ihrem männlichen Kollegen die Gesprächsführung überlässt, „einfach mit dem Bewusstsein, nicht unnötig die Lage eskalieren zu lassen“ (Interview 4, S.6).

Das weibliche Personal wird somit ebenso wie das migrantische auf eine Assistentenrolle verwiesen. Ihm wird nur dann eine eigenständige Handlungskompetenz gewährt, wenn der deutsche männliche Kollege seine Aufgabe nicht mehr allein erfüllen beziehungsweise in einer spezifischen Situation nicht mehr die erste Wahl sein kann.

5.5 Fragenkomplex „Gesetzesänderung“

Die Gesetzesverschärfung wird von den Experten einstimmig begrüßt. Dabei wird sie in erster Linie als eine symbolische Anerkennung und als angemessener rechtlicher Schutz für das Rettungsdienstpersonal empfunden:

- „Was für Polizisten gilt, muss für andere Helfer auch gelten.“ (Interview 2/P1, S. 5),
- „Ja, es muss ein Zeichen gesetzt werden, dass Leute, die helfen, die schützen wollen, die Leben retten und Gesundheit schützen wollen, dass die ein besonderes Schutzbedürfnis haben.“ (Interview 3, S. 10).

Die reale Wirkung der Gesetzesverschärfung, also die Reduzierung von Übergriffen auf Rettungskräfte, wird jedoch bezweifelt. In der Praxis beziehungsweise „auf der Straße“ trauen die Experten der Gesetzesänderung keine oder nur eine geringe Wirkung zu. Begründet wird dies mit der oben erwähnten Bewusstseinsminderung der Angreifer, deren unreflektiertem Handeln im Affekt sowie deren Unkenntnis darüber, dass ihr Handeln überhaupt unter Strafe steht.

- „Auf der Straße bringt es uns gar nichts. Weil, fragen Sie doch mal den, der gerade die Gewalt ausübt, ob er weißt, dass er möglicherweise zwei oder drei Jahre dafür kriegt. Erstens weiß er's nicht. Und selbst, wenn's jetzt von fünf auf sechs Jahre erhöht worden wäre, spielt es keine Rolle. Auf der Straße wird es uns nicht helfen.“ (Interview 1, S. 4),

- „Ich glaube, dass aufgrund der Ausnahmesituation eine konkrete Präventionswirkung von der Verschärfung eher nicht ausgehen wird.“ (Interview 6, S. 3),

- „Ich glaube, dass der Effekt in der Öffentlichkeit kaum Wirkung zeigen wird. Da wird es keinen großen Effekt geben. Ob es jetzt zwei oder drei Jahre sind, es interessiert diejenigen, die das machen, herzlich wenig, weil sie meistens auch in einem Zustand sind, wo sie überhaupt kein Bewusstsein dafür haben. Was ich eher glaube, dass sich dadurch das Selbstbewusstsein der Einsatzkräfte ein bisschen erhöht, und dass die Wichtigkeit und Dringlichkeit dessen, dass sie befähigt und legitimiert sind, im Zweifelsfall sich zu verteidigen, das ist ein Effekt und der ist wichtig.“ (Interview 7/P1, S. 5).

Zudem wird bemängelt, dass oftmals zu viel Zeit zwischen Begehung der Gewalttat und der Verhängung einer Strafe vergehe, dass der Zusammenhang, insbesondere für jugendliche Straftäter, nicht deutlich werde. Die Strafe könne so kaum einen Effekt erzielen. Die Befragten fordern daher, die bestehenden Gesetze richtig und zeitnah anzuwenden, anstatt bestehendes Gesetz weiter zu modifizieren.

- „Ob das durch die Gesetzesverschärfung, ob da eine Verbesserung erreicht wird, also ich glaube einfach, es muss die Strafe auf dem Fuß folgen, es muss relativ zügig klar sein, du hast das gemacht, und dann ist nicht ein halbes oder dreiviertel Jahr Instanzen, sondern dann muss relativ zügig, und wenn das Jugendliche wären, muss relativ zügig durch geeignete Maßnahmen klar gemacht werden.“ (Interview 3, S. 10),

- „Ich denke einfach, wenn wir schnell und konsequent aburteilen würden, und sich das Bewusstsein kurz danach, okay, der hat jetzt ein Jahr dafür bekommen und der ist jetzt bei Fußballfans auch bekannt oder das wird in den Foren im Internet kommuniziert, dass dann klarer wird.“ (Interview 4, S. 8).

