

EXECUTIVE SUMMARY

Tödliche Gewaltereignisse bei Versicherten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) im Zeitraum 2015 bis 2025

Katharina Schuda, Hannah Peitler, Albert Nienhaus

Worum geht es?

Die Auswertung untersucht tödliche Gewalttaten an versicherten Personen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Im Fokus stehen die Fakten zu den beteiligten Personen, den betroffenen Berufsbranchen/-gruppen, den konkreten Tatumständen sowie den retrospektiven arbeitsplatz-, situations- und personenbezogenen Erkenntnissen im Rahmen der Ermittlungen.

Ziel der Studie

Ziel der Untersuchung ist es, Risikokonstellationen für tödliche Gewaltereignisse in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege zu identifizieren und zu analysieren, um daraus Ansatzpunkte für Präventionsansätze abzuleiten.

Methoden

Es wurde eine deskriptive Analyse von Fällen tödlicher Gewalt durchgeführt. Grundlage war die retrospektive Auswertung der fallbezogenen Datensätze im Zeitraum von 2015 bis einschließlich 2025 anhand der elektronischen Akte der BGW.

Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum wurden zehn tödliche Gewaltereignisse erfasst. Sechs der dokumentierten Fälle entfielen auf die Wohlfahrtspflege und vier auf das Gesundheitswesen. Weibliche und männliche BGW-Versicherte waren gleich stark betroffen. Unter den Betroffenen stellten Sozialarbeitende die größte Berufsgruppe (vier Fälle) dar. Sechs von zehn Tatausübenden litten zum Tatzeitpunkt an einer dokumentierten psychischen Erkrankung. In der Hälfte dieser Fälle wurden eine Änderung der antipsychotischen Medikation oder deren Einnahme ermittelt. Keinen eindeutigen Bezug zur beruflichen Tätigkeit hatten vier der zehn Fälle.

Möglichkeiten der Umsetzung der Erkenntnisse in die Praxis

Die Ergebnisse lassen folgende mögliche Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen ableiten:

- stärkere Fokussierung auf eine differenzierte Risikoanalyse im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (GBU) zur Ableitung geeigneter betrieblicher und individueller Maßnahmen zur Vermeidung eskalierender Gewaltereignisse nach dem TOP-Prinzip,
- transparente datenschutzkonforme Risikokommunikation etablieren,
- Optimierung der Arbeitsorganisation für sicherere Abläufe, wie beispielsweise zur Vermeidung von Alleinarbeit in potenziell kritischen Konfliktsituationen,
- Stärkung der Handlungssicherheit bei gleichzeitiger Förderung sicheren Verhaltens von Mitarbeitenden, zum Beispiel durch regelmäßige Schulungen, gegebenenfalls Deeskalations- und Selbstverteidigungstrainings,
- Sensibilisierung der Mitarbeitenden im Hinblick auf potenziell dynamische Konfliktsituationen im Rahmen der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen,
- ergänzende bauliche und technische Optimierungen in Betracht ziehen,
- Betreuung und Nachsorge für dritte Personen berücksichtigen (second victim support),
- Notfallplan für Extremereignisse von Gewalt vorhalten.

Die Auswertung der Daten zeigte, dass multifaktorielle kontextspezifische Gegebenheiten zu den Ereignissen geführt haben. Die Identifizierung möglicher betriebs- beziehungsweise tätigkeitsspezifischer kritischer Bereiche bildet die Grundlage zur Ableitung geeigneter betrieblicher und individueller Maßnahmen, die im Einzelfall durch flankierende Maßnahmen wie technische Lösungen ergänzt werden können. Präventive Ansatzpunkte eskalierender Gewaltereignisse lassen sich demnach nur ganzheitlich risikanalytisch denken und etablieren.

Tödliche Gewaltereignisse bei Versicherten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) im Zeitraum 2015 bis 2025

Katharina Schuda
Hannah Peitler
Albert Nienhaus

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Abteilung Arbeitsmedizin,
Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG), Hamburg

(eingegangen am 23.04.2026, angenommen am 20.08.2026)

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Deadly violent incidents among insured individuals of the Statutory Accident Insurance and Prevention in the Health and Welfare Services in the period 2015 to 2025

Objective: Deadly violent incidents in health and welfare services are rare. To identify risk factors, an analysis of deadly violent incidents involving BGW-insured individuals was conducted. The analysis of the individual cases aims to identify starting points for the further development of evidence-based prevention strategies and to develop a differentiated risk assessment and workplace safety strategies for particularly high-risk fields of activity.

Method: Retrospective file analysis covering the years 2015 through 2025, with a case-by-case evaluation of documented fatal violent incidents based on the electronic files of the BGW. The cases were described as a case series, and the statistical analysis was descriptive.

Results: During the study period, ten fatal violent incidents were recorded. Six of the ten documented cases occurred in the social services sector, and four in the healthcare sector. Female and male BGW policyholders were affected equally. Among the ten victims, social workers constituted the largest group, with four cases. Six out of ten perpetrators had a documented mental illness at the time of the incident. In half of these cases, it was determined that the perpetrators were taking antipsychotic medication or had recently changed their medication. Four of the ten cases had no clear connection to the victims' professional activities.

Conclusions: Incidents of lethal violence must be viewed in the context of multifactorial individual, situational, social, and organizational conditions. Some of the cases presented show no direct connection to the victim's occupation. An analysis of these incidents suggests that clear communication and protection processes – in compliance with data protection regulations – may be beneficial in cases involving individually specific risk factors. Additional effective preventive measures may include training and education programs for employees.

Keywords: fatal violent incident – accident at work – healthcare – welfare

Tödliche Gewaltereignisse bei Versicherten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) im Zeitraum 2015 bis 2025

Ziel: Tödliche Gewaltereignisse im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege sind selten. Zur Identifikation von Risikokonstellationen wurde eine Auswertung tödlicher Gewalttaten an BGW-Versicherten durchgeführt. Die Analyse der Einzelfälle zielt darauf ab, Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung evidenzbasierter Präventionsstrategien zu identifizieren sowie eine differenzierte Risikobewertung und betriebliche Sicherheitsstrategien für besonders gefährdete Tätigkeitsfelder zu entwickeln.

Methode: Retrospektive Aktenanalyse für die Jahre von 2015 bis 2025 mit fallbezogener Auswertung der dokumentierten tödlichen Gewaltereignisse anhand der elektronischen Akte der BGW. Die Fallbeschreibung erfolgte im Sinne einer Fallserie, die statistische Auswertung deskriptiv.

Ergebnisse: Im Untersuchungszeitraum wurden zehn tödliche Gewaltereignisse erfasst. Sechs der zehn dokumentierten Fälle entfielen auf die Wohlfahrtspflege und vier auf das Gesundheitswesen. Weibliche und männliche BGW-Versicherte waren gleich stark betroffen. Unter den zehn Betroffenen stellten Sozialarbeitende mit vier Fällen die größte Gruppe dar. Sechs von zehn Tatusübenden litten zum Tatzeitpunkt an einer dokumentierten psychischen Erkrankung. In der Hälfte dieser Fälle wurden eine Einnahme antipsychotischer Medikamente oder eine Änderung dieser Medikation ermittelt. Vier der zehn Fälle hatten keinen eindeutigen Bezug zur beruflichen Tätigkeit der Opfer.

Schlussfolgerungen: Tödliche Gewaltereignisse sind im Kontext multifaktorieller individueller, situativer, sozialer und organisatorischer Bedingungen zu betrachten. Ein Teil der vorgestellten Fälle zeigt keinen unmittelbaren Bezug zum Beruf des Opfers. Die Auswertung der vorliegenden Ereignisse weist auf einen möglichen Nutzen klarer, datenschutzkonformer Kommunikations- und Schutzprozesse bei individuell begründeten Risikokonstellationen hin. Weitere sinnvolle Präventivmaßnahmen können Trainings und Schulungen für Mitarbeitende sein.

Schlüsselwörter: tödliches Gewaltereignis – Arbeitsunfall – Gesundheitswesen – Wohlfahrtspflege

Einleitung

Gewalt und Aggression stellen ein zunehmend relevantes gesellschaftliches und arbeitsmedizinisches Problem im Gesundheits- und Sozialwesen dar. Nationale und internationale Daten zeigen, dass Beschäftigte in diesem Bereich überdurchschnittlich häufig von verbalen, physischen und – in seltenen Fällen – tödlichen Übergriffen betroffen sind (BGW 2023; Harrell et al. 2022; WHO 2003). Besonders gefährdend sind Bereiche mit engem Patientenkontakt und großer emotionaler Beanspruchung, wie beispielsweise Notaufnahmen, psychiatrische Einrichtungen und der Rettungsdienst (Hofmann u. Hachenberg 2019; Murray et al. 2020; Lantta et al. 2016). Diese Arbeitsfelder sind geprägt durch Zeitdruck, Personalmangel sowie die Betreuung von Menschen in akuten Krisen- oder Ausnahme-situationen, wodurch Gewalt als arbeitsbezogenes Risiko begünstigt wird. Auswertungen der BGW und andere epidemiologische Studien belegen eine hohe Prävalenz von Gewaltvorfällen in Deutschland, die mit erheblichen gesundheitlichen Folgen verbunden sind (Dulon et al. 2024; Mambrey et al. 2023).

Im Arbeitsalltag dominieren verbale Aggressionen und Bedrohungen. Körperliche Übergriffe hingegen sind seltener, jedoch oft folgenreicher (Schablon et al. 2018; Liu et al. 2019). Solche Ereignisse stehen in engem Zusammenhang mit psychischen Belastungen, Burnout, Traumatisierung und reduzierter Arbeitszufriedenheit (Schablon et al. 2022; Roth et al. 2025). Gleichzeitig weisen Studien auf strukturelle oder arbeitsorganisatorische Risikofaktoren hin. Hierzu zählen unter anderem Personalmangel, hohe Arbeitsdichte und unzureichende Präventionskonzepte (Lim et al. 2022; Raspe et al. 2020).

Sowohl in der Forschung als auch in der Praxis liegt der Fokus bislang überwiegend auf nicht tödlichen Gewaltformen, während tödliche Gewaltereignisse selten systematisch analysiert werden. Als sogenannten Sentinel-Ereignissen kommt ihnen eine besondere Bedeutung für Gefährdungsbeurteilung, betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeitsschutz zu. Aufgrund geringer Fallzahlen, uneinheitlicher Definitionen und Unterschieden bei Erfassung und Berichtswesen wird ihre Untersuchung jedoch erschwert. Gleichzeitig führen die Schwere solcher Ereignisse und die daraus resultierende mediale Aufmerksamkeit zu einer erheblichen Verunsicherung von Beschäftigten und Organisationen. Auch können indirekt Betroffene, wie augenzeugende Personen, im Sinne eines „Second Victim“-Phänomens belastet sein.

Aus arbeitsmedizinischer Perspektive ist Gewalt am Arbeitsplatz als Ergebnis eines multifaktoriellen Bedingungsgefüges zu verstehen. Neben individuellen Aspekten spielen arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen wie Schichtarbeit, Personalmangel oder unzureichende Schulung im Umgang mit Gewalt eine zentrale Rolle. Hinzu kommen Defizite in Risikoerkennung und -kommunikation, unzureichend implementierte Schutzkonzepte sowie Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer, psychosozialer und sicherheitsbezogener Versorgung. Charakteristisch für die Berufsfelder des Gesundheitsdienstes und der Wohlfahrtspflege ist zudem die besondere Interaktionsdynamik zwischen Beschäftigten und zu behandelnden oder zu betreuenden Personen.

Es bestehen weiterhin Forschungslücken zum Thema Gewalt im Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere hinsichtlich der syste-

matischen Analyse tödlicher Gewaltvorfälle sowie der Entwicklung und Evaluation evidenzbasierter Präventions- und Sicherheitsstrategien (Elvegård et al. 2024). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, einen Beitrag zur Evidenzlage tödlicher Gewaltvorfälle im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege zu leisten, Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung evidenzbasierter Präventions- und betrieblicher Sicherheitsstrategien zu identifizieren sowie eine differenzierte Risikobewertung in besonders gefährdenden Tätigkeitsfeldern kritisch zu diskutieren.

Begriffsdefinitionen

Der Gewaltbegriff wird im wissenschaftlichen Kontext in verschiedenen Disziplinen unterschiedlich definiert, jedoch besteht Einigkeit darin, dass Gewalt ein intentionaler Akt ist, der auf die Schädigung von Personen oder Gruppen abzielt und Handlungsmacht voraussetzt.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt als „[...] den absichtlichen Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (WHO 2003). Diese Definition zeichnet sich durch ihre umfassende Perspektive aus, da sie neben physischer Gewalt auch angedrohte Gewalt sowie deren potenzielle gesundheitliche und psychosoziale Folgen berücksichtigt. Damit bildet sie eine international anerkannte Grundlage für die epidemiologische Erfassung, Prävention und gesundheitspolitische Bewertung von Gewaltphänomenen.

Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO, englisch International Labour Organization) definiert Gewalt und Belästigung in der Arbeitswelt als Spektrum inakzeptabler Verhaltensweisen und Praktiken oder deren Androhung. Die Definition umfasst die Dimensionen der körperlichen, psychischen, sexuellen und wirtschaftlichen Gewalt (ILO 2019).

Zur empirischen Analyse wird der Begriff des Gewaltereignisses verwendet, der zeitlich und räumlich klar abgrenzbare Vorfälle beschreibt. Er wird in der Gewaltforschung genutzt, etwa zur Untersuchung von Übergriffen in klinischen Settings (Lantta et al. 2016).

Fragestellung

Vor diesem Hintergrund verfolgt der vorliegende Beitrag das Ziel, eine Übersicht zu tödlichen Gewaltereignissen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege zu geben und die Einzelfälle zu analysieren. Dieser Beitrag soll mögliche Risikokonstellationen identifizieren und Forschungslücken aufzeigen. Ziel ist es, zu einem besseren Verständnis extremer Gewaltereignisse beizutragen sowie Konsequenzen und Ansatzpunkte für Prävention, Gefährdungsbeurteilung, betriebliche Sicherheitsstrategien und zukünftige Forschung zu liefern. Der Beitrag soll eine mögliche Grundlage zur Weiterentwicklung evidenzbasierter Präventionsstrategien und zur Stärkung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in diesen besonders exponierten Tätigkeitsfeldern schaffen.

Methodik, Einschlusskriterien, Zeitraum

Für den Zeitraum von Jahresbeginn 2015 bis zum Jahresende 2025 wurde durch die Abteilung Reha-Koordination der BGW eine Datenbankabfrage zu tödlichen Gewaltereignissen durchgeführt. Um die Versicherungsfälle für die Jahre 2015 bis 2025 zu identifizieren, wurden die folgenden Variablen verwendet, die in der standardisierten Dokumentation von Arbeits- und Wegeunfällen dokumentiert sind: Versicherungsfalldatum, Art des Unfalls, Tod als Folge des Unfalls sowie Gewalt oder Schrecken als unfallauslösendes Ereignis.

Anhand der Fallliste erfolgte eine retrospektive Aktenanalyse mit fallbezogener Auswertung in der elektronischen Akte der BGW, um relevante Merkmale und Zusammenhänge zu erfassen. Die systematisch erhobenen Variablen sind in ➔ **Tabelle 1** zusammengefasst.

Eingeschlossen wurden alle tödlich verlaufenen Vorkommnisse eines Gewaltereignisses gegenüber BGW-versicherten Personen durch Dritte wie betriebsfremde Personen oder Betriebsangehörige (z. B. in geschütztem Rahmen arbeitende Personen), die in der standardisierten Datenbank zur Erfassung von Arbeits- und Wegeunfällen registriert sind. Zur ausführlicheren Darstellung dieser

Datenbank siehe Dulon et al. (2024). Es wurden nur Vorkommnisse analysiert, die in der Folge als Arbeitsunfall oder Wegeunfall anerkannt wurden. Tödliche Gewalt gegen die eigene Person (Suizid) ist nicht Gegenstand der Betrachtungen (Ausschlusskriterium). In zwei Fällen war es erforderlich, auf lokale Medienbeiträge als ergänzende Informationsquelle zurückzugreifen, um die Fälle in die Auswertung einbeziehen zu können, wobei mehrere Medienquellen gegeneinander geprüft und die Schnittmenge übereinstimmender Angaben zu tatauübender Person, Tatopfer, Tatort und Tathergang übernommen wurden. Die einzelnen Fälle werden im Sinne einer Fallserie beschrieben. Die statistische Auswertung erfolgte deskriptiv. Eine Beratung durch die ärztliche Ethikkommission war nicht notwendig, da es sich um eine anonyme Auswertung handelt. Die Datenschutzvorschriften zur Auswertung von Sozialversicherungsdaten wurden eingehalten.

Ergebnisse

Für den untersuchten Zeitraum ergaben sich aus den Einschlusskriterien insgesamt zehn tödlich verlaufene Gewaltereignisse bei BGW-versicherten Personen. In Anbetracht der Gesamtzahl aller BGW-versicherten Personen (ca. 9,5 Millionen Versicherte) ist dies eine sehr geringe Zahl.

Bei den zehn betroffenen Personen handelte es sich um fünf Frauen und fünf Männer. Das Alter der Betroffenen lag zwischen 39 und 65 Jahren, im Mittel bei 54 Jahren. Die Verteilung der Betroffenen nach Berufsfeldern beziehungsweise Tätigkeit kann ➔ **Tabelle 2** entnommen werden. Unter den zehn Betroffenen stellten Sozialarbeitende mit vier Fällen die größte Gruppe dar. Bei den weiteren Betroffenen handelte es sich um zwei Krankenpflegefachkräfte, zwei ärztlich Tätige sowie jeweils eine Person aus der Berufsgruppe der Sozialpflegenden und Berufsberatenden. Aufgrund fehlender berufsgruppenspezifischer Bezugsgrößen lässt sich daraus kein relatives Berufsrisiko ableiten.

Hinsichtlich der Unfallart wurde zwischen 80 % Arbeitsunfälle (acht Fälle) und 20 % Wegeunfälle (zwei Fälle) unterschieden. Bei den Wegeunfällen handelte es sich in einem Fall um einen Raubmord und im anderen Fall um einen Raubüberfall mit Todesfolge.

Von den zehn Fällen entfielen zwei auf das Jahr 2015, zwei auf das Jahr 2018, je ein Fall auf 2019 und 2020 sowie jeweils zwei weitere Fälle auf die Jahre 2023 und 2024.

Tabelle 1 Übersicht erfasster Kategorien und Merkmale
Table 1: Overview of recorded categories and characteristics

Kategorie	Merkmale
Gruppe der Tatopfer	Alter, Geschlecht, Berufsgruppe/Tätigkeitsfeld
Gruppe der Tatausübenden	Alter, Geschlecht, Zusatzinformationen (hier: dokumentierte Vorerkrankungen, dokumentierte Medikation)
Setting	Ort (z. B. Praxis, Büro, Wohnheim, öffentlicher Raum, Seminar-/Konferenzraum), Zeitpunkt (Jahr)
Tatwaffe	Art der Waffe (z. B. Messer)
Verletzungsmuster	Lokalisation (z. B. Hals, Thorax)
Beziehung zwischen den Beteiligten	z. B. betreuende Person – betreute Person, ehemalige Behandlung, fremde Person
Anwesenheit Dritter	ja/nein/unbekannt
Dokumentierte Warnhinweise	ja/nein/unklar
Alleinarbeit/aufsuchende Tätigkeit	ja/nein
Dokumentierte Nachsorge	vorhanden/nicht in Reha-Akten nachvollziehbar

Tabelle 2 Verteilung der Berufe der betroffenen Personen und Anzahl der tatauübenden Personen mit dokumentierter psychiatrischer Diagnose
Table 2: Distribution of occupations among the individuals concerned and the number of perpetrators with a documented psychiatric diagnosis

Beruf	n	%	Tatauübende Personen mit dokumentierter psychiatrischer Diagnose*	
			n	%
Sozialarbeitende	4	40	3	75
Sozialpflegende	1	10	0	0
Berufsberatende	1	10	1	100
Wohlfahrt gesamt	6	60	4	66,7
Krankenpflegefachkräfte	2	20	0	0
Ärztlich Tätige	2	20	2	100
Gesundheitswesen gesamt	4	40	2	50
Alle	10	100	6	60

*Die Prozentangaben in den beiden rechten Spalten beziehen sich auf die Anzahl der Fälle innerhalb der jeweiligen Berufsgruppe der betroffenen Person.

Zur Gruppe der tatauübenden Personen lassen sich folgende Feststellungen treffen: In sieben von zehn Fällen handelte es sich nachweislich um Männer. In einem Fall (terroristischer Akt) muss aufgrund der politisch-ethnischen Gruppierung ebenfalls von Männern ausgegangen werden. In zwei weiteren Fällen (Raubmord und Raubüberfall mit Todesfolge) beschrieben augenbezeugende Personen, dass es sich jeweils um einen Mann gehandelt habe. Den vorliegenden Daten zufolge sind sämtliche in die Analyse eingeschlossenen Gewalttaten männlichen Tatausübenden zuzuordnen. Soweit Daten verfügbar sind, liegt das Alter der Tatausübenden zwischen 30 und 58 Jahren, im Mittel bei 47 Jahren.

In mindestens sechs Fällen war beim Tatausübenden eine vorbekannte psychiatrische Erkrankung diagnostisch gesichert. Vier dieser Fälle entfielen auf den Bereich der Wohlfahrtspflege, zwei Fälle auf den Bereich des Gesundheitswesens. Die dokumentierten psychiatrischen Diagnosen lauten:

1. Schizophrenie,
2. Schizophrenie mit paranoidem Syndrom,
3. paranoide Persönlichkeitsstörung,
4. paranoid-halluzinatorische Schizophrenie,
5. affektive Störung (hier Impulskontrollstörung), Dysthymie, Verhaltensstörung, Anpassungsstörung und Intelligenzminde-
rung,
6. paranoid-halluzinatorische Schizophrenie.

Tabelle 2 gibt wieder, welchen Berufsgruppen die Opfer angehörten, die von Tatausübenden mit einer vorbestehenden psychiatrischen Diagnose attackiert wurden. In drei der sechs Fälle (50 %), in denen die Taten durch psychisch erkrankte Personen verübt wurden, wurde retrospektiv eine Änderung in der antipsychotischen Medikation oder der Einnahme (eigenmächtiges Absetzen oder unregelmäßige Einnahme) ermittelt. Über Verhaltensänderungen der Tatausübenden vor der Tat berichteten betriebsangehörige oder betriebsnahe Personen rückblickend in zwei Fällen.

Die Auswertung der Tatumstände erbrachte hinsichtlich des Tatsettings folgende Ergebnisse: Zwei Vorkommnisse ereigneten sich in einem öffentlichen Seminar- beziehungsweise Konferenzraum, zwei Vorfälle auf offener Straße, zwei in der ärztlichen Praxis, ein Fall im dienstlichen Büro, einer im Hotel, einer in der Wohnung des Täters sowie ein Fall in einem Männerwohnheim.

In sechs von zehn Fällen bestand zwischen den Beteiligten eine Beziehung, in einem Fall verwandtschaftlich, in den übrigen fünf Fällen eine Beziehung im Sinne einer Betreuungs- beziehungsweise Behandlungssituation. In vier Fällen wurden die Taten durch fremde Personen verübt.

In sieben von zehn Fällen erfolgten die Taten in Anwesenheit Dritter. In zwei Fällen waren Opfer und Täter zum Zeitpunkt des Ereignisses allein, wobei es sich in einem der beiden Fälle um eine aufsuchende Tätigkeit handelte. In einem Fall bleibt die Situation hinsichtlich augenbezeugender Personen unklar.

Als Tatwaffe wurde in 50 % der Fälle ein Messer benutzt, in einem dieser fünf Fälle die Kombination aus einem Messer und einer Machete. Zur Anwendung als Tatwaffe kamen in jeweils einem Fall: Armbrust, Pistole, nicht näher bekannte Schusswaffe (Terroranschlag) sowie stumpfe Gewalteinwirkung (Tatwaffe unbekannt, am ehesten Hammer o. Ä.). In einem der Fälle wurde keine Tatwaffe genutzt –

hier kam es indirekt durch Sturz zu einer tödlichen Verletzungsfolge (Raubüberfall mit Todesfolge).

Hinsichtlich der Verletzungsmuster zeigte sich, dass insbesondere Kopf, Hals und Thorax Ziele der Angriffe waren. Die Todesursache trat in den überwiegenden Fällen durch Verbluten beziehungsweise einen hypovolämischen Schock oder durch Verletzung lebenswichtiger Organe und anatomischer Strukturen wie Herz, Halsschlagader oder Gehirn/Schädel ein.

Einzelfallbeschreibung

Die Einzelfallbeschreibungen basieren auf den Berichten von Polizei beziehungsweise Staatsanwaltschaft und den darin enthaltenen Zeugenaussagen, die in den elektronischen Akten der Versicherungsfälle dokumentiert waren. In zwei Fällen konnten die Unterlagen nicht vollständig eingesehen werden, so dass Informationen aus lokalen Medienbeiträgen ergänzend herangezogen wurden.

Grundsätzliche Einordnung: Die in dieser Fallserie dokumentierten psychiatrischen Diagnosen erlauben keine Rückschlüsse auf einen allgemeinen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und schwerer Gewalt. Die überwiegende Mehrheit psychisch erkrankter Personen ist nicht gewalttätig. Gewaltereignisse sind vielmehr im Kontext multifaktorieller individueller, situativer, sozialer und organisatorischer Bedingungen zu betrachten.

Fall 1

Der Zeuge gab an, dass eine unbekannte männliche Person auf das Tatopfer eingeschlagen habe und anschließend weggerannt sei. Die durch stumpfe Gewalteinwirkung zugefügte Schädelfraktur war tödlich. Die Tat wurde als Raubmord eingestuft und als Wegeunfall anerkannt. Der Versicherte war als Sozialarbeiter in einer Tageseinrichtung der Kinderbetreuung tätig. Die Tat stand in keinem Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit.

Fall 2

Der unbekannte Täter versuchte, der Versicherten vom Fahrrad aus die Handtasche zu entwenden. Dadurch stürzte sie und erlitt eine Beckenringfraktur. Die Beckenringfraktur wurde stationär versorgt. Die Immobilisation verursachte Thrombosen, die zum Schlaganfall mit Hirnödemen führten. Diesen Komplikationen erlag die Versicherte. Die Tat wurde als Raubüberfall mit Todesfolge eingestuft und als Wegeunfall anerkannt. Die Versicherte war als Krankenpflegefachkraft tätig. Die Tat war unabhängig vom Beruf.

Fall 3

Unmittelbar nach Betreten eines Medizinischen Versorgungszentrums schoss der Tatausübende mit einer Armbrust auf eine Mitarbeitende des Empfangs. Sie verstarb vor Ort. Hintergrund der Tat war ein Erbstreit. Tatopfer und Tatausübender standen in einem verwandtschaftlichen Verhältnis. Die Anerkennung als Arbeitsunfall erfolgte, da der von der Straße aus gut einsehbare Arbeitsplatz im Empfangsbereich Planung und Durchführung der Tat begünstigte. Die Versicherte war als Krankenpflegefachkraft tätig. Der Beruf stand indirekt im Zusammenhang mit der Tat.

Fall 4

Bei einem terroristischen Anschlag auf ein internationales Hotel in der afghanischen Hauptstadt Kabul zählte die Versicherte zu den Opfern, die durch Waffengewalt ums Leben kamen. Sie war Mitarbeiterin einer internationalen Hilfsorganisation. In den offiziellen behördlichen Mitteilungen heißt es, Aufständische hätten das Hotel in der afghanischen Hauptstadt über mehr als zwölf Stunden angegriffen. Die Tat stand im Zusammenhang mit einem Auslandseinsatz in einem Krisengebiet.

Fall 5

Im Rahmen einer Helferkonferenz des Projekts „Rehabilitation und Integration der halboffenen Unterbringung“ traf sich der zu Betreuende (später Tatausübender) mit seiner Bewährungshelferin, seinem Bezugsbetreuer (späteres Tatopfer), einer Psychologin und einer Psychiaterin zur Planung der weiteren Betreuung und Medikation in einem Konferenzraum des Trägers. Hinweise auf Konflikte oder Aggressionsauslöser bestanden nicht. Das Gespräch verlief nach übereinstimmenden Zeugenaussagen komplikationslos. Unerwartet stach der zu Betreuende mit einem Messer auf Oberkörper und Kopf des Bezugsbetreuers ein. Das Opfer verstarb an den Stichverletzungen am Unfallort.

Die Ermittlungen zeigten, dass unmittelbar vor der Tat die antipsychotische Medikation ärztlich begleitet umgestellt wurde. Der Betrieb war darüber nicht informiert.

Zum Tatzeitpunkt befand sich der Tatausübende im Zustand einer paranoiden Schizophrenie. Die Ermittlungen ergaben, dass er einige Jahre zuvor in einer Justizvollzugsanstalt gewalttätig gegenüber einem Mithäftling war. Die Tat ereignete sich bei der professionellen Betreuung. Die Information über die Medikamentenumstellung hätte möglicherweise zur größeren Vorsicht während der Besprechung führen können.

Fall 6

Ein Chefarzt hielt im Rahmen einer Klinikveranstaltung einen öffentlichen internistischen Vortrag im Konferenzraum der Klinik. Nach Beendigung seines Vortrags lief der Tatausübende zum Rednerpult und stach mit einem Messer auf den Hals des Referenten ein. Trotz unmittelbar eingeleiteter Reanimationsmaßnahmen verstarb der Versicherte an seinen Verletzungen. Die Tat stand nicht direkt im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit des Opfers. Sie richtete sich gegen die prominente Familie, aus der das Opfer stammte.

Fall 7

Der Tatausübende (zu Betreuender) bat seinen Betreuer telefonisch um ein persönliches Gespräch in seiner Wohnung, wo es zum Streit kam. Er verletzte den Betreuer mit einer Machete und einem Messer so schwer an Rücken und Schulter, dass dieser den Verletzungen vor Ort erlag. Die Tat wurde als Totschlag eingestuft. Beim Tatausübenden lagen eine affektive Störung im Sinne einer Impulskontrollstörung, eine Verhaltensstörung sowie eine Intelligenzminderung vor. Im Nachgang wurde ermittelt, dass er mit der Betreuung unzufrieden war. Die Tat stand im Zusammenhang mit der professionellen Betreuung.

Fall 8

Der Tatausübende arbeitete in der Werkstatt einer Stiftung für chronisch psychisch Erkrankte. Er litt an einer Schizophrenie und nahm vor der Tat seine Medikamente nicht regelmäßig ein. In der letzten Woche vor der Tat erschien er nicht zur Arbeit, da er sich in ärztlicher Behandlung befand. Am Tag der Tat erschien er unangemeldet in der Werkstatt und sprach im Büro des örtlichen Sozialdienstes mit der Sozialbetreuerin. Im Laufe des Gesprächs holte er unerwartet ein Messer aus seinem Rucksack und stach mehrmals auf die Betreuerin ein. Dabei verletzte er sie tödlich am Hals.

Die Ermittlungen zeigten, dass der Täter sich bereits zuvor wegen eines vorangegangenen versuchten Tötungsdelikts in der forensischen Psychiatrie befunden hatte. Die Tat stand im Zusammenhang mit der professionellen Betreuung. Ob eine bessere Kommunikation zwischen den Verantwortlichen der medizinischen und der sozialen Betreuung die Tat hätte verhindern können, ist fraglich.

Fall 9

In einem Männerwohnheim tötete ein Bewohner einen Sozialarbeiter in seinem Büro. Bei dem Gespräch ging es um den Auszug des Mannes aus dem Wohnheim aufgrund mehrfacher Verstöße gegen die Hausordnung. Unvermittelt zog der Mann ein Messer, stach auf den Sozialarbeiter ein und verletzte ihn tödlich. Die Ermittlungen ergaben, dass der Tatausübende an einer paranoiden Persönlichkeitsstörung litt. Täter und Opfer waren allein im Büro. Kollegen des Betreuers waren allerdings in der Nähe tätig. Die Tat stand im Zusammenhang mit der professionellen Betreuung. Wäre das Aussprechen des Hausverbots bei dem verhaltensauffälligen Bewohner zu zweit erfolgt, hätte die Tat möglicherweise verhindert werden können oder die Folgen der Tat hätten abgemildert werden können.

Fall 10

Der Tatausübende, der an einer paranoid-halluzinatorischen Schizophrenie litt, suchte die Praxis seiner früheren behandelnden Psychiaterin auf, die die Behandlung aufgrund zunehmender Aggressivität ihr gegenüber beendet hatte. Er drängte auf ein Gespräch. Laut seiner Aussage sollte die Psychiaterin ihn vor seinen Verfolgern schützen. Während des Gesprächs zog der frühere Patient eine Pistole und schoss mehrfach auf die Ärztin. Die Versicherte war sofort tot. Nach seiner Festnahme ließ der Täter sich widerstandslos in die forensische Psychiatrie bringen. Es wurde ermittelt, dass der Mann zwei Wochen vor der Tat seine Medikamente abgesetzt hatte, woraufhin sich sein psychischer Zustand zunehmend verschlechterte. Die Tat stand im Zusammenhang mit der professionellen Betreuung. Die Ärztin hatte bereits versucht, sich vor dem aggressiven Patienten durch die Ablehnung der Behandlung zu schützen.

Von den zehn Versicherungsfällen mit Todesfolge standen sechs in unmittelbarem Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit. Allgemeine Ansätze zur Prävention von Gewaltereignissen lassen sich daraus eher nicht ableiten. Allerdings sollten potenziell kritische Nachrichten an verhaltensauffällige Personen nur im Beisein Dritter überbracht werden. Inwiefern und in welchem Umfang nach Analyse des Unfallhergangs nachsorgende Maßnahmen seitens der BGW für Angehörige, anwesende Dritte (Belegschaft, Augenzeugenschaft) sowie den versicherten Betrieb empfohlen wurden oder erfolgten,

wurde in der elektronischen Akte nicht systematisch dokumentiert. In lediglich einem Fall wurde vermerkt, dass es zur Überprüfung der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich psychischer Belastungen am Arbeitsplatz und dem Angebot von Trainingsmaßnahmen zum Konfliktmanagement gekommen sei.

Diskussion

Die Studienlage legt nahe, dass Gewalt im Gesundheits- und Sozialwesen kein randständiges Phänomen, sondern ein strukturelles Problem sein könnte. Die hohe Prävalenz von Übergriffen, insbesondere in der präklinischen Versorgung, in Notaufnahmen und psychiatrischen Einrichtungen wird sowohl durch internationale als auch durch aktuelle nationale Daten bestätigt (BGW 2023; Liu et al. 2019; Schaller et al. 2021). Verbale Aggressionen treten dabei am häufigsten auf, wohingegen physische Gewalt seltener vorkommt, jedoch mit besonders gravierenden gesundheitlichen und organisationalen Konsequenzen verbunden ist (Cascales-Martínez et al. 2024).

Tödliche Gewaltereignisse sind demgegenüber sehr selten. Dies gilt auch für Versicherte der BGW, sie müssen jedoch im Kontext der insgesamt hohen Prävalenz nicht-tödlicher Gewalt verstanden werden (Dulon et al. 2024). Internationale Daten zeigen, dass tödliche Gewalt am Arbeitsplatz spezifische Risikokonstellationen aufweist, wobei insbesondere in den USA Schusswaffen eine bedeutende Rolle spielen (Doucette et al. 2020; U.S. Bureau of Labor Statistics 2024). Frühere und aktuelle Analysen identifizieren strukturelle Risikofaktoren wie Alleinarbeit, Nacharbeit sowie den Umgang mit vulnerablen und potenziell aggressiven Patientengruppen (Jenkins et al. 1992; Braun et al. 2021). Ein besonderes Augenmerk scheinen dynamische Betreuungssituationen psychisch erkrankter Personen im Zusammenhang mit sozialen Krisen oder Desintegration (Schreiter et al. 2017) zu erfordern, was sich auch in der hier durchgeführten Analyse der tödlichen Gewaltereignisse bei BGW-versicherten Personen widerspiegelt. Die analysierten Fälle hier im Sinne einer kausalen Erklärung einzuordnen, ist aufgrund der niedrigen Fallzahl, der heterogenen Fallserie ohne Vergleichsgruppe und ohne berufsgruppenspezifische Expositions- oder Bezugsdaten nicht möglich. Es ergeben sich nur Anhaltspunkte für mögliche Präventionsansätze. Die beiden Wegeunfälle (Raubmord und Raubüberfall mit Todesfolge) sowie der Todesfall im Rahmen des terroristischen Anschlags in Kabul können als schicksalhafte Einzelfälle eingeordnet werden. Auch der Fall des Erbstreits und der Tod bei dem öffentlichen Vortrag, bei dem sich private Konfliktsituationen an den Arbeitsplatz verlagerten, stellen Sonderfälle dar. Von den verbleibenden Fällen, in denen die Tatausübenden psychisch vorerkrankt waren, gibt es rückblickend Hinweise auf Warnsignale einer potenziell exazerbierenden psychischen Krisensituation. Diese retrospektiv dokumentierten Hinweise auf Verhaltensänderungen und Veränderungen der Medikation sollten hier als hypothesengenerierende Beobachtungen verstanden werden, die den Schluss nahelegen, dass eine bessere Kommunikation zwischen den versorgenden und betreuenden Institutionen bei verhaltensauffälligen Klientinnen und Klienten oder Patientinnen und Patienten helfen könnte, Risikosituationen vorherzusehen.

Gewalt – insbesondere in ihrer tödlichen Ausprägung – ist dabei nicht als isoliertes Ereignis zu verstehen, sondern als Ergebnis kontextspezifischer multifaktorieller Gegebenheiten, wie beispielhaft

anhand der oben geschilderten Fälle nachvollziehbar wird. Neben individuellen Faktoren spielen arbeitsorganisatorische Rahmenbedingungen wie Personalmangel, hohe Arbeitsdichte und unzureichende Qualifikation im Umgang mit Gewalt eine zentrale Rolle (Lim et al. 2022; Raspe et al. 2020). Hinzu kommen Defizite in Risikerkennung und -kommunikation sowie unzureichend implementierte Schutzkonzepte. Ein negatives psychosoziales Arbeitsklima kann das Risiko zusätzlich erhöhen, während ein positives Präventionsklima mit klaren institutionellen Strategien protektiv wirkt (Reißmann et al. 2025).

Auch das Setting scheint eine relevante Rolle zu spielen. Wie bereits zu Beginn der Diskussion dargelegt, zeigen Studien insbesondere für Tätigkeitsfelder wie Rettungsdienst, Notaufnahme und psychiatrische Einrichtungen erhöhte Prävalenzen von Gewalterfahrungen. Unter den analysierten Fällen findet sich jedoch kein Fall aus diesen Versorgungsbereichen. Dies wirft die Frage auf, ob die organisationale und individuelle Preparedness einen wesentlichen Einfluss auf das Auftreten, den Umgang mit oder die Bewältigung von Gewaltsituationen haben könnte. Die vorliegenden Fälle ereigneten sich in alltäglichen sozialbetreuenden beziehungsweise medizinischen Situationen. Im Vergleich zu Tätigkeitsbereichen mit bekanntermaßen höherer Gewaltprävalenz dürften sich sowohl die räumlich-technische Ausstattung als auch die persönliche Sensibilisierung und spezifische Krisenkompetenz unterscheiden. Dies spricht dafür, dass Awareness (Situationsbewusstsein/Sensibilisierung) und Preparedness (vorbereitet sein/Vorbereitung) zentrale Ansatzpunkte betrieblicher Präventionsstrategien darstellen könnten. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Ein weiterer zentraler Diskussionspunkt ist die enge Verknüpfung zwischen Gewalterfahrungen und psychischen Belastungen. Studien belegen einen signifikanten Zusammenhang mit Burnout, emotionaler Erschöpfung und reduzierter Arbeitszufriedenheit (Roth et al. 2025; Vincent-Höper et al. 2020; Schablon et al. 2022). Dies hat nicht nur Auswirkungen auf die individuelle Gesundheit, sondern auch auf Versorgungsqualität, Personalbindung und Berufsverbleib, insbesondere im Rettungsdienst (Powell et al. 2025). Gleichzeitig können große psychische Belastungen die Wahrnehmung von Warnsignalen und die Handlungssicherheit in kritischen Situationen beeinträchtigen und so indirekt das Risiko schwerer Eskalationen erhöhen.

Die Nachwirkungen schwerer Gewaltvorfälle stellen Organisationen vor erhebliche Herausforderungen. Neben der strukturellen Aufarbeitung ist insbesondere die psychosoziale Betreuung betroffener Mitarbeitender von zentraler Bedeutung, einschließlich der Unterstützung von augenbezeugenden Personen im Sinne eines „Second Victim“-Konzepts (Elvegård et al. 2024; Huxholl u. Scholz 2024). Dies erscheint besonders relevant in Anbetracht der Tatsache, dass auch in den hier ausgewerteten Fällen 70 % der Taten in Anwesenheit Dritter verübt wurden. Fehlende Nachsorge kann langfristige negative Auswirkungen auf Individuen und Organisationskultur haben.

Vor diesem Hintergrund erfordert die Prävention einen multiprofessionellen und systemischen Ansatz. Zentrale betriebliche Maßnahmen sollten eine verbesserte Risikoeinschätzung und transparente datenschutzkonforme betriebliche Risikokommunikation beinhalten. Individuelle Maßnahmen können gezielte Schulungen

der Mitarbeitenden sowie Deeskalations-, Kommunikations- und Selbstverteidigungstrainings umfassen. Strukturelle Maßnahmen wie eine angemessene Personalausstattung, bauliche Sicherheitskonzepte und technische Alarmsysteme sind ebenso relevant (Lim et al. 2022). Der Einsatz persönlicher Schutzausrüstung erscheint aufgrund der geringen Fallzahlen tödlicher Ereignisse nur in Einzelfällen sinnvoll, während technische Lösungen – etwa mobile Alarmsysteme, GPS-Tracking im Außendienst oder digitale Betreuungsformate – eine praktikable Ergänzung darstellen können.¹

Die geringen Fallzahlen tödlicher Gewaltereignisse, die Heterogenität der vorliegenden Studien sowie die fehlende Standardisierung der Erfassung erschweren die systematische Analyse dieser Vorkommnisse. Dadurch wurden evidenzbasierte Präventionsstrategien bislang nur begrenzt entwickelt.

Zusammenfassend sind tödliche Gewaltereignisse als Extremform eines weitverbreiteten komplexen Problems zu verstehen. Sie entstehen aus dem Zusammenspiel individueller, situativer und struktureller Faktoren. Zukünftige Forschung sollte sich verstärkt auf die Identifikation spezifischer Risikokonstellationen sowie die Evaluation wirksamer Präventionsmaßnahmen konzentrieren, um evidenzbasierte Strategien zu entwickeln und damit die Sicherheit und Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheits- und Sozialwesen nachhaltig zu verbessern. Eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit, die medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Perspektiven integriert, erscheint ebenfalls sinnvoll.

Limitationen

Die Aussagekraft des vorliegenden Berichts ist durch die geringe Fallzahl, das retrospektive Studiendesign sowie mögliche Unterdokumentation und fehlende Standardisierung der Falldokumen-

tation eingeschränkt. Das Fehlen einer Vergleichsgruppe und berufsspezifischer Bezugsgrößen limitiert die Einordnung der Ergebnisse. In Einzelfällen wurden ergänzend Medienquellen herangezogen, wodurch ein Informationsbias nicht ausgeschlossen werden kann. Die Ergebnisse sind daher nur stark eingeschränkt generalisierbar.

Schlussfolgerungen

Tödliche Gewaltereignisse bei Versicherten im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege sind selten, stellen jedoch besonders gravierende Vorkommnisse dar. Sie sind das Ergebnis multifaktorieller Gegebenheiten. Im Rahmen der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen können dynamische Konfliktsituationen auftreten, die ein erhöhtes Augenmerk erfordern. Die Aufarbeitung der Fälle unterstreicht die Notwendigkeit einer differenzierten Risikoanalyse.

Präventive Maßnahmen sollten daher primär auf frühzeitige Risikoeinschätzung und Maßnahmen zur Stärkung der Handlungssicherheit fokussieren. Anhand der Gefährdungsbeurteilung können geeignete betriebliche und individuelle Maßnahmen im Sinne des Risikomanagements abgeleitet und umgesetzt werden. Künftige arbeitsmedizinische Forschung sollte darauf abzielen, die Wirksamkeit dieser präventiven Ansätze empirisch zu evaluieren und evidenzbasierte Handlungsempfehlungen für unterschiedliche Arbeitssettings zu entwickeln.

Danksagung: Die Autorinnen und der Autor bedanken sich bei der Abteilung Reha-Koordination der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hamburg, für die Identifizierung der relevanten Versicherungsfälle.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen und der Autor erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Finanzierung/Förderung: Diese Forschung erhielt keine spezifische Förderung.

Ethikerklärung: Für diese Studie war gemäß den Richtlinien der zuständigen Ethikkommission keine Genehmigung erforderlich, da es sich um eine retrospektive Analyse vollständig anonymisierter Daten handelt. Die Datenschutzvorschriften zur Auswertung von Sozialversicherungsdaten wurden eingehalten.

Datenverfügbarkeit: Aufgrund der Vorgaben der deutschen Sozialgesetzgebung und des dort verankerten Sozialdatengeheimnisses ist eine Datenherausgabe an Dritte ausgeschlossen.

Autorenschaft und Beiträge: A. N. initiierte die Analyse; K. S. und H. P. konzipierten die Analyse; H. P. führte die Datenerhebung durch; K. S. und H. P. analysierten die Daten; K. S. verfasste das Manuskript; alle Autorinnen und der Autor überprüften und genehmigten die endgültige Version.

Software & KI: Für die Übertragung der Zusammenfassung ins Englische wurde die KI-basierte Software DeepL genutzt.

¹ Informationen der BGW zum Thema Umgang mit Gewalt am Arbeitsplatz:

<https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt>

Handlungshilfen, exemplarische Fragen für die Gefährdungsbeurteilung, Notfallplan für Gewalt-/ Aggressionsereignisse sowie Fragebogen zur Erfassung von aggressivem Verhalten:

<https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/schutzmassnahmen-gewalt-verhindern-sicherheit-schaffen-24640>

Hilfe nach Extremerlebnissen:

<https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/service/unfall-berufskrankheit/unfaelle-psychische-beeintraechtigungen/hilfe-nach-extremerlebnissen-14672>

Hilfe für Betroffene nach Gewaltvorfällen:

<https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/hilfe-fuer-betroffene-nach-gewaltvorfaellen-21726>

Qualifizierung und Beratung: Die BGW unterstützt ihre Mitgliedsbetriebe bei der Gewaltprävention und Nachsorge nach Gewaltereignissen. Neben Seminaren und Organisationsberatung ist beispielsweise auch eine Förderung von Trainingsmaßnahmen möglich.

<https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/gesund-im-betrieb/umgang-mit-gewalt/qualifizierung-und-beratung-angebote-fuer-betriebe-zum-umgang-20224>

Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte (DGUV Information 207-025):

<https://www.bgw-online.de/resource/blob/14706/647009691c0bf1d8502fce2b2a3befe/bgw08-00-070-praeventon-von-gewalt-und-aggression-data.pdf>

Deeskalationstraining und kollegiale Erstbetreuung Gewalt vorbeugen, Akutsituationen managen: <https://www.bgw-online.de/resource/blob/20226/c448195e4638d767cc963d7e0f598306/bgw08-00-006-deeskalationstraining-kollegiale-erstbetreuung-data.pdf>

Trauma – was tun? Damit Sie sich nicht mehr so hilflos fühlen müssen:

<https://www.bgw-online.de/resource/blob/69926/c456b258965ba45b941d74ab248f2704/trauma-was-tun-medium-data.pdf>

Literatur

- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Gewalt und Aggression in den Branchen der BGW: Unfalldaten aus den Jahren 2018–2022 und Forschungsergebnisse. 2. Aufl. Hamburg: BGW; 2023. <https://www.bgw-online.de/resource/blob/96176/f726d526e2496e071443b42d5734dfb2/gewalt-aggression-2-auflage-data.pdf> (abgerufen am 20.03.2026).
- Braun BI, Hafiz H, Singh S, Khan MM: Health care worker violent deaths in the workplace. *J Occup Environ Med* 2021; 69: 435–441. doi:10.1177/21650799211003824
- Cascales-Martínez A, López-Ros P, Pina D et al.: Differences in workplace violence and health variables among professionals in a hospital emergency department: a descriptive comparative study. *PLoS One* 2024; 19: e0314932. doi:10.1371/journal.pone.0314932 (Open Access).
- Doucette ML, Bulzacchelli MT, Crifasi CK, Frattaroli S: Workplace homicides committed by firearm: recent trends and narrative text analysis. *Inj Epidemiol* 2019; 6: 5. doi:10.1186/s40621-019-0184-0 (Open Access).
- Dulon M, Gregersen S, Nienhaus A: Gewaltvorfälle in Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege – Zahlen aus der Unfallanzeigen-Statistik der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2024; 59: 773–776. doi:10.17147/asu-1-405952 (Open Access).
- Elvegård K, Antonsen S: The aftermath of deadly violence incidents: organizational perspectives. *Saf Sci* 2024; 179: 106630. doi:10.1016/j.ssci.2024.106630 (Open Access).
- Harrell E, Langton L, Petosa JM et al.: Indicators of workplace violence, 2019. Washington (DC): Bureau of Justice Statistics; 2022.
- Hofmann T, Hachenberg T: Gewalt in der Notfallmedizin – gegenwärtiger Stand in Deutschland. *AINS* 2019; 54: 146–154. doi:10.1055/s-0043-112189.
- Huxthol E, Scholz M: Traumatische Ereignisse im Arbeitskontext. *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 2024; 59: 754–758. doi:10.17147/asu-1-405946 (Open Access).
- International Labour Organization: Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190) (C190). <https://www.ilo.org/resource/ilc/108/violence-and-harassment-convention-2019-no-190> (abgerufen am 20.03.2026).
- Jenkins EL, Layne LA, Kisner SM: Homicide in the workplace: the U.S. experience, 1980–1988. Cincinnati: National Institute for Occupational Safety and Health; 1992.
- Lantta T, Anttila M, Kontio R, Adams CE, Välimäki M: Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *Int J Ment Health Syst* 2016; 10: 27. doi:10.1186/s13033-016-0059-5 (Open Access).
- Lim MC, Jeffree MS, Saupin SS, Giloi N, Lukman KA: Workplace violence in health-care settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Ann Med Surg (Lond)* 2022; 78: 103727. doi:10.1016/j.amsu.2022.103727 (Open Access).
- Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K et al.: Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2019; 76: 927–937. doi:10.1136/oemed-2019-105849.
- Mambrey V, Ritz-Timme S, Loerbroks A: Prevalence and correlates of workplace violence against medical assistants in Germany: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2023; 23: 350. doi:10.1186/s12913-023-09331-9 (Open Access).
- Murray RM, Davis AL, Shepler LJ et al.: A systematic review of workplace violence against emergency medical services responders. *New Solut* 2020; 29: 487–503. doi:10.1177/1048291119893388 (Open Access).
- Powell JR, Gage CB, Crowe RP et al.: National evaluation of emergency medical services clinician burnout and workforce-reducing factors. *JACEP Open* 2025; 6: 100024. doi:10.1016/j.acepjo.2024.100024 (Open Access).
- Raspe M, Koch P, Zilezinski M et al.: Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegenden in deutschen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitssch* 2020; 63: 113–121. doi:10.1007/s00103-019-03057-y (Open Access).
- Reißmann S, Guliani M, Wirth T et al.: Psychosocial working conditions and violence prevention climate in German emergency departments: a cross-sectional study. *BMC Emerg Med* 2025; 25: 17. doi: 10.1186/s12873-024-01155-y (Open Access).
- Roth K, Köppen J, Henschke C: Workplace violence and burnout among emergency medical service workers and nurses in Germany: a cross-sectional study. *Hum Resour Health* 2025; 23: 66. doi:10.1186/s12960-025-01026-y (Open Access).
- Schablon A, Kersten JF, Nienhaus A et al.: Risk of burnout among emergency department staff as a result of violence and aggression from patients and their relatives. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 4945. doi:10.3390/ijerph19094945 (Open Access).
- Schablon A, Wendeler D, Kozak A, Nienhaus A, Steinke S: Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany: a survey. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: E1247. doi:10.3390/ijerph15061274 (Open Access).
- Schaller A, Klas T, Gernert M, Steinbeißer K: Health problems and violence experiences of nurses working in acute care hospitals, long-term care facilities, and home-based long-term care in Germany: a systematic review. *PLoS One* 2021; 16: e0260050. doi:10.1371/journal.pone.0260050 (Open Access).
- Schreier S, Bermpohl F, Krausz M et al.: The prevalence of mental illness in homeless people in Germany: a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 665–672. doi:10.3238/arztebl.2017.0665 (Open Access).
- U.S. Bureau of Labor Statistics: Workplace violence: homicides and nondeadly intentional injuries by another person in 2020. Washington (DC): U.S. Department of Labor; 2024.
- Vincent-Höper S, Stein M, Nienhaus A, Schablon A: Workplace aggression and burnout in nursing: the moderating role of follow-up counseling. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 3152. doi:10.3390/ijerph17093152 (Open Access).
- World Health Organization: World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2003. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a25476ed-8585-47f3-986e-9d0e7f5e9f1b/content> (abgerufen am 20.03.2026).
- Zentralinstitut für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin: Prävention von Aggressionen und Gewalt gegenüber Beschäftigten in der Notaufnahme. Hamburg: ZfAM; 2023. [https://www.uk.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegerufen-\(ivdp\)/cocare/gina/neuer-ordner/broschu%CC%88re_pra%CC%88vention_notaufnahme_einzelseiten_2023.pdf](https://www.uk.de/dateien/institute/versorgungsforschung-in-der-dermatologie-und-bei-pflegerufen-(ivdp)/cocare/gina/neuer-ordner/broschu%CC%88re_pra%CC%88vention_notaufnahme_einzelseiten_2023.pdf) (abgerufen am 20.03.2026).

Kontakt

Dr. med. Katharina Schuda, MPH, MHBA

Fachärztin für Arbeitsmedizin
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften (AGG)
Pappelallee 33/35/37, 22089 Hamburg
katharina.schuda@bgw-online.de