

Stellungnahme des Ethikrates

Gewalt durch Pflegende

Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier



Herausgegeben vom

**Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen
im Bistum Trier**

Vorsitzender: Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag

Geschäftsstelle: Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University Vallendar
Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@vp-uni.de

Autoren: Proft, Ingo; Wetzstein, Verena; Kaulen, Hildegard;
Giese, Constanze; Spaderna, Heike; Höfling, Wolfram;
Sahm, Stephan; Schuster, Josef; Niederschlag, Heribert

© 2023 Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University Vallendar.

Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-00-075775-4

Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
1. Der Begriff der Gewalt	6
1.1 Verletzlichkeit in der asymmetrischen Sorgebeziehung	6
1.2 Formen von Gewalt durch Pflegende	9
1.2.1 Gewalt durch Vernachlässigung	10
1.2.2 Gewalt innerhalb des pflegerischen Mandats	11
1.2.3 Gewalt außerhalb des pflegerischen Mandats	12
1.3 Risikofaktoren	13
2. Häufigkeit von Gewalt durch Pflegende	16
3. Rechtliche Einordnung	20
3.1 Allgemeine Vorschriften	20
3.2 Bereichsspezifische Sonderregeln	21
4. Ethische Einordnung	23
4.1 Pflegeethik als Berufsethik	23
4.2 Pflegeethik in den Einrichtungen	24
4.3 Pflegeethik der Fachpersonen	28
4.3.1 Achtung der Würde des Menschen	28
4.3.2 Selbstbestimmung	28
4.3.3 Fürsorge	29
4.3.4 Schadensvermeidung	30
4.3.5 Haltung	30
5. Empfehlungen	33
5.1 Trägerebene	33
5.2 Einrichtungsebene	35
5.3 Teamebene und Einzelpersonen	37
Appendix	40
Die Mitglieder des Ethikrates	40
Kontakt	42
Stellungnahmen des Ethikrates	43

Einleitung

Inbesondere kranke, alte und pflegebedürftige Menschen sind in hohem Maße auf fremde Hilfe angewiesen. Daraus ergibt sich eine Asymmetrie zwischen Pflegenden und Gepflegten, die typisch für viele Sorgebeziehungen im Gesundheits- und Sozialwesen ist.

Der Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier greift in dieser Stellungnahme das vielfach angst- und schambesetzte Thema »Gewalt durch Pflegende« im Dienst von Prävention und Aufarbeitung auf. Die Stellungnahme versteht sich als Ergänzung zu der bereits veröffentlichten Stellungnahme »Gewalt gegen Pflegende«.¹ Analog dazu wird auch hier der Kontext von Krankenhäusern sowie Alten-, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen in den Blick genommen.²

Auch für diese Stellungnahme gilt, dass Pflege ein Beziehungsgeschehen ist und Handlungen motivational zumeist nicht einseitig verortet werden können. Zusammen zeigen beide Stellungnahmen, dass Pflege ein dialogischer Prozess ist, in dem Pflegebedürftigkeit und professionelle Pflegearbeit einander bedingen und in der aktiven Gestaltung beeinflussen.

Gewalt in der Pflege hat vielfältige Ausdrucksformen. Nicht selten werden Formen von Gewalt nicht bemerkt oder werden individuell oder institutionell verdeckt. Vielfältig sind auch die zugrundeliegenden Ursachen. Diese reichen von einem als belastend oder überfordernd wahrgenommenen Arbeitsumfeld bis hin zu persönlichen Schwierigkeiten oder strukturellen Defiziten. Wo immer das Verhalten der Pflegeperson aus Sicht der pflegebedürftigen Person als Gewalt erlebt wird, besteht Klärungs- und gegebenenfalls Handlungsbedarf. Dies schließt eine notwendige kritische Sensibilisierung von Pflegekräften für das eigene Verhalten ebenso ein wie eine stellvertretende Fürsorge im therapeutischen Team – ohne jedoch hinter jedem Handeln vorschnell einen Akt der Gewalt zu vermuten. Daher unternimmt diese Stellungnahme sowohl eine fachlich-inhaltliche Klärung als auch eine juristische und ethische Differenzierung.

¹ Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier, Gewalt gegen Pflegende. Stellungnahme des Ethikrates, Vallendar 2022.

