

Gewalt & Übergriffe am Arbeitsplatz. Erkennen. Reagieren. Schützen.

Ein Handlungsleitfaden vor allem für Einrichtungen, Führungskräfte und Ausbildung — und für alle, die im Gesundheitswesen arbeiten oder lernen. Mit dem Forschungsstand, klaren Unterscheidungen und vor allem: konkreten Maßnahmen, die sich sofort beginnen lassen.

Betroffene

Pflege- und Medizinstudierende, Auszubildende,
Fach- und Assistenzkräfte, Ärzt:innen,
Therapeut:innen, Hebammen, Rettungsdienst

Zeug:innen & Kolleg:innen

Wer etwas mitbekommt und wissen will, wie man
sicher eingreift und unterstützt

Führung & Praxisanleitung

Stations-, Pflege- und ärztliche Leitungen,
Ausbildungsverantwortliche

Einrichtungen

Kliniken, Praxen, Pflegedienste, Pflege- und
Berufsfachschulen, Hochschulen

Was zählt als Übergriff? Drei Unterscheidungen.

„War das schon ein Übergriff?“ ist eine der häufigsten Fragen — und oft der Moment, in dem Betroffene sich selbst kleinreden. Dieser Leitfaden unterscheidet bewusst in drei Dimensionen, weil jede eine andere Reaktion braucht. **Maßstab ist nicht die Absicht der anderen Person, sondern die Wirkung auf dich.**

1 • Nach der Art

Aggression & Gewalt VERBAL · KÖRPERLICH

Anschreien, Beschimpfen, Bedrohen, Einschüchtern, Herabwürdigen — bis zu Festhalten, Stoßen, Schlagen, Treten, Bespucken, Werfen von Gegenständen. Auch anhaltendes Mobbing und systematisches Kleinmachen zählen dazu.

Sexuelle Übergriffe GRENZÜBERSCHREITEND

Anzügliche Kommentare, „Komplimente“ mit Beigeschmack, ungewolltes Nähesuchen, Berühren, Begrapschen, Zeigen von Bildern, Nachrichten, Nachstellen — bis zu sexueller Nötigung. Entscheidend ist: **Es war nicht einvernehmlich.**

2 • Nach der Sichtbarkeit

Offen

Klar erkennbar, oft vor Zeug:innen: der Schlag, die Beschimpfung, der offen sexuelle Übergriff. Leichter zu benennen — wird aber trotzdem häufig nicht gemeldet.

Verborgen

Die Grauzone: der „Witz“, die Hand, die zu lange bleibt, das Unter-vier-Augen, das Ausnutzen von Abhängigkeit. Schwer zu greifen, leicht zu bagatellisieren — und der Nährboden für die große **Dunkelziffer**.

3 • Nach der handelnden Person

Patient:innen & Angehörige

Zahlenmäßig die häufigste Quelle von Aggression und Gewalt. Oft im Ausnahmezustand (Schmerz, Angst, Sucht, Erkrankung) — **das erklärt Verhalten, entschuldigt es aber nicht** und macht deine Grenze nicht kleiner.

Kolleg:innen & Vorgesetzte

Seltener bei körperlicher Gewalt, aber überproportional bei **sexueller Belästigung, Mobbing und Machtmissbrauch**. Das Hierarchie- und Abhängigkeitsgefälle (Beurteilung, Weiterbildung, Anstellung) macht Wehren besonders schwer.

Wichtig: Die Scham gehört der Person, die übergriffig wird — nicht dir. Du entscheidest, was für dich ein Übergriff war. Du musst nichts „beweisen“, um dir Unterstützung zu holen.

Die Zahlen: Du bist nicht allein.

Übergriffe im Gesundheitswesen sind kein Einzelfall, sondern Alltag. Die folgenden Zahlen stammen überwiegend aus dem **deutschsprachigen Raum** (u. a. BGW, DGUV, Marburger Bund, #MEDtoo, Bundesärztekammer) und werden durch internationale Übersichtsarbeiten gestützt. Sie schwanken je nach Bereich, Zeitraum und Definition stark — Notaufnahme und Psychiatrie liegen deutlich über dem Durchschnitt.