Entsprechend der Annahme, dass die Gesetzesverschärfung in der Bevölkerung nicht ausreichend bekannt ist, fordern die Experten, die Änderung sowie das Thema der Gewalt gegen Rettungskräfte an sich stärker öffentlich zu thematisieren:

- „Es wird natürlich länger dauern, bis sich das in den Köpfen der Leute verankert hat, und sollte dann vielleicht auch stärker durch Öffentlichkeitsarbeit in der Bevölkerung verbreitet werden“ (Interview 7, P2, S. 5),

- „Offensiver damit umzugehen, das in die Medien zu bringen und sich als Politik ganz klar hinter die Rettungskräfte stellen und nicht nur so eine Einmalaktion, sondern das auch immer wieder zeigen und unterstützen und sagen, unsere Rettungskräfte, auch die Polizeikräfte, die halten diesen Staat zusammen, weil eigentlich kommt da nur, zumindest für NRW, blöde Beamte, kosten eh nur Geld und machen nix.“ (Interview 5, S.6).

Schließlich fasst folgende Passage die Aussagen der Experten zum Fragenkomplex 5 am besten zusammen:

„Aus politischer Sicht ist es eine Anerkennung aller derjenigen, die in gewaltgeneigten Berufen arbeiten, das erkenne ich an und finde ich auch gut, ich finde es auch gut, dass Politik dafür sensibilisiert ist. [...] Also ich seh‘ es eher aus politischen Gesichtspunkten als gut an, weil ich sehe, dass die Politik sieht, dass das für uns ein Problem ist, und dass das für uns eine Art Anerkennung ist. Auf der Straße müssen wir dem anders begegnen.“ (Interview 1, S. 4).

Letztlich wird durch die Experteninterviews eines deutlich: Die *Betroffenen* aus der Praxis, sowie politische Entscheidungsträger und Ausbilder sehen die Probleme für gewalttätige Übergriffe gegen den Rettungsdienst teilweise zu eindimensional, indem sie zu sehr auf eine Migrationsdebatte und die Konstruktion sozialer Ungleichheiten abstellen.

6 Schlussfolgerungen

Wie in Kapitel 4 herausgearbeitet wurde, beschreibt das Täterprofil einen männlichen Patienten zwischen 20-40 Jahren, der keinen erkennbaren Migrationshintergrund hat und während der Tat unter Alkoholeinfluss steht. Es handelt sich also nicht um einen typischen Kriminellen, der von vornherein aggressiv ist und die Retter mit Vorsatz verletzen will. Das sich dieses Bild (natürlich auch durch die Medien begünstigt) hält, wie Kapitel 5 zeigt, verdeutlicht, dass es hier einen enormen Aufklärungs- und Schulungsbedarf gibt, um vorhandene Vorurteile abbauen zu können.

6.1 Reorganisation der Aus-, Fort- und Weiterbildung

Von den Befragten wird erstaunlich häufig kritisiert, dass die Ausbildung sie nicht gut auf mögliche Konfliktsituationen im Einsatz vorbereitet. Auch Hermann Friedrich, Dozent für Einsatzlehre und Einsatztraining an der Hessischen Hochschule für Polizei und Verwaltung, hat bereits 2006 festgestellt, dass Eigensicherung und der Umgang mit Konflikt- und Gefahrenlagen in den Lehrplänen der Aus- und Fortbildung im Rettungsdienst deutlich unterrepräsentiert sind und Handlungsbedarf besteht. Im Rahmen einer notwendigen praxisorientierteren Reorganisation der Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote werden daher mehr Angebote im Bereich der „Drogen, Suchtmittel und ihre Wirkung“ sowie „kulturelle, religiöse und migrationspezifische Besonderheiten“ gewünscht. Letztere wurden bei der Polizei in Nordrhein-Westfalen teilweise schon erfolgreich eingeführt. Hier wird unter anderem darauf verwiesen, dass in muslimisch geprägten Milieus eine Patientin lieber von weiblichen Rettungskräften behandelt oder gar ausgezogen und Aufklärungsgespräche mit dem männlichen Familienoberhaupt eher von den männlichen Kollegen geführt werden sollten. Auch wäre ein kurzer Überblick zu den unterschiedlichen Nähe-Distanz-Wahrnehmungen in anderen Kulturkreisen sinnvoll, um Spannungen durch ein „falsches“ Auftreten gar nicht erst entstehen zu lassen. Dieses ist natürlich nicht in allen Einsatzlagen möglich, aber ein bisschen mehr Fingerspitzengefühl oder auch „soziale Kompetenz“ wären in diesem Bereich wünschenswert und könnten deeskalierend wirken. Friedrich stellt in diesem Zusammenhang fest: „Bei gefährlichen Einsätzen wird oft später deutlich, dass mit angemessenem Verhalten Konflikte, Konfrontationen und Aggressionen hätten vermieden werden können.“²²

Dies wird auch von den Befragten so gesehen: Sie wünschen sich zu einem überwiegenden Teil oben geschilderte Maßnahmen als Bestandteil von regelmäßigen Weiterbildungen. Nur ein geringer Teil der Rettungskräfte wünscht sich die Einführung sogenannter Schutzwesten (vgl. Seite 25 f.).