² Entsprechend bleibt in dieser Stellungnahme die Diskussion um Gewalt und Zwangsmaßnahmen im Bereich der Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, der Psychiatrie und anderen unberücksichtigt. Grundlegend sowie weiterführend dazu: Deutscher Ethikrat, Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme, Berlin 2018, 93-190.

Zunächst soll dem Begriff der Gewalt aus Sicht der pflegebedürftigen Personen nachgegangen werden (Kapitel 1). Erfahrungen aus den Trägerchaften des Ethikrates werden in anonymisierten Fallvignetten berücksichtigt. Daran schließen sich Prävalenzzahlen an, die einen statistischen Einblick in die Häufigkeit von Gewalt durch Pflegende bieten (Kapitel 2). Der rechtliche Ordnungsrahmen (Kapitel 3) und eine ethische Orientierung mit Blick auf berufsethische sowie haltungsethische Grundlagen (Kapitel 4) verbinden normative und wertorientierte Ansätze.

Den Abschluss bilden Empfehlungen (Kapitel 5), die von der Trägerebene über die Einrichtungsebene bis hin zur Teamebene und zur Einzelperson gestuft werden. Sie stellen konkrete Maßnahmen zur Prävention sowie zur Aufarbeitung von Gewalt dar.

1. Der Begriff der Gewalt

1.1 Verletzlichkeit in der asymmetrischen Sorgebeziehung

In den vergangenen Jahren wurde der Verzicht auf Zwang, Gewalt und Missbrauch in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen von verschiedenen nationalen und internationalen Organisationen wie auch in Studien und Leitlinien explizit als wichtiges Ziel formuliert.³ Dies macht deutlich, dass ein Bewusstsein dafür entstanden ist, dass Menschen in bestimmten Versorgungsbereichen eine besondere Verletzlichkeit (Vulnerabilität) aufweisen. Ihre Beziehung zu denjenigen, die sie pflegen und versorgen, ist aufgrund ihrer alters- bzw. krankheitsbedingten Verfassung als asymmetrisch zu bezeichnen. Asymmetrie umfasst hier die ganze Bandbreite möglicher physischer, psychischer und sozialer Abhängigkeiten.

Dies wird noch verstärkt, wenn pflegebedürftige Personen von kognitiven Einschränkungen, wie etwa demenziellen Veränderungen, betroffen sind. In deutschen Akutkrankenhäusern beträgt die Gesamtprävalenz von Patientinnen und Patienten mit komorbider Demenz laut einer epidemiologischen Feldstudie 18,4 Prozent.⁴ In stationären Pflegeeinrichtungen sind ca. 70 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner von einer Demenz betroffen.⁵

Pflegebedürftige Personen begeben sich wegen ihrer gesundheitlichen Situation und Vulnerabilität in eine Pflegebeziehung, die essenziell auf

³ Vgl. World Health Organization (WHO), A global response to elder abuse and neglect. Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide: Main Report 2008: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43869/1/9789241563581_eng.pdf [zuletzt abgerufen am 25.05.2023]; World Health Organization (WHO), Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights core training: mental health and social services. Course guide, 2019: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582> [zuletzt abgerufen am 25.05.2023]; International Council of Nurses, Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen, überarbeitet 2021, Genf 2021: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf [zuletzt abgerufen am 25.05.2023]; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.), S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen, 1. Update 2018 (Langversion), Stand: 10.09.2018, Berlin 2019: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58684-6> [zuletzt abgerufen am 25.05.2023]; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Menschen mit Demenz. Begleitung, Pflege und Therapie. Grundsatzstellungnahme, Essen 2019: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/_19-12-04_MDS_GS_Menschen_mit_Demenz_12-2019_BF.pdf [zuletzt abgerufen am 25.05.2023].

⁴ H. Bickel; M. Schäufele; I. Hendlmeier; J. B. Heßler-Kaufmann, Demenz im Allgemeinkrankenhaus. Ergebnisse einer epidemiologischen Feldstudie. General Hospitalstudy (GHoSt), Stuttgart 2019: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2020-07/Demenz_im_Allgemeinkrankenhaus_Ergebnisse_einer_epidemiologischen_Studie_GHoSt.pdf [zuletzt abgerufen am 25.05.2023].

⁵ U. Marwedel; S. Weyerer; M. Schäufele, Demenzielle Erkrankungen, Haan-Gruiten 2013.