AGGRESSION & GEWALT VERBAL · KÖRPERLICH

Zahl	Wer & was	Quelle
79,5 %	erlebten binnen 12 Monaten Gewalt (94 % verbal, 70 % körperlich)	BGW-Studie, Pflege/Kliniken, DE, 2017
~56 %	der Ärzt:innen berichten Gewalt im Berufsalltag; 9 % dauerhaft beeinträchtigt	Bundesärztekammer / Ärzteblatt, DE, 2026
61,9 %	irgendeine Form von Gewalt in 12 Monaten (weltweite Zusammenfassung)	Meta-Analyse, global, 2019/2023
8–38 %	erleiden im Lauf der Karriere körperliche Gewalt	WHO, global
87 / 97 %	körperliche / verbale Gewalt in Notaufnahmen (Sonderfall Hochrisiko-Bereich)	zit. bei DGUV, DE

SEXUELLE ÜBERGRIFFE GRENZÜBERSCHREITEND

Zahl	Wer & was	Quelle
67 / 49 %	verbale / körperliche sexuelle Belästigung durch Betreute	BGW, Pflege, DE
~42 %	der Medizinstudierenden mind. einmal sexuell belästigt — im PJ 66 % (Frauen 74 %, Männer 29 %)	#MEDtoo, Uni Würzburg, DE, ~5.600 Teiln.
74 / 51 %	der Ärztinnen / Ärzte je sexuell belästigt; 13 % in den letzten 12 Monaten	Marburger Bund, DE, 9.073 Befragte, 2026
64 / 19 %	sexuelle Aggression gegen Pflegestudierende durch Patient:innen / Ärzt:innen	Systematic Review, 57 Studien, global, 2023

Wer ist betroffen?

- **Pflegestudierende:** 45 % erlebten selbst Gewalt, 54 % haben sie beobachtet (global, 2023).
- **Auszubildende & Studierende** sind besonders verletzlich — geringe Erfahrung, hohe Abhängigkeit von Beurteilungen.
- **Frauen** sind bei sexuellen Übergriffen durchgängig deutlich stärker betroffen.
- Betrifft **alle Berufsgruppen:** Pflege, Medizin, Therapie, Hebammen, Rettungsdienst.

Wo es besonders oft passiert

- **OP-Saal & Anästhesie:** enge Hierarchie und Assistenz — Risikobereich gerade für Übergriffe durch Vorgesetzte.
- **PJ, Famulatur & Pflegepraktikum:** hohe Abhängigkeit, wenig Erfahrung (#MEDtoo).
- **Gynäkologie & Geburtshilfe:** häufigstes Setting bei Pflegestudierenden (Review 2023).
- **Visite, Behandlungszimmer, Nacht-/Bereitschaftsdienst:** Eins-zu-eins, wenig Aufsicht.

Wie es verborgen bleibt.

Übergriffe — besonders durch Kolleg:innen und Vorgesetzte — verschwinden nicht zufällig aus der Statistik. Sie werden aktiv klein, unsichtbar und unangreifbar gehalten. Wer diese Muster kennt, durchschaut sie schneller — und kann gegensteuern.

MACHTGEFÄLLE & ABHÄNGIGKEIT

Beurteilung, Weiterbildung und Anstellung liegen oft in einer Hand. Sich zu wehren kann die eigene Zukunft kosten — das hält Betroffene klein und leise.

SCHRITTWEISES GRENZVERSCHIEBEN

Es beginnt „harmlos“, unter vier Augen, ohne Zeug:innen. Jede überschrittene Grenze verschiebt die nächste — im Zweifel „war doch nur Spaß“.

ISOLATION

„Nur du hast ein Problem“, „stell dich nicht so an.“ Wer vereinzelt wird, zweifelt an der eigenen Wahrnehmung — und schweigt.

NORMALISIERUNG & „KAVALIERSDELIKT“

„Das gehört dazu“, „war schon immer so.“ Das Umfeld bagatellisiert — und macht Mitschweigen zur unausgesprochenen Norm.

DARVO — TÄTER-OPFER-UMKEHR

Bei Konfrontation: **Deny**, **Attack**, **Reverse Victim & Offender** — leugnen, angreifen, Rollen vertauschen. Plötzlich gilt die betroffene Person als „das Problem“.

INSTITUTIONELLER VERRAT

Wenn die Einrichtung Ruf oder Beschuldigte schützt statt Betroffene — und Beschwerden an die laufen, die Teil der Hierarchie sind — zementiert das das Schweigen.

Verborgenes verschwindet nicht von selbst. Genau diese Muster machen **unabhängige Meldewege, Repressalienschutz und eine sichtbare Haltung** so entscheidend — sie holen ans Licht, was sonst im Dunkeln bleibt (siehe „Es ist Zeit zu handeln“).

Konzepte: DARVO & institutioneller Verrat (Institutional Betrayal) nach J. Freyd.

Warum genaue Zahlen fehlen — und die Dunkelziffer höher liegt.

So ernst die Zahlen der letzten Seite sind: Sie **unterschätzen das Problem eher, als dass sie es übertreiben**. Mehrere Gründe wirken zusammen — methodische und menschliche.

WARUM DIE ERHEBUNG SCHWIERIG IST

- **Uneinheitliche Definitionen:** Was zählt als Übergriff — verbal, körperlich, sexuell, die Grauzone? Jede Studie zieht die Grenze anders.
- **Verschiedene Zeiträume & Bereiche:** „12 Monate“ vs. „gesamte Laufbahn“, Notaufnahme vs. Normalstation — kaum vergleichbar.
- **Freiwillige Selbstbefragungen:** Wer teilnimmt, ist nicht zufällig ausgewählt — das verzerrt die Ergebnisse.
- **Kaum systematische Erfassung:** Nur rund **28 %** der Kliniken erfassen verbale, **69 %** körperliche Übergriffe strukturiert (DKG, 2025).

WARUM BETROFFENE SCHWEIGEN

- **Scham & Selbstzweifel:** „War das überhaupt schlimm genug?“ — obwohl die Scham der übergriffigen Person gehört.
- **Angst vor Folgen:** Beurteilung, Weiterbildung, Anstellung — besonders für Auszubildende und Studierende im Abhängigkeitsverhältnis.
- **Resignation:** „Es ändert sich ja doch nichts“ — der häufigste Grund fürs Nicht-Melden.
- **Normalisierung:** „Das gehört dazu“ — Übergriffe werden zum vermeintlichen Berufsrisiko verklärt.

WAS DAS IN ZAHLEN HEISST

- Nur rund **ein Drittel** der Übergriffe wird überhaupt gemeldet.
- Bei sexueller Belästigung liegt die Meldequote sogar nur bei **16 %** (Marburger Bund, 2026).
- **56 %** meldeten nicht, weil sie keine Änderung erwarteten; **11 %** aus Angst vor Nachteilen.

Das Gemeldete ist nur die Spitze.

Alle diese Faktoren wirken in dieselbe Richtung: Die tatsächliche Zahl der Übergriffe liegt mit **hoher Wahrscheinlichkeit deutlich höher** als jede Statistik zeigt. Wenn dir etwas passiert ist, das in keiner Zahl auftaucht — es zählt trotzdem.

Fazit für die Praxis: Wer wartet, bis „die Zahlen eindeutig sind“, wartet zu lange. Schon die vorhandenen, eher konservativen Daten belegen ein strukturelles Problem — und rechtfertigen konsequentes Handeln (siehe folgende Seiten).

Es ist Zeit zu handeln.

Wegsehen ist auch eine Entscheidung. Die Zahlen zeigen ein strukturelles Problem — kein individuelles Pech. Schutz vor Gewalt und Übergriffen ist **Führungsaufgabe**, kein Nebenprodukt guter Stimmung. Das Gute: Vieles lässt sich niedrigschwellig beginnen.

1 • Haltung sichtbar machen — Null-Toleranz

- **Klare Ansage der Leitung:** „Übergriffe sind bei uns kein Kavaliersdelikt“ — öffentlich, wiederholt, von oben.
- **Sichtbar, wo alle es sehen:** Poster & Infos im **Wartezimmer, an der Aufnahme/am Empfang**, in Pausenräumen und im Intranet — Signal an Patient:innen **und** ans Team.
- **Verhaltenskodex**, der Grenzen und Konsequenzen klar benennt.

AUS DER PRAXIS

- DKG-Kampagne „FAIR“ & KGNW „Null Toleranz bei Gewalt“
- DGUV #GewaltAngehen · Handlungshilfe DGUV Information 207-025
- NHS-Null-Toleranz — wirksam nur **mit** Strafverfolgung & Training

Ehrlich: Ein Poster allein senkt keine Übergriffe — es ist das **Signal**, nicht die Lösung. Wirkung entsteht erst im Verbund (siehe Teil 2).

2 • Melden leicht machen — und Konsequenzen ziehen

NIEDRIGSCHWELLIG MELDEN

- Einfache, auch **anonyme** Meldewege (Vorbild: CIRS-Systeme).
- **Rückmeldung geben:** Was ist nach der Meldung passiert? Sonst gilt „bringt ja nichts“.
- Vorfälle **systematisch erfassen & auswerten** — datengestützt lassen sich Hotspots gezielt entschärfen.

AUCH INTERNES FEHLVERHALTEN VERFOLGEN

- **Unabhängige Stelle außerhalb der Hierarchie:** Beschwerdestelle (§ 13 AGG), Ombudsperson, Vertrauensanwalt.
- **Repressalienschutz** — Melden darf nie Nachteile bringen.
- **Konsequent sanktionieren.** Bei Kolleg:innen/Vorgesetzten ist genau das der Knackpunkt.

AUS DER PRAXIS

- **Charité „Watch-Protect-Prevent“:** Verhaltenskodex + anonymes Whistleblower-Programm + Vertrauensanwalt — von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes als gute Praxis anerkannt.
- UKE Hamburg & Uniklinik Heidelberg: AGG-Beschwerdestelle / Dienstvereinbarung gegen sexuelle Belästigung · ver.di-Muster-Dienstvereinbarung mit Vertrauenspersonen & Repressalienschutz.
- #MEDtoo / „Medizin.Macht.Missbrauch“: Forderung nach unabhängigen Ombudsstellen an den Fakultäten.

Betroffene ernst nehmen: Jede Meldung wird geprüft — nicht bagatellisiert, nicht der meldenden Person angelastet. Eine klare Ansprechperson und ein transparenter Ablauf entscheiden darüber, ob überhaupt gemeldet wird.

Was wirkt — und was andere schon eingeführt haben.

TRAINING — NIEDRIGSCHWELLIG, ABER VERBINDLICH

- **Deeskalation/Aggressionsmanagement** für patientennahe MA; **interne Trainer:innen** ausbilden (skalierbar).
- **Bystander-/Zivilcourage-Training** gegen sexuelle Belästigung.
- **Führungskräfte:** psychologische Sicherheit & Umgang mit Machtgefällen.

Ehrlich: Training stärkt zuverlässig Sicherheit & Selbstwirksamkeit, senkt die Zahl der Vorfälle aber nur unsicher — wichtig, aber kein Allheilmittel.

NACHSORGE — BETROFFENE AUFFANGEN

- Strukturierte **psychosoziale Unterstützung** nach Vorfällen; kollegialer Peer-Support.
- Feste Ansprechperson, klarer Ablauf, ohne Wartezeit.
- Ehrlich: **kein erzwungenes Einzel-Debriefing** — nur als Teil eines Gesamtsystems.

BAULICH & ORGANISATORISCH

- **Alarm-/Notrufsysteme** (Panikknöpfe) — DGUV Regel 112-139, BGW-Mindeststandard Notaufnahme.
- Sichtachsen, Beleuchtung, kontrollierte Zugänge, Sicherheitsglas am Empfang.
- **Ausreichend Personal & Wartezeit-Management** — lange Wartezeiten sind ein Haupt-Auslöser.
- Deeskalationsgeschulter Sicherheitsdienst (z. B. Charité Campus Virchow).

Der belegte Weg: alles zusammen

Einzelmaßnahmen wirken kaum. Am besten belegt sind **Mehrkomponenten-Programme**: Kultur & Führung + Meldewesen + Training + Nachsorge + bauliche Prävention — verankert als Führungsaufgabe und **datengestützt** gesteuert.

WAS EINRICHTUNGEN BEREITS EINGEFÜHRT HABEN

- **ProDeMa** — interne Deeskalationstrainer:innen; BGW-Führungsseminar & „Gewaltfrei Pflegen“
- **Alexianer St. Hedwig-Kliniken** — Pflichtschulungen mit S.I.G.N.A.L. e.V.
- **PSU-Akut e.V.** — bundesweite psychosoziale Helpline (Second Victim)
- **Charité PSVN** — Psycholog:innen in Akutteams; Uniklinik Heidelberg CISM
- **NHS** — verpflichtendes Conflict-Resolution-Training & VPR-Standard
- Datengestützte Aktionspläne (Arnetz-RCT: weniger Vorfälle nach 6 Monaten)

So unterstützen Sie Betroffene & Zeug:innen.

Kultur zeigt sich im Ernstfall. Diese Seite gehört in jede Einarbeitung und an jedes schwarze Brett — damit das Team weiß, was zu tun ist.

In der Situation

FÜR BETROFFENE & DAS TEAM

- **Sicherheit zuerst:** Abstand schaffen, Raum verlassen, Kolleg:innen dazuholen.
- **Grenze benennen — kurz & klar:** „Stopp. Das ist nicht in Ordnung.“
- **Kein Zwang zur „richtigen“ Reaktion:** Erstarren (Freeze) ist eine normale Schutzreaktion, kein Versagen.

ZEUG:INNEN: DIE 5 D

- **Direkt** ansprechen · **Delegieren** (Hilfe holen)
- **Deeskalieren/Ablenken** · **Dokumentieren**
- **Danach** zugehen: „Ich hab das gesehen. Was brauchst du?“

Nach dem Vorfall — so begleiten Sie Betroffene

ERNST NEHMEN & SICHERN

- **Zuhören, nicht bewerten** — die Scham gehört der übergriffigen Person, nicht der betroffenen.
- Zur Ruhe kommen lassen, sichere Ansprechperson anbieten.
- **Nachsorge aktiv anbieten** (psychosoziale Unterstützung, siehe Teil 2) — früh, nicht „abwarten“.

DOKUMENTIEREN & WEGE ZEIGEN

- Zeitnah festhalten: **Wann, wo, was, beteiligte Person(en), Zeug:innen.**
- Meldewege & Beschwerdestelle aktiv aufzeigen — nicht dem Zufall überlassen.
- Bei Straftaten: auf das Recht auf Anzeige hinweisen; auf Wunsch begleiten.

Trauma-sensibel: Halten Schreckhaftigkeit, Schlafprobleme, Rückzug oder Vermeidung länger an, ist das ein Signal für professionelle Unterstützung — aktiv anbieten, nicht darauf warten, dass „es von allein weggeht“.

Hilfe — vertraulich & rund um die Uhr.

Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen“ · kostenlos, anonym, 24/7	116 016
Hilfetelefon „Gewalt an Männern“	0800 123 99 00
Weißer Ring · Opferhilfe	116 006
Telefonseelsorge · in seelischer Krise	0800 111 0 111
Bei akuter Gefahr · Notruf	112 / 110

INTERN IN DEINER EINRICHTUNG

- Beschwerdestelle nach § 13 AGG
- Betriebs- oder Personalrat
- Betriebsärztlicher Dienst / psychosozialer Dienst
- Praxisanleitung, Vertrauensperson, Gleichstellungs-/Frauenbeauftragte

EXTERN & RECHTLICH

- Kostenlose rechtliche Erstberatung, z. B. Feminist Law Clinic (feministlawclinic.de)
- Fachberatungsstellen gegen sexualisierte Gewalt vor Ort
- Ärztliche & psychotherapeutische Unterstützung
- Weitere Übungen & Input:
paulinebewerunge.com/healthcare-stop-it

Quellen (Auswahl)

- **Zahlen & Studien**
 - BGW — Studien Gewalt & sexuelle Belästigung in der Pflege
 - DGUV — Zahlen/Daten/Fakten & #GewaltAngehen; DGUV Information 207-025
 - Bundesärztekammer / Ärzteblatt 2026; Marburger Bund 2026
 - #MEDtoo, Uni Würzburg; Review Pflegestudierende 2023
 - WHO; Meta-Analysen Prävalenz (PubMed 31611310; PLOS One 2023)
- **Maßnahmen & Praxis**
 - Charité „Watch-Protect-Prevent“ (Antidiskriminierungsstelle des Bundes)
 - ver.di Muster-Dienstvereinbarung; UKE / Uniklinik Heidelberg
 - ProDeMa; BGW-Führungsseminar; S.I.G.N.A.L. e.V.; PSU-Akut e.V.
 - Arnetz-RCT 2017 (J Occup Environ Med); NHS VPR-Standard
 - Joint Commission WPV-Standards 2022; ILO-Übereinkommen 190

Dieser Leitfaden ersetzt keine individuelle rechtliche, medizinische oder psychotherapeutische Beratung. Zahlen sind Anhaltspunkte aus den genannten Studien und schwanken je nach Setting. Angaben zu Maßnahmen beruhen auf Fachempfehlungen und Praxisbeispielen; die Wirksamkeitsevidenz ist besonders bei Einzelmaßnahmen begrenzt. Für die verbindliche Zitierung bitte die Originalquellen prüfen.