²² Friedrich 2006, 143

6.2 Verbesserung der Kommunikation

Letztgenanntes ist auch gut so, denn ein von vornherein provozierendes Auftreten des Rettungsdienstpersonals durch das Tragen von Schutzwesten, Pfefferspray oder Schlagstöcken kann eventuell brenzlige Situationen erst eskalieren lassen. Vielmehr sollte das Rettungsdienstpersonal kontinuierlich in deeskalierender Kommunikation (sowohl verbaler als auch non-verbaler Art) geschult werden, um konflikträchtige Situationen professionell zu meistern ohne dabei selbst als Aggressor wahrgenommen zu werden. Hierzu wäre unter anderem eine vermehrte Integration von Rollenspielen und Deeskalationstrainings denkbar, um die eigene Kommunikation und Körpersprache sowie deren Wirkung auf Dritte besser einschätzen zu lernen und so, durch ein geschult aktives Zuhören sowie empathisches Antworten und Reagieren auf die Fragen und Ängste der PatientInnen und deren Angehöriger, eventuell vorhandenes Aggressionspotential zu verringern. Die mentale Vorbereitung auf einen Ernstfall verschafft einem einen Zeitvorsprung und lässt die brenzlige Situation nicht mehr ganz so neu erscheinen, auch wenn sie es faktisch ist.²³

Eine Verbesserung der Kommunikation ist aber nicht nur im „Arzt-Patienten-Verhältnis“ wünschenswert, sondern – wie die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen – auch intern nötig: Fast alle Befragten äußerten, dass sie im Falle von Bedrohungslagen nicht gut über die Einsatztaktik der Polizei informiert werden und die Leitstellen ihnen nicht immer ein genaues Bild dessen vermitteln, was sie am Einsatzort erwartet. Typisch sind in diesem Zusammenhang fast immer eine unklare Lage über beteiligte Personen, Abläufe und Verantwortlichkeiten bei der Polizei oder anderen Einsatzkräften.

Als Best Practice könnte man Düsseldorf anführen: Dort haben sich nach den zum Teil heftigen Ausschreitungen 2009, aufgrund des Aufstiegs von Fortuna Düsseldorf in die 2. Bundesliga, die Führungsebenen der Polizei und Feuerwehr zusammengesetzt. Seither arbeiten sie bei Großeinsätzen eng zusammen, was Einsatzpläne etc. betrifft und schulen sich darüber hinaus wechselseitig, damit im Einsatz alle Beteiligten wissen, wer bei wem

²³ vgl. Eichhorn 2009, 100

Ansprechpartner ist und wie sich die Abläufe in großen Einsatzlagen darstellen.

6.3 *Einschätzung zur jüngsten Gesetzesänderung*

Ob und inwieweit die vor kurzem verabschiedete Ausweitung und Verschärfung des § 113 StGB etwas zum Schutz der Rettungskräfte beiträgt, kann stark bezweifelt werden. Denn die Behauptung Menschen würden durch eine höhere Strafandrohung von solchen Taten abgehalten, ist unsinnig. Es handelt sich hierbei eher um einen symbolischen Akt der Politik, der zum Ziel hat die Arbeit der Rettungskräfte mehr wertzuschätzen und die Interessensvertreter (insbesondere die GDP) zu besänftigen. In der Rechtsprechung wird sich vermutlich nichts ändern, da Strafraumen fast nie ausgereizt werden. Es wird bei den wenigen Verurteilungen, die es überhaupt nach § 113 StGB gibt, bei ein paar Tagessätzen bleiben, was die Strafraumenerhöhung ad absurdum führt. Allgemein wird diese repressive Art seitens der Staatsgewalt, zu der jetzt auch offiziell die Feuerwehrleute und Rettungskräfte zählen, auf Gewalt zu reagieren, keine positiven Effekte haben. Weitaus wichtiger sind die psychologische Komponente und das Schaffen einer kooperativen Atmosphäre im Interaktionsverhältnis zwischen Staat und Bürger bzw. im konkreten Zusammenhang zwischen Patienten und Rettungskräften.

7 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragebogenverteilung und Rücklauf	5
Abbildung 2: Häufigkeit der Gewalt	8
Abbildung 3: Art des gewalttätigen Übergriffes	9
Abbildung 4: Waffeneinsatzes nach Art des Übergriffes	10
Abbildung 5: Häufigkeit der Übergriffe	10
Abbildung 6: Einsatzsituation	11
Abbildung 7: Eintreffen am Einsatzort	12
Abbildung 8: Einsatzort	13
Abbildung 9: Einsatzgegend	14
Abbildung 10: Einsatzzeit	15
Abbildung 11: Tätermerkmale (Geschlecht + Personengruppe)	16
Abbildung 12: Alter der Täter	16
Abbildung 13: Migrationshintergrund der Täter	17
Abbildung 14: Intoxikation der Täter	18
Abbildung 15: Art des Schadens durch einen gewalttätigen Übergriff	19
Abbildung 16: Dauer der Arbeits- oder Dienstunfähigkeit	19
Abbildung 17: Grund für Nicht-Meldung	20
Abbildung 18: Meldestelle	21
Abbildung 19: Die Aus-/Fort- und Weiterbildungsangebote sind gut.	21
Abbildung 20: Meine Ausbildung hat mich gut auf die Praxis vorbereitet. .	22
Abbildung 21: Während meiner Ausbildung wurde ich gut auf mögliche Konfliktsituationen im Einsatz vorbereitet.	22
Abbildung 22: Kenntnis über Notwehrrechte und Kompetenzgrenzen	23
Abbildung 23: Einsatznachsorge und Ausstattung im Einsatz sind gut.	23
Abbildung 24: Ich wünsche mir regelmäßige Fortbildungen im Bereich ...	24
Abbildung 25: Der rechtzeitige Schutz durch die Polizei ist stets gewährleistet.	25
Abbildung 26: Es gibt Einsatzorte, an denen ich nur mit Polizeischutz eingesetzt werden möchte.	25
Abbildung 27: Ich würde mich mit einer Schutzweste sicherer fühlen.	26
Abbildung 28: Angaben der Leitstelle und Einsatzmeldung	26
Abbildung 29: Informationen bei kritischen Bedrohungslagen	27

Abbildung 30: Copingfähigkeiten und Sicherheitsgefühl	28
Abbildung 31: Interviewpartner	30

8 Weiterführende Literatur

AUER, Alexander (2009): *Aggressive Übergriffe auf Rettungsdienstmitarbeiter. Daten, Vergleiche, Erfassungsmöglichkeiten*. Saarbrücken, VDM Verlag.

BAIER, Dirk u.a. (2009): *Jugendliche in Deutschland als Opfer und Täter von Gewalt. Erster Forschungsbericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN*. Forschungsbericht Nr. 107, Hannover.

BUNDESKRIMINALAMT (Hg.) (2011): *Polizeiliche Kriminalstatistik 2010. Bundesrepublik Deutschland*. 58. Ausgabe, Hannover.

DIEKMANN, Andreas (2007): *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. 18. Aufl., Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag.

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

FLICK, Uwe (2006): *Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte, Methoden, Umsetzungen*. Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag

FRIEDRICH, Hermann (Hg.) (2006): *Eigensicherung im Rettungsdienst. Situationsgerechtes Verhalten in Konflikt- und Gefahrenlagen*. Edewecht, Stumpf+Kossendey.

HEINEMANN, Wolfgang (2011): *Behinderungen und Angriffe bei Rettungseinsätzen. Zusammenfassung der Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Malteser Hilfsdienst e.V. aus den Bezirken Aachen, Bonn, Ruhrgebiet und Westfalen-Lippe*. In: Sonder-Info-Post-NRW (2011), Nr. 01.

HEINEMANN, Wolfgang (2011): *Gewalt im Rettungsdienst: Welche Auswirkungen haben Angriffe bei Einsätzen?* In: Rettungsdienst 2011, Nr. 4, S. 324-327.

JOECKS, Wolfgang (2003): *Strafgesetzbuch Studienkommentar*. 4. Auflage, München, Verlag C. H. Beck.

KINDHÄUSER, Urs (2002): *Strafgesetzbuch. Lehr- und Praxiskommentar*. 1. Auflage, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft.

LENK, Marian (2008): *Aggressionsverhalten gegenüber Mitarbeitern der Notfallrettung (Bachelor-Thesis)*, Hochschule Neubrandenburg.

PAJONK, Frank-Gerald (2001): *Der aggressive Patient im Rettungsdienst und seine Herausforderungen*. In: Notfall & Rettungsmedizin 2001, Nr. 3-2001, S. 206-216.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2011): *Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010*. Wiesbaden.