Vertrauen angewiesen ist.⁶ Ihre Vulnerabilität besteht insbesondere darin, dass sie

- ein geringeres Vermögen haben, sich gegenüber missbräuchlichen oder vernachlässigenden Handlungen oder Unterlassungen zur Wehr zu setzen,
- Situationen ausgesetzt sind, in denen Gewalt und/oder Gewalterfahrungen auftreten können,
- ein erhöhtes Risiko für schwere und langfristige Schäden durch Missbrauch oder Vernachlässigung haben,
- wegen ihrer reduzierten Allgemeinverfassung weniger Ressourcen haben, Vernachlässigung oder gar Missbrauch und deren Folgen angemessen zu bewältigen.⁷

Diese Vulnerabilität stellt ein Risiko für Zwang und Gewalt dar, da Handlungsmacht sowie Fach- und Organisationswissen zwischen den pflegebedürftigen Personen und dem Pflegepersonal ungleich verteilt sind.

Bei professionellen Sorgebeziehungen muss zwischen Gewalt und Macht unterschieden werden. Macht spielt eine große Rolle, da diese – verantwortungsvoll eingesetzt – im Sinne der Befähigung zu Sorgehandlungen notwendig ist, um Personen, die durch Krankheit, Beeinträchtigung oder Alter, übergangsweise oder dauerhaft, nicht oder nicht mehr zu einer umfassenden Selbstsorge fähig sind, adäquat zu unterstützen. Machtasymmetrien sind damit eine logische (notwendige) Folge. Für den Deutschen Ethikrat bezeichnet Gewalt dann »[...] grundsätzlich nicht nur die Macht, etwas autoritativ gegen andere durchsetzen zu können. Alltagssprachlich bezeichnet Gewalt vor allem eine mehr oder minder schwerwiegende Verletzung der leiblichen und/oder seelischen Integrität eines anderen. Neben physischer Gewalt äußert sie sich auch in psychisch wirksamen Mitteln (Drohgebärden o. Ä.).«⁸

Versucht man diese Abgrenzungen weiter zu konturieren, so bietet sich folgende Unterscheidung zwischen fachlich notwendiger Entscheidungs-

⁶ T. Goergen; M. Beaulieu, Critical concepts in elder abuse research, in: International Psychogeriatrics, 25 (2013), 8:1217-1228; WHO 2008, wie Anm. 3.

⁷ Vgl. ebd.

⁸ Deutscher Ethikrat, wie Anm. 2, hier: S. 30.

macht, »wohlütigem« Zwang⁹ und Gewalt an:

- Sogehandlungen mit Zustimmung (Fürsorge)
- Sogehandlungen ohne bzw. gegen die Zustimmung (»wohlütiger« Zwang)
- Mangelnde/defizitäre Sogehandlungen (Vernachlässigung)
- nicht von Sorge geleitete Handlungen mit und ohne Schadenspotenzial, die gegen den Willen der zu pflegenden Person ausgeübt werden (Gewalt)

Sogehandlungen mit Zustimmung stellen den regulären Handlungsrahmen des pflegerischen Mandats dar und sind von der wechselseitigen Anerkennung von Bedürftigkeit und professioneller Fürsorge bestimmt. Wird eine Pflegehandlung abgelehnt oder abgewehrt, muss sehr sorgfältig geprüft werden, ob in Ausnahmefällen Zwang zur Durchsetzung legitimiert sein kann.¹⁰ Dies gilt auch dann, wenn eine Person nicht mehr oder vorübergehend nicht zu einer aktiven ablehnenden Willensbekundung fähig ist.¹¹

»Wohlütiger« Zwang zielt auf die Vermeidung eines selbst- oder fremdschädigenden Verhaltens ab und intentional auf eine stellvertretende Entscheidungsfindung zum Wohl der pflegebedürftigen Person.¹² Dabei wird davon ausgegangen, dass die pflegebedürftige Person diesem Zwang mutmaßlich oder prospektiv zustimmen könnte, wäre ihre Willensbildung nicht krankheits- oder altersbedingt beeinträchtigt. Eine solche Zustimmung ist für eine gewalttätige Behandlung nicht zu erwarten. Letztere ist als eine mehr oder weniger bewusste, aktive Herbeiführung oder zumindest In-

⁹ Zur Begriffsbestimmung »wohlütiger« Zwang vgl. die Definition des Deutschen Ethikrates: »Als »wohlütig« werden Zwangsmaßnahmen bezeichnet, die mit dem Selbstschutz der Betroffenen begründet werden (grundsätzlich aber auch mit dem Schutz Dritter). Dazu gehören unter anderem die freiheitsentziehende Unterbringung in Kliniken und anderen stationären Einrichtungen, die unfreiwillige Behandlung psychischer und somatischer Erkrankungen, die medikamentöse Ruhigstellung bei herausforderndem Verhalten sowie freiheitsentziehende Maßnahmen wie der Einsatz von Bettgittern oder Fixierungsgurten und strukturelle Zwänge, vor allem in stationären Settings. Jede dieser Zwangsmaßnahmen stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte der betroffenen Person dar und ist folglich in besonderem Maße ethisch und rechtlich rechtfertigungspflichtig. Dabei geht es jeweils um eine Abwägung zwischen Selbstbestimmung und Wohlergehen der betroffenen Person.«, zit. n. <https://www.ethikrat.org/themen/gesellschaft-und-recht/wohltaetiger-zwang> [zuletzt abgerufen am 25.05.2023].

¹⁰ Deutscher Ethikrat, wie Anm. 2, hier S. 34 f.

¹¹ Etwa aufgrund von Sedierung, Lähmung oder anderen Ausfallerscheinungen, die Ablehnung und Abwehrverhalten unmöglich machen.

¹² Deutscher Ethikrat, wie Anm. 2, hier S. 8 und öfter.

kaufnahme eines (möglichen) Schadens definiert, die in keiner Weise mit dem (mutmaßlichen) Willen der pflegebedürftigen Person zu vereinbaren ist und ihrem Wohl entgegensteht. Gewalt kann sich auch in Form emotionaler Misshandlung äußern – verbal und/oder physisch.

Gewalt muss nicht immer das Ergebnis einer unmittelbaren Konfrontation sein. Es gibt auch subtile Formen von Gewalt wie Manipulation, Desinformation oder gezielte Drohungen. Unbenommen einer kontextspezifischen Notwendigkeit, Gewalt von in sehr seltenen Fällen nötiger Überwältigung unter formalen Gesichtspunkten abzugrenzen, gibt es keinerlei rechtfertigende Gründe für Gewalt.¹³ Eine Mittel-Zweck-Argumentation verbietet sich daher.

Die Grenzen des Übergangs zwischen »wohlütigem« Zwang und Gewalt sind in der Praxis fließend. Wo jedoch Macht, egal in welcher Form (physisch, psychisch, emotional, verbal, sexuell etc.) zur Überwindung des Willens einer anderen Person und zur Durchsetzung eigener individueller Präferenzen und Zielsetzungen genutzt wird, und dabei eine Schädigung der anderen Person billigend in Kauf genommen oder sogar intendiert wird, geschieht Gewalt. Dies gilt unabhängig davon, ob ein Schaden entsteht oder nicht.

1.2 Formen von Gewalt durch Pflegende¹⁴

Gewalt gegenüber pflegebedürftigen Menschen kann *körperlich* (z. B. durch zu festes, grobes Zupacken, Schlagen), *mental-emotional/psychisch* (z. B. Kleidungswünsche nicht berücksichtigen, Bevormundung), *verbal* (z. B. Schimpfwörter oder eine infantile Sprache verwenden) oder *sexuell* ausgeübt werden. Gewalt kann sich zudem als *Vernachlässigung* äußern (z. B. zu lange auf der Toilette sitzen lassen, Zahnpflege unterlassen).¹⁵ Des Weiteren wird in der Literatur von *finanzieller*¹⁶ oder auch *materieller* Gewalt gesprochen, wenn Pflegende sich finanzielle Vorteile erschleichen, Dieb-

¹³ Zwangsmaßnahmen im Sinne »wohlütigen« Zwangs zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstbestimmung oder zum Schutz der betreffenden Person vor Selbstschädigung können entgegen ihrer aktuellen Willensbekundung unter Einhaltung der rechtlichen Vorgaben legitimiert sein und würden dann nicht als Gewalt, sondern gegebenenfalls als Überwältigung betrachtet werden.

¹⁴ Die hier vorgenommenen Darstellungen von Gewalt durch Pflegende verstehen sich als Ergänzung zu den grundlegenden Ausführungen zur »Begriffsbestimmung und Typologisierung« von Gewalt gegen Pflegende in der gleichlautenden Stellungnahme des Ethikrates katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier, wie Anm. 1.

¹⁵ Vgl. WHO, 2008, wie Anm. 3; WHO, 2019, wie Anm. 3.

¹⁶ Vgl. ebd., WHO, 2008, wie Anm. 3.

stahl begehen oder Habseligkeiten entfernen oder beschädigen.¹⁷

1.2.1 Gewalt durch Vernachlässigung

Das Handlungsfeld »Gewalt durch Vernachlässigung« sensibilisiert für den fließenden Übergang zu einem auf den ersten Blick vielleicht nur als unhöflich, unprofessionell oder als unangemessen wahrgenommenem Verhalten. Dies umfasst sowohl ein »aktives« Tun wie auch ein »passives« Unterlassen. Dazu zählen etwa:

- mangelhafte Wundversorgung oder eine allgemein schlechte medizinische/pflegerische Versorgung
- Ignoranz gegenüber den Wünschen, Vorlieben und emotionalen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen
- fehlende oder mangelnde Unterstützung bei der Körper-, Mund- und Hautpflege
- fehlende oder mangelnde Unterstützung beim regelmäßigen Wechseln von Kleidung bis hin zur Auswahl unpassender Kleidung
- Hinauszögern notwendiger Hilfen
- Vorenthalten von Mobilisation, aktivierender Pflege oder Hilfe bei der Selbstpflege
- Vorenthalten persönlicher Hilfsmittel wie Zahnprothesen, Hörgeräte, Brillen oder Gehhilfen
- individuell nicht angepasste Körperpflege-Routinen und -Standards (z. B. »Dushtag«)
- Verletzen der Privatsphäre (z. B. kein Anklopfen, kein Sichtschutz bei der Intimpflege)
- reduzierte, unhöfliche oder unangemessene Kommunikation (z. B. anschweigen, duzen, infantilisierende Sprache)

¹⁷ H. Radermacher; Y. L. Toh; D. Western; J. Coles; D. Goeman; J. Lowthian, Staff conceptualisations of elder abuse in residential aged care. A rapid review, in: Australian Journal of Ageing 37 (2018), 4:254–267.

Ein Beispiel:¹⁸

Frau M., 75 Jahre, liegt mit einer operierten Oberschenkelhalsfraktur in der Unfallchirurgie eines Krankenhauses. Seit der anfänglich gelegte Blasen-katheter wieder entfernt wurde, braucht Frau M. Hilfe beim Toilettengang. Da sie zudem zunehmend inkontinent ist, ist sie außerdem auf den regelmäßigen Wechsel des Inkontinenzmaterials angewiesen. Nachdem die Pflegekraft Frau M. im Laufe des Tages bereits dreimal waschen musste, ignoriert sie das weitere Klingeln der Patientin.

1.2.2 Gewalt innerhalb des pflegerischen Mandats

In der irregulären Ausübung des pflegerischen Mandats gibt es sowohl unprofessionelles, falsches als auch grenzüberschreitendes Verhalten, das sich vom genuin pflegerischen Auftrag gelöst hat. Das setzt – anders als im oben genannten Handlungsfeld – ein aktives Tun voraus, bei dem die persönliche Motivation der Pflegekraft handlungsleitend ist.

- Diese muss nicht unbedingt auf eine gezielte Schädigung abzielen. Auch ein unbedachtes, wohlmeinendes Agieren oder ein Handeln aus emotionalem Überschuss kann ursächlich sein.
- Unabhängig davon gibt es auch gezielte Handlungen in bzw. begleitend zur Ausübung der pflegerischen Tätigkeit, die der pflegebedürftigen Person tatsächlich schaden.
- Eine weitere Form von Gewalt stellen freiheitseinschränkende Maßnahmen dar. Sie können sowohl mechanischer Art (z. B. Fixierung) als auch medikamentöser Art (z. B. Gabe sedierender Arzneimittel) sein.¹⁹
- Maßnahmen, die die Umwelt so gestalten, dass die frei gewählte Bewegung behindert wird, wie zum Beispiel hoch angebrachte Türklinken, Trickschlösser oder auch das Wegnehmen der Straßenkleidung, werden ebenfalls als Gewalt bezeichnet.²⁰
- Des Weiteren fallen Verhaltensweisen wie das Verabreichen von Nahrung gegen den Willen der Person, verdeckte Medikamenten-

¹⁸ Die Beispiele hier und im Folgenden dienen der Veranschaulichung und gründen auf Erfahrungsberichten aus den Trägerschaften des Ethikrates. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit bzw. umfassende Darstellung

¹⁹ Vgl. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, 2019, wie Anm. 3.

²⁰ Ebd.

gabe (z. B. ins Essen gemischt) oder ähnliche Handlungen, die die Selbstbestimmung der Person unterlaufen oder behindern rechtlich unter die Kategorie der Körperverletzung und sind schädigende Gewalthandlungen.

Ein Beispiel:

Herr M., 85 Jahre, lebt seit zwei Jahren mit einer fortschreitenden Demenz in einer Altenpflegeeinrichtung. Er war über Jahrzehnte gewohnt, um 07.30 Uhr mit dem Bus zur Arbeit zu fahren. In den ersten Monaten seines Aufenthaltes verließ er nach dem Frühstück die Einrichtung Richtung Bushaltestelle. Weil die Pflegekräfte wussten, dass sich Herr M. inzwischen kaum noch orientieren kann, entschieden sie sich, ihn zu seinem eigenen Schutz nach dem Frühstück für eine halbe Stunde in seinem Zimmer einzuschließen. Das führte dazu, dass Herr M. sich emotional stark belastet fühlt, da er jeden Tag »den Bus verpasst«.

1.2.3 Gewalt außerhalb des pflegerischen Mandats

Ein gesondertes Handlungsfeld bilden Verhaltensweisen und Tätigkeiten, die keinen Bezug zur medizinischen und/oder pflegerischen Tätigkeit erkennen lassen und/oder mit deren Zielen nicht kompatibel sind. Dazu zählen etwa:

- herablassendes Verhalten gegenüber der zu pflegenden Person
- Schütteln, Anschreien
- körperliche, emotionale, psychische oder seelische Übergriffe
- sexuelle Übergriffe
- Manipulation und Schüren von Ängsten, Drohungen
- Schaffung von Abhängigkeiten
- Missbrauch von Wissen und/oder emotionaler Bindung
- schikanierendes Verhalten
- direkte körperliche Gewalt, Schlagen, Missbrauch
- Vorteile aus dem Abhängigkeitsverhältnis ziehen (Geschenke, Zugeständnisse)
- Entwenden, Vorenthalten oder Beschädigung persönlichen Eigentums

Die Grenzen können fließend sein, etwa zwischen bloßer Unfreundlichkeit und gezielter Missachtung, zwischen beherztem Auftreten und grobem Umgang. Bisweilen liegen auch strafrechtlich relevante Handlungen vor.

Ein Beispiel:

Frau E., 83 Jahre, wird von ihrer Familie zuhause gepflegt. Mehrmals im Jahr kommt sie für einige Tage in die Kurzzeitpflege. Dabei bringt sie immer allerlei persönliche Gegenstände mit, um ihr Zimmer in der Kurzzeitpflege ähnlich zu gestalten wie ihr Zimmer zuhause. Eine Pflegekraft äußert sich abfällig über das Mitgebrachte. Als Frau E. das Zimmer verlässt, wirft diese einiges kurzerhand in den Müll. Auf die Frage von Frau E., wo ihre persönlichen Gegenstände geblieben seien, sagt die Pflegekraft, dass sie dies nicht wisse.

Mit den aufgeführten Handlungsfeldern verbinden sich nicht nur vielfältige Ausdrucksformen von Gewalt. Genauso vielfältig sind die Ursachen, die auf der persönlichen Ebene der Pflegekräfte (Qualifikation, individuelle Eignung, kultureller Hintergrund, emotionale Verfasstheit), der Kultur der Einrichtung (handlungsleitende Maximen, Führungsverantwortung und Qualitätssicherung), als auch auf der Ebene der jeweiligen Trägerschaft (Kultur, normativer Druck, Standards) zu verorten sind.

1.3 Risikofaktoren

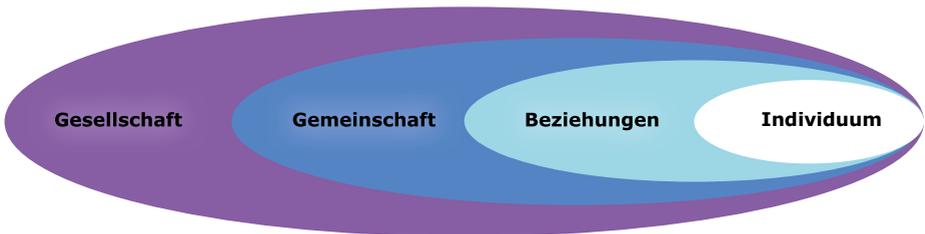
Gewalt wird einerseits als interpersonelles Phänomen zwischen pflegebedürftiger Person und den professionell Pflegenden bzw. den pflegenden Angehörigen betrachtet. Pflegenden üben in diesen Situationen personal Gewalt aus. Andererseits ist Gewalt auch ein strukturelles Phänomen. Und zwar dann, wenn strukturelle Merkmale wie mangelnde Ressourcen, fehlendes Wissen, mangelnde Kompetenzen oder ungünstige Prozesse innerhalb der Organisation oder bei der Gestaltung der Abläufe Faktoren für Gewalt sind.²¹ So wird zum Beispiel ein geringes Verhältnis von Pflegepersonal zu pflegebedürftigen Personen als ein Faktor für strukturelle Gewalt

²¹ Australian Law Reform Commission, Elder abuse – a national legal response. Final report, Sydney 2017: https://www.alrc.gov.au/sites/default/files/pdfs/publications/elder_abuse_131_final_report_31_may_2017.pdf [zuletzt abgerufen am 25.05.2023]; vgl. dazu auch das Projekt »Gewaltfreie Pflege«: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Kurzbericht zum Projekt Gewaltfreie Pflege. Prävention von Gewalt gegen Ältere in der pflegerischen Langzeitversorgung, Essen 2017: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Kurzbericht_Final_GewaltfreiePflege.pdf [zuletzt abgerufen am 25.05.2023].

und Zwang gesehen – allerdings durchaus kontrovers.²²

Nach dem ökologischen Modell von Bronfenbrenner²³ stehen strukturelle und interpersonale Faktoren sowie das pflegebedürftige Individuum in einem wechselseitigen Zusammenhang. Diese Wechselwirkungen sind ihrerseits in gesellschaftliche Zusammenhänge eingebettet. Politische und gesamtgesellschaftliche Faktoren bedingen somit »top-down« die Gegebenheiten auf der Ebene der Organisationen und Einrichtungen, die dann wiederum das interpersonelle Geschehen mitbeeinflussen und sich letztlich auf die pflegebedürftige Person auswirken. Entsprechend sind Prozesse »bottom-up« involviert. Je nach Verfassung und Verhalten der pflegebedürftigen Person (re)-agiert die pflegende Person auf interpersonaler Ebene unterschiedlich. Das Handeln der Pflegenden wiederum bestimmt das Klima und die Kultur einer Einrichtung mit. Daher ist das Thema »Gewalt durch Pflegende« immer aus beiden Perspektiven zu betrachten.

Abbildung 1: Das ökologische Modell nach Bronfenbrenner



Welche Mechanismen dabei im Einzelnen mitwirken, kann hier nicht eigens dargestellt werden. Exemplarisch können lediglich einige, nach den verschiedenen Ebenen getrennte, Risikofaktoren skizziert werden.

Trägerebene:

- strukturelle Defizite
- rechtliche Vorschriften und politische Vorgaben
- fehlende/schlechte Ausbildung der Leitungsebene
- Kommunikationsdefizite

²² C. Heinze; T. Dassen; U. Grittner, Use of physical restraints in nursing homes and hospitals and related factors. A cross-sectional study, in: Journal of Clinical Nursing 21 (2012), 7/8:1033–1040.

²³ U. Bronfenbrenner, The ecology of human development. Experiments by nature and design, Cambridge/Mass. 1979.

- fehlende Durchsetzung des Leitbilds/Mission Statements
- mangelnde finanzielle Ausstattung
- fehlende Investition in und Sorge für die Pflegekräfte
- organisatorische Mängel

Einrichtungsebene:

- fehlende/schlechte Ausbildung der Pflegekräfte
- mangelhafte Ausstattung
- mangelhafte bauliche Voraussetzungen
- defizitäre Dienstpläne
- Auslagerung von Tätigkeiten (Leiharbeit)
- defizitäre Organisationsabläufe
- mangelndes Fehlermanagement
- fehlender/unbesetzter Heimbeirat
- Abgeschlossenheit der Häuser

Teamebene/Einzelperson:

- soziale Spannungen, auch mit Angehörigen
- persönliche Gewohnheiten
- Stress, Burn-out, Cool-out
- fehlende/schlechte Ausbildung
- fehlende professionelle Haltung gegenüber Personen mit Demenz
- eigene negative Erfahrungen/biografische Risikofaktoren
- ungeeigneter Skill-Mix
- kulturelle Differenzen
- eingefahrene Routinen

Die genannten Risikofaktoren machen deutlich, dass strukturelle Defizite nicht automatisch zu Gewalt durch Pflegende führen. Sie tragen jedoch wesentlich dazu bei, situative und subjektive Herausforderungen zu verschärfen.

2. Häufigkeit von Gewalt durch Pflegende

Wie häufig hilfe- und pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen tatsächlich Opfer von Gewalt werden, ist trotz nationaler und internationaler Studien schwer zu beziffern. Die Datenlage ist unübersichtlich und Fachleute gehen von einer hohen Dunkelziffer aus. Das hat mehrere Gründe.²⁴ Zum einen können hilfe- und pflegebedürftige Menschen selten direkt zu der erlebten Gewalt befragt werden, weil sie aufgrund ihres Alters oder ihrer kognitiven und/oder körperlichen Verfassung nicht in der Lage sind, Vorfälle zu benennen. Viele hilfe- und pflegebedürftige Menschen fürchten sich wegen ihrer Abhängigkeit auch vor Sanktionen. Zum anderen besteht die Gefahr, dass Pflegende sozial erwünscht antworten, wenn sie nach ihrem eigenen Fehlverhalten befragt werden. Einige Studien haben deshalb nach der Beobachtung von Gewalt gefragt, nicht nach eigenem Fehlverhalten.

Der Gewaltbegriff wird zudem unterschiedlich weit gefasst und subjektiv erlebt. Neben Unkenntnis spielt auch Gewöhnung eine Rolle. Das führt dazu, dass die Wahrnehmung von Gewalt, deren Erhebung und der theoretische Diskurs darüber nicht selten auf einem unterschiedlichen Verständnis von Gewalt beruhen. Des Weiteren kommt erschwerend hinzu, dass sich viele internationale Studien zwar mit der Häufigkeit von Gewalt gegen alte Menschen im Allgemeinen befassen – mit »elder abuse« –, aber weitaus seltener mit einzelnen vulnerablen Gruppen wie Hilfe- und Pflegebedürftigen in der ambulanten oder stationären Langzeitpflege.

Eine 2018 von der WHO veröffentlichte internationale Metaanalyse zur Häufigkeit von Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen ergab, dass rund zwei Drittel der Pflegenden in den zwölf Monaten vor der Befragung Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen ausgeübt hatte.²⁵ Mit 33,4 Prozent wurde am häufigsten psychische Gewalt ausgeübt, gefolgt von körperlicher Gewalt mit 14,1 Prozent, finanzieller Ausbeutung mit 13,8 Prozent, Vernachlässigung mit 11,6 Prozent und sexueller Gewalt mit 1,9 Prozent.

Bei der 2017 von Eggert, Schnapp und Sulmann vom »Zentrum für Qualität in der Pflege« durchgeführten Studie zur Gewalt in der stationären

²⁴ Vgl. hier und im Folgenden: S. Eggert; P. Schnapp; D. Sulmann, ZGP-Analyse. Gewalt in der stationären Langzeitpflege, in: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.), ZGP-Report Gewaltprävention in der Pflege, Berlin 2017, S. 13–24.

²⁵ Vgl. Y. Yon; M., Ramiro-Gonzalez; C. R. Mikton et al., The prevalence of elder abuse in institutional settings. A systematic review and meta-analysis, in: European Journal of Public Health 29 (2018), 56–67.

Langzeitpflege in Deutschland waren 250 zufällig ausgewählte Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragte nach ihrer generellen Sicht auf das Thema befragt worden.²⁶ Dabei gaben knapp 47 Prozent der Befragten an, dass sie Konflikte, Aggression und Gewalt für eine ganz besondere Herausforderung in der stationären Langzeitpflege halten. Zudem wurde gefragt, wie oft professionelle Pflegekräfte welche Form von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen ausüben. Dabei wurