

Deeskaltion & Selbstbehauptung

Gewalt in der Klinik –
Welche Sicherheitskonzepte können helfen?

19. Jahrestagung „Patientensicherheit – Aktueller Stand“ am 11. September 2025



Inhalt

Einleitung

Gewalt in Kliniken ist ein drängendes Problem: Jede vierte Pflegekraft in Deutschland berichtet von körperlicher Gewalt, jede zweite von verbalen Übergriffen. Die Folgen reichen von Traumatisierungen bis zum Personalmangel – ein Teufelskreis, der Patientenversorgung und Arbeitsklima gefährdet. Doch Gewalt ist kein „Betriebsunfall“. Sie hat Ursachen, die wir verstehen müssen, um wirksame Sicherheitskonzepte zu entwickeln.

Warum bin ich eigentlich zu diesem Thema eingeladen worden ?

Polizei: Polizei schießt Mann in Uni-Klinikum Düsseldorf an

3Mon. • ⌚ 2 Minuten Lesezeit



Ein 34-jähriger Mann soll im Düsseldorfer Uni-Klinikum einen Arzt mit einem Messer bedroht haben und ist daraufhin von einem Polizisten angeschossen worden. Das haben Staatsanwaltschaft und Polizei mitgeteilt. Der Mann sei von einem gezielten Schuss ins Bein getroffen worden und werde behandelt. Er sei nicht in Lebensgefahr. Weitere Verletzte gebe es nicht. Es sei nur ein Schuss gefallen.

Warum bin ich eigentlich zu diesem Thema eingeladen worden ?

In Krankenhäusern kommt es immer häufiger zu Gewaltdelikten wie Körperverletzung und Raub. Bundesweit stieg die Zahl sogenannter Rohheitsdelikte in **medizinischen Einrichtungen zwischen 2019 und 2022 um 20 Prozent auf 6 894 Taten**, wie eine vom *Spiegel* veröffentlichte **Umfrage bei allen 16 Landeskriminalämtern ergab**. In **Berlin** liegen bereits Zahlen für 2023 vor. Im vergangenen Jahr stiegen die Gewalttaten in den Krankenhäusern der Hauptstadt um **51 Prozent**. Das **Saarland** verzeichnete einen **Zuwachs um 67 Prozent**, **Bremen um 55 Prozent**. In **Niedersachsen stieg die Zahl um 46 Prozent**, in **Sachsen-Anhalt um 31 Prozent**. In **Nordrhein-Westfalen stieg die Zahl um 29 Prozent**. In fast allen 13 Bundesländern, die seit 2019 Zahlen zu Rohheitsdelikten in Krankenhäusern erheben, ist die **Tendenz steigend**.

Eine **Ausnahme bildet Bayern. Dort sank die Zahl solcher Straftaten zwischen 2019 und 2022 um elf Prozent**. Nicht alle Länder erheben die Zahlen laut *Spiegel* einheitlich, und der Tatort wurde nicht immer erfasst.

Warum bin ich eigentlich zu diesem Thema eingeladen worden ?

LKA: Gewalt gegenüber Ärzten und Pflegern nimmt zu

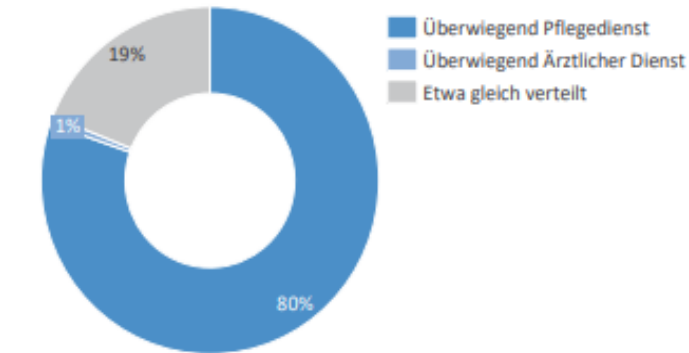
Stuttgart / Lesedauer: 1 min

- Knochenbrüche, Gehirnerschütterung, Platzwunden: Medizinisches Personal sieht sich verstärkt Übergriffen durch Patienten und deren Angehörige ausgesetzt. Die Gründe: Drogen, Ungeduld, Unverständnis.



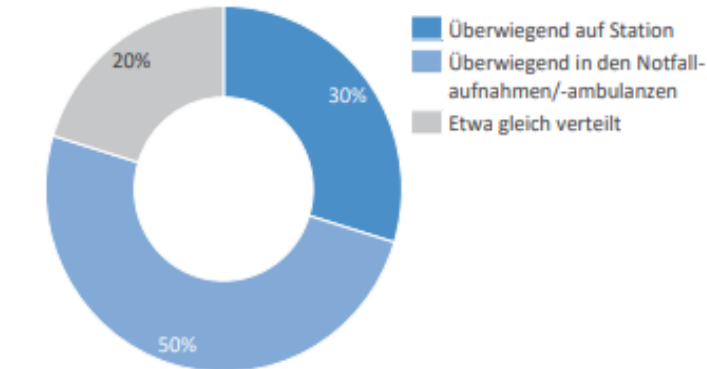
Warum bin ich eigentlich zu diesem Thema eingeladen worden ?

Welche Personalgruppen waren 2023 von den körperlichen und verbalen Übergriffen in stationären Einrichtungen und Notfallaufnahmen/-ambulanzen betroffen?
(Krankenhäuser in %)



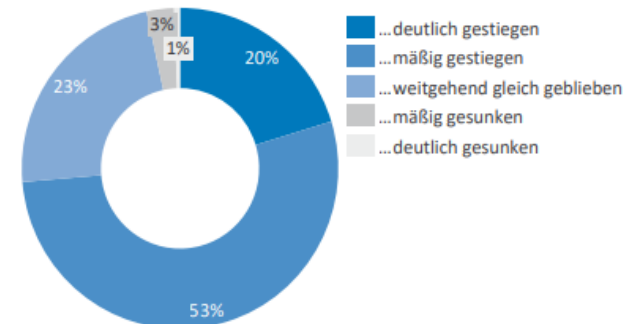
© Deutsches Krankenhausinstitut

Wo fanden die körperlichen und verbalen Übergriffe 2023 räumlich statt?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Wie hat sich die Anzahl der körperlichen und verbalen Übergriffe von Patienten, Angehörigen, Begleitern oder Besuchern gegenüber Ihren Beschäftigten in den letzten fünf Jahren entwickelt? (Krankenhäuser in %)
Die Übergriffe sind...



© Deutsches Krankenhausinstitut

Quelle Deutsches Krankenhausinstitut (DKI)

Zahlen Daten Fakten

- Daneben können aus Sicht der Krankenhäuser schwierige Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung wie zu lange Wartezeiten und das Durchsetzen der Stationsordnung durch Krankenhauspersonal (z. B. Wunschverweigerung, geschlossene Tür) Aggressionen und Gewalt gegenüber den Mitarbeitern begünstigen.

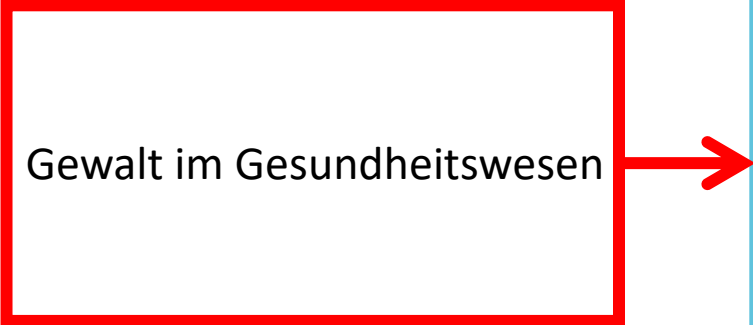
Welche Ursachen sind in der Regel in Ihrem Krankenhaus für körperliche oder verbale Übergriffe gegenüber Ihren Beschäftigten erkennbar?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Zahlen & Daten & Fakten

Gewalt im Gesundheitswesen



- Rund 26.500 „Schreck- und Gewaltvorfälle“ wurden der BGW von 2018 bis 2022 als meldepflichtige Arbeitsunfälle angezeigt, jährlich sind es durchschnittlich circa 5.300.
- In 88 % aller Vorfälle kommt es zu einer physischen Verletzung, in 12 % zu einer psychischen Verletzung. Dabei ist zu bedenken, dass eine psychische Verletzung sich oft erst mit zeitlichem Abstand zeigt und nicht zu einer Meldung zu führt.
- Die meisten Meldungen kommen aus den Branchen „Betreuungs- und Beratungseinrichtungen“ (35 %), „Pflege“ (28 %) sowie „Kliniken“ (14 %).
- 349 Beschäftigte aus Notaufnahmen nahmen an einer Online-Umfrage teil. 87 % von ihnen gaben an, innerhalb eines Jahres körperliche Gewalt durch Patientinnen oder Patienten erfahren zu haben, 64 % durch deren Angehörige. Noch mehr Beschäftigte hatten Erfahrung mit verbaler Gewalt gemacht: 97 % durch Patient:innen, 94 % durch Angehörige.

Quelle: (Vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheits- & Wohlfahrtspflege 2024)

Formen und Auslöser von Gewalt

1. Physische Gewalt: Schläge, Tritte, Bisse (z. B. bei verwirrten Demenzpatienten oder unter Drogeneinfluss).
2. Verbale Aggression: Beleidigungen, Drohungen (häufig in Notaufnahmen durch überforderte Angehörige).
3. Psychische Gewalt: Mobbing unter Kolleg:innen, Machtmissbrauch durch Vorgesetzte.



Gründe und Ursachen – Warum es zu Gewalt kommt Gewalt entsteht nie im Vakuum. Sie ist das Ergebnis eines Zusammenspiels von Faktoren:

•

1. Bauliche Gründe:

- Enge, unübersichtliche Räume (z. B. lange Gänge ohne Sichtachsen).
- Fehlende Fluchtwege oder Schutzräume für Mitarbeitende.

2. Institutionelle Gründe:

- Unterbesetzung, Überlastung, Schichtstress:
- Unklare Meldewege bei Vorfällen („Wird ja eh nichts passieren“):
- Hierarchische Strukturen:



3. Kulturelle Gründe:

- Tabuisierung von Gewalt: Viele Übergriffe werden als „normal“ hingenommen („Gehört halt zum Job“).
- Fehlende Wertschätzung: Mangelnde Anerkennung für Belastungen des Personals verstärkt Resignation.
- Hierarchien: Autoritäre Führungsstile fördern ein Klima der Angst, das auch Patient:innen spüren.

Gründe und Ursachen – Warum es zu Gewalt kommt Gewalt entsteht nie im Vakuum. Sie ist das Ergebnis eines Zusammenspiels von Faktoren:

4. Personale Gründe:

- Persönlichkeit von Täter:innen: Aggressive Grundhaltung, Suchterkrankungen oder psychische Störungen (z. B. bei Patient:innen).
- Mitarbeiter:innen-Verhalten: Unbewusste Provokationen durch Stresskommunikation („Jetzt warten Sie halt mal!“).

5. Gesundheitliche Aspekte:

- Psychische Vorerkrankungen von Patient:innen (z. B. Demenz, Psychosen).
- Eigene Überlastung des Personals: Erschöpfung mindert Deeskalationsfähigkeit.

Gewaltforschung

- Allgemein: Gewalt bezeichnet den Einsatz von physischem oder psychischem Zwang gegenüber Menschen sowie die physische Einwirkung auf Tiere oder Sachen.
- Soziologisch: Gewalt bedeutet den Einsatz physischer oder psychischer Mittel, um einer anderen Person gegen ihren Willen
a) Schaden zuzufügen, b) sie dem eigenen Willen zu unterwerfen (sie zu beherrschen) oder c) der solchermaßen ausgeübten Gewalt durch Gegengewalt zu begegnen.
- Politisch: Mit dem Begriff werden die (legitim angewandten) Mittel zur Durchsetzung der herrschenden Rechtsordnung bezeichnet. Es wird zwischen Gebietshoheit (Herrschaftsmacht über ein Gebiet) und dort lebende Menschen) und Personalhoheit (alle Angehörigen dieses Staates) unterschieden.



Juristische Definition von Gewalt

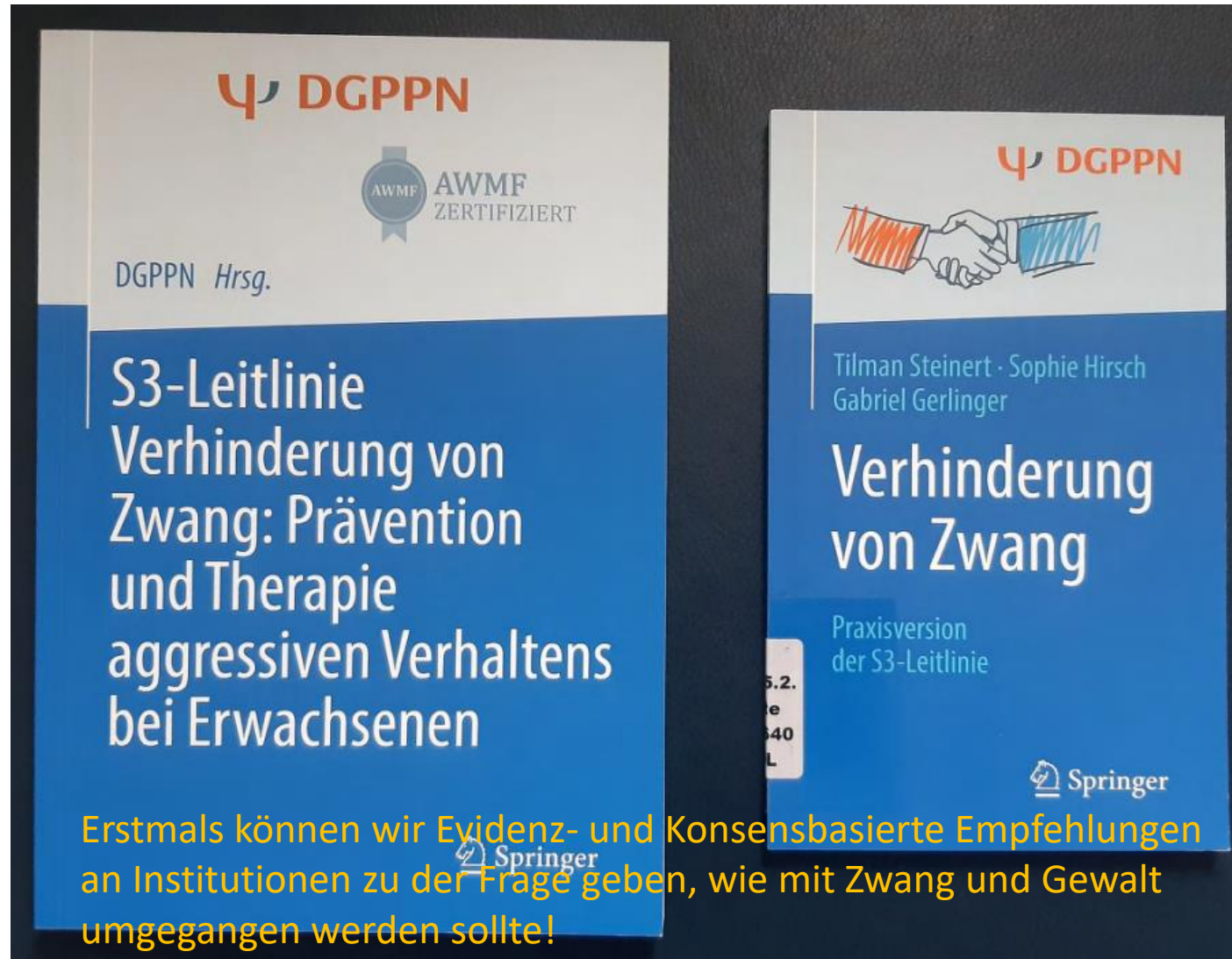
„Die Beeinträchtigung des freien Willens einer anderen Person“ - z.B. durch Raub, Erpressung, Entführung usw. Den Begriff Gewalt kann in verschiedene Ausprägungen unterteilt werden:

- ❑ Psychische Gewalt, welche durch verbale Verletzungen, Beleidigungen oder Demütigungen verkörpert wird.
- ❑ Physische Gewalt, welche oftmals von Wutausbrüchen, Zerstörung von Gegenständen oder übergriffigem Verhalten begleitet wird.
- ❑ Sexuelle Gewalt, darunter versteht man alle sexuellen Handlungen, die einer Person ohne eindeutige und freie Zustimmung aufgezwungen werden.

(Vgl. Universität Bielefeld 2025)



Psychische Störungen und Gewalt: Die aktuelle S3-Leitlinie "Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen"



Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) §3 Grundpflichten des Arbeitgebers

- (1) **Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen** des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine **Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz** der Beschäftigten anzustreben.
- (2) Zur Planung und Durchführung der Maßnahmen nach Absatz 1 hat der Arbeitgeber unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten

1.für eine geeignete Organisation zu sorgen und die erforderlichen Mittel bereitzustellen sowie

2.Vorkehrungen zu treffen, dass die Maßnahmen erforderlichenfalls bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen beachtet werden und die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können

Die neun Eskalationsstufen

Verhärtung

Polarisierung
& Debatte

Taten statt Worte

Sorge um Image

Gesichtsverlust

Drohstrategie

Begrenzte Ver-
nichtungsschläge

Zersplitterung

Gemeinsam
in den Abgrund

Win - Win
Ebene 1

Win - Lose
Ebene 2

Lose - Lose
Ebene 3

Risikofaktoren

- Kolleg*innen mit einer geringen Berufserfahrung (v.a. Auszubildende, BUFDIE's, Berufsanfänger, Hospitanten etc.)
- unfreiwillige Aufnahmesituation des Patienten
- situative Verknennung aufgrund des Krankheitserlebens (Delir, Demenz, Intoxikation ...)
- Sozialisation des Patienten (z. B. Gewalterfahrung in der Vergangenheit, Drogenkonsum ...)
- hohe Arbeitsbelastung des Personals
- Überbelegung
- Stationskultur (Ungerechtigkeit, allzu gewährender Stil vs. viele Einschränkungen)
- schlechte therapeutische Allianz
- usw.

Quelle (Vgl. Nau, Walter 2014)

Gewaltforschung

- Gewalt ist in jedem Kulturkreis sowie gesellschaftlichen Milieu anzutreffen
- Gewalt zeigt sich nicht nur physisch, sondern äußert sich auch psychisch sowie strukturell.
- Als Ressourcen für friedliche Konfliktlösungen können primär die Parameter **Zeit** und **kommunikative Kompetenz** deklariert werden. Zudem spielt aber auch ein gewisser Verlustgedanke im Geschehen eine entscheidende Rolle.
- Demnach liegt es nahe, dass bei einem Konflikt, welcher Einstellungen und Erwartungen beinhaltet und bei dem Interessengegensätze umeinander kämpfen, die Gefahr besteht, den jeweiligen Standpunkt zu verlieren.

Gewaltentstehung nach Toprak

Toprak leitet drei fundamentale Faktoren ab, welche aus der subjektiven Verlustperspektive gewaltbereites Verhalten begünstigen:

1. wenig Zeit für Handlungsspielräume
2. eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten und Kompetenzen für kommunikative Konfliktlösungen
3. kein Risikobewusstsein, weil die Gewaltanwendung rational erscheint

Quelle (Vgl. Toprak; Alshut 2013)

Gewalt im Gesundheitswesen

- ❓ Aggressive Ereignisse haben häufig ihren Ursprung im Angsterleben der Beteiligten. Besonders in Ausnahmesituationen werden Impulse zu aggressiven Verhalten weniger unterdrückt.
- ❓ Das Gesundheitswesen ist häufig ein Ereignisort für Ausnahmesituationen, und so erscheint es wenig verwunderlich, dass aggressive Verhaltensweisen in vielen Bereichen des Gesundheitswesens häufiger vorkommen als im normalen Alltag.
- ❓ Notfallsituationen sind häufig mit Stress, Überforderung, erlebter Provokation, Frustration, Unsicherheit und letztendlich Angst verbunden sind. All diese Gefühle stehen oftmals auslösend hinter aggressiven Verhaltensweisen, jedoch sind sie dem Aggressor in der jeweiligen Situation selten bewusst, vielmehr können sie als Zeichen seiner Hilflosigkeit und Kämpfen um Selbstbestimmung interpretiert werden.

Macht im Gesundheitswesen

- Für gewöhnlich liegen Professionalität und Macht auf der Seite der „Gesundheitsangestellten“.
- Sie sind ausgebildet um zu helfen, und haben verschiedene Möglichkeiten, die Macht, die ihnen durch die Institution übertragen wird, zu nutzen und zu gestalten.
- Im Gesundheitswesen stellt die Asymmetrie der Dialogbeteiligten einen wichtigen zu beachtenden Aspekt dar.

Maßnahmen zur Prävention

Zur Prävention und Bewältigung von Übergriffen auf Mitarbeiter kommen insbesondere Deeskalationstrainings für Mitarbeiter, bauliche und technische Maßnahmen wie Zutrittskontrollen oder Videoüberwachung, klinikinterne Leitlinien zum Umgang mit aggressiven Patienten oder bei Übergriffen sowie die psychologische Unterstützung von betroffenen Mitarbeitern zum Einsatz.

Etwa jedes vierte Krankenhaus setzt Sicherheitspersonal ein, um Mitarbeiter aber auch Patienten zu schützen.

Welche Maßnahmen gibt es in Ihrem Krankenhaus zur Prävention von und zum Umgang mit körperlichen oder verbalen Übergriffen gegenüber Ihren Beschäftigten?
(Krankenhäuser in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Das ist das Ergebnis einer Blitzumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) für die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). An der Repräsentativbefragung beteiligten sich bundesweit 250 Allgemeinkrankenhäuser ab 100 Betten.

Gewaltprävention Kompetenzen:

- Bewusste professionelle Beziehungsgestaltung (z.B. Personenzentrierung, Menschenbild)
- Bewusste Kommunikation (z.B. Wertschätzend, Bedürfnisorientiert)

Ziel: Maßnahmen zur Prävention

- Reduktion von Unsicherheit bzw. Angst beim Patienten
- Reduktion vom „Wissensgefälle“
- Reduktion von Macht

Tipps und Ratgeber - 🔍 Quellen zur Vertiefung:

-PflegeNetzwerk psychiatrischer Intensivstationen Niedersachsen kündigt Symposium mit Signalwirkung an

Das Netzwerk Gewaltfreie Pflege - ein Zusammenschluss von mittlerweile 30 Berliner Institutionen aus den Bereichen Gesundheit, Pflege und Strafverfolgung - arbeitet seit 2021 daran, Gewalt in der Pflege besser zu verhindern und zu verfolgen.

-DGUV Report „Gewalt im Gesundheitswesen“ (2023).

- Projekt „Gewaltfreie Klinik“ der Charité Berlin.

-Erfahrungsberichte aus dem UKE Hamburg (Modellprojekt Deeskalation).



📄 Trainingsleitlinie NAGS AT,CH,D 2024

Die Leitlinie rund um die
Durchführung von
Deeskalationstrainings

Gemeinsam für mehr Wissen

DKI
DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

DKI Blitzumfrage

Umfrage April 2024:

Gewalt gegen Krankenhausmitarbeiter

Dr. Karl Blum
Dr. Sabine Löffert
Jessica Kräft

„Kulturelle Diversität“

"Kulturelle Diversität kann eine weitere Ursache für Konflikte sein – nicht als Schuldzuweisung, sondern als Herausforderung der Kommunikation.

Beispiele:

Sprachbarrieren: Missverständnisse bei Diagnose- oder Behandlungsabläufen führen zu Frustration (z. B. unklare Aufklärung über Medikamente).

Unterschiedliche Normen: In einigen Kulturen gelten direkte Forderungen als unhöflich, in anderen sind sie üblich.

Familienstrukturen: Enge Angehörige fordern z. B. eine intensivere Betreuung ein, als die Klinikkapazitäten zulassen.

Studien zeigen: Kulturell bedingte Kommunikationskonflikte sind in Notaufnahmen ein häufiger Auslöser für Aggressionen (Mazza et al., 2022).



Quellen: Mazza, D. et al. (2022): „Intercultural Communication in Emergency Departments: A Risk Factor for Aggression?“, Journal of Clinical Nursing.
- WHO (2021): „Cultural Contexts in Healthcare Communication“.

Häufige These : Kulturelle Diversität – Ein Risikofaktor?

Fehlendes Wissen über kulturelle Normen kann Behandlungen behindern (z. B. Umgang mit Geschlechtertrennung in der Pflege). Interkulturelle Kompetenzen

1. Gesellschaftliche und globale Entwicklungen

- Migration und Globalisierung:
- Flucht vor Krieg/Konflikten (z. B. Syrien, Ukraine, Afghanistan).
- Arbeitsmigration (Fachkräfte aus dem Ausland, Saisonarbeiter:innen).
- Familienzusammenführungen und Geburten in migrantischen Communities.
- Demografischer Wandel:
- Alternde Gesellschaften (z. B. in Europa) benötigen Pflegekräfte aus anderen Ländern, die selbst Patienten werden.
- Medizintourismus:
- Menschen reisen gezielt für Behandlungen ins Ausland (z. B. günstigere OP-Kosten in der Türkei oder Indien).

Häufige These : Kulturelle Diversität – Ein Risikofaktor?

2. Gesundheitsspezifische Faktoren

- Epidemiologische Unterschiede:
- Bestimmte Krankheiten sind in einigen Regionen häufiger (z. B. Thalassämie im Mittelmeerraum, Tuberkulose in Osteuropa).
- Neueingereiste benötigen oft Nachbehandlungen (z. B. unvollständige Impfungen).
- Psychosoziale Belastungen:
- Traumata durch Flucht, Diskriminierungserfahrungen oder kulturelle Entwurzelung führen zu psychischen Erkrankungen.
- Chronische Erkrankungen:
- Ungesunde Lebensbedingungen in Herkunftsländern (z. B. Mangelernährung, Luftverschmutzung) verursachen Langzeitfolgen.

Häufige These : Kulturelle Diversität – Ein Risikofaktor?

3. Systemische und institutionelle Gründe

- Kultur-sensitive Öffnung des Gesundheitswesens:
- Kliniken investieren in Dolmetscherdienste oder kultursensible Schulungen, was Zugangsbarrieren senkt.
- Beispiel: „Migrantenmedizin“-Sprechstunden in Großstädten.
- Gesetzliche Vorgaben:
- Nicht-Diskriminierungsgesetze (z. B. § 7 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz) verpflichten zur Behandlung aller – unabhängig von Herkunft oder Sprache.
- Fehlende Primärversorgung in Heimatländern:
- Menschen aus Ländern mit schwachem Gesundheitssystem suchen Behandlung erst im Zielland (z. B. unentdeckter Diabetes).

4. Kulturelle und kommunikative Faktoren

- Unterschiedliche Krankheitskonzepte:
- In einigen Kulturen werden Symptome anders gedeutet (z. B. psychosomatische Schmerzen als „böser Blick“). Dies führt zu späterer oder komplexerer Diagnostik.
- Sprachbarrieren:
- Missverständnisse in der Anamnese verlängern Behandlungswege.
- Tabus und Scham:
- Themen wie Sexualität, psychische Gesundheit oder Sucht werden in manchen Kulturkreisen stigmatisiert, was späte Arztbesuche erklärt.

Häufige These : Kulturelle Diversität – Ein Risikofaktor?

5. Sozioökonomische Ursachen

- Armut und Prekarität:
- Menschen aus ärmeren Ländern haben oft keinen Zugang zu Vorsorgeuntersuchungen und suchen erst im Notfall Hilfe.
- Arbeitsbedingungen:
- Migrant:innen in Risikoberufen (z. B. Bau, Fleischindustrie) erleiden häufiger Verletzungen oder Berufskrankheiten.

6. Politische Krisen und Klimawandel

- Klimabedingte Migration:
- Dürren oder Überschwemmungen zwingen Menschen zur Flucht, was gesundheitliche Folgen (z. B. Unterernährung) mit sich bringt.
- Humanitäre Aufnahmeprogramme:
- Staaten wie Deutschland nehmen gezielt Geflüchtete mit Erkrankungen auf (z. B. im Rahmen des Resettlement-Programms).

Die Frage, ob die Zunahme der Behandlung von Menschen aus anderen Kulturen mit dem Anstieg von Gewalt in Kliniken zusammenhängt, ist komplex und erfordert eine differenzierte Betrachtung. Ein direkter kausaler Zusammenhang lässt sich nicht pauschal herstellen, aber es gibt Überschneidungen und indirekte Einflussfaktoren, die potenziell zu Konflikten beitragen können:

Kulturelle Diversität – Ein Risikofaktor?

Mögliche Zusammenhänge

1. Kommunikationsbarrieren

- Sprachliche Missverständnisse oder fehlende Dolmetscher:innen können Frustration auf beiden Seiten auslösen (z. B. unklare Diagnoseerklärungen, falsche Medikamenteneinnahme).
- Folge: Aggression aus Hilflosigkeit oder Angst (z. B. wenn Patient:innen das Gefühl haben, nicht verstanden zu werden).

2. Kulturelle Unterschiede in der Krankheitswahrnehmung

- In manchen Kulturen werden Schmerzen laut geäußert, in anderen eher verborgen. Pflegekräfte könnten dies als „Drama“ oder „Verweigerung“ fehlinterpretieren.
- Tabus (z. B. Geschlechtertrennung in der Pflege) können zu Misstrauen und Konflikten führen.

3. Traumata und psychische Belastungen

- Geflüchtete oder Migrant:innen leiden häufig unter posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), die in Stresssituationen (z. B. Untersuchungen) zu aggressivem Verhalten führen können.
- Beispiel: Ein Patient mit Kriegstrauma reagiert panisch auf laute Geräusche oder körperliche Fixierung.

4. Systemische Überlastung

- Kliniken, die bereits durch Personalmangel und Sprachbarrieren belastet sind, haben weniger Kapazitäten für Deeskalation oder kultursensible Betreuung.
- Teufelskreis: Stress → weniger Geduld → höheres Konfliktrisiko.

Entkräftung von Vorurteilen & Lösungsansätze zur Risikominderung

Es wäre falsch, pauschal Migrant:innen oder kulturelle Diversität als Hauptursache für Gewalt zu benennen:

- Studien zeigen: Die meisten Gewaltvorfälle in Kliniken haben andere Auslöser wie Alkohol/Drogen, psychische Erkrankungen oder lange Wartezeiten – unabhängig von der Herkunft der Patient:innen.
- Risikofaktor „Unbekanntes“: Nicht die Kultur selbst, sondern mangelnde Vorbereitung des Personals auf interkulturelle Situationen kann Eskalationen begünstigen.

Lösungsansätze zur Risikominderung

Um kulturelle Unterschiede nicht zum Konfliktherd werden zu lassen, braucht es:

1. Interkulturelle Schulungen:

- Training zu kulturspezifischen Krankheitskonzepten, Körpersprache und Deeskalationstechniken.
- Einsatz von Sprachmittler:innen oder Apps (z. B. „Transcultur“).

2. Traumasensibles Arbeiten:

- Sensibilisierung für PTBS-Symptome bei Geflüchteten (z. B. Vermeidung von plötzlichen Berührungen).

3. Strukturelle Anpassungen:

- „Safe Spaces“ für Angehörige bestimmter Kulturkreise (z. B. Gebetsräume, geschlechtergetrennte Bereiche).
- Klare Meldewege für rassistische Vorfälle gegen Mitarbeitende (z. B. wenn Patient:innen Pflegekräfte aufgrund ihrer Herkunft beleidigen).

4. Community Health Worker:

- Vertrauenspersonen aus migrantischen Communities vermitteln zwischen Patient:innen und Klinikpersonal.

Literatur • Anders, F. (2024): Gewalt an Schulen – fast jede zweite Lehrkraft berichtet von Problemen. Online verfügbar unter: <https://deutschesschulportal.de/bildungswesen/lehrerumfrage-zeigt-gewaltprobleme-an-vielen-schulen/> (09.02.2025).

- Bundesgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfartspflege (2024): Gewalt und Aggression in Gesundheitsdienst und Wohlfartspflege. Online verfügbar unter: <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/presse/gewalt-und-aggression-in-gesundheitsdienst-und-wohlfahrtspflege103398> (09.02.2025).

- Bundes Psychotherapeuten Kammer (2024): BPTk zur Befragung des GKV-Spitzenverbandes. Online verfügbar unter: <https://bptk.de/pressemitteilungen/psychisch-krank-warten-142-tage-auf-eine-psychotherapeutische-behandlung/> (31.01.2024).

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (2019): S2K-Leitlinie Notfallpsychiatrie. Online verfügbar unter:

https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f3a343551a8377beaed060e05d40734d71683710/038-023l_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf (30.01.2024).

- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung (2020): Report Psychotherapie 2020. Online verfügbar unter: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=11069&token=a90390e76f0e00e7f914aef6a5b47f06e3cd5329> (30.06.2020).

- Deutsches Ärzteblatt (2025): Polizei schießt Mann in Uniklinik Düsseldorf an. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/polizeischießt-mann-in-uniklinik-dusseldorf-an-5964dc51-7b79-4f68-988b-634ee595d9e3> (23.02.2025).

- Fries, W. (2023): Das soziale Gehirn – Neurobiologie des Sozialverhaltens. In: Psysiopraxis, Jg. 21, Heft 6, S. 46-51.

- Henke, F. (2022): Fixierung in der Pflege. Nach Werdenfelser Weg und Leitlinie FEM unter Ausschluss von Alternativen. Stuttgart: Kohlhammer. 44 © Konrad Krüger Literatur
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2024): Mehr Schutz und Unterstützung für Praxen. Resolution gegen Gewalt in Praxen. Online verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/71555.php> (09.02.2025).
- Kredding, N.; Karimi, Z. (2013): Psychologie für Pflege- und Gesundheitsmanagement. Springer: Wiesbaden.
- Nau, J.; Walter, G. (2014): Aggression macht Angst – Angst macht Aggression. In: Hax-Schoppenhorst, T.; Kusserow, A. (Hrsg) (2014): Das Angst-Buch für Pflege- und Gesundheitsberufe: Praxishandbuch für die Pflege- und Gesundheitsarbeit. Bern: Hans Huber, S. 239-250.
- Schrems, B. M. (2020): Vulnerabilität in der Pflege. Was verletzlich macht und Pflegende darüber wissen müssen. Weinheim: Beltz Juventa.
- Spiegel (2024): Im Krankenhaus geht es immer brutaler zu. Online verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/panorama/krankenhaus-zahl-der-gewaltdelikte-steigt-a9d40feda-8e15-4675-8ce0-8595138f62c6> (09.02.2025).
- Toprak, A.; Alshut, M. (2013): Jugendgewalt und Migration – Möglichkeiten der Gewaltprävention. In: Marchwacka, M. A. (Hrsg.) (2013): Gesundheitsförderung im Setting Schule. Springer: Wiesbaden, S. 287-300.
- Rogal-Adam, R.; Josuks, H.; Adam, G.; Schleinitz, G. (2018): Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. 3., überarbeitete Auflage, Hannover: Schlütersche.



**Deeskalationsmanagement,
Bereichsleitung PSY & PSO**



17-4226



haage.jens@mh-hannover.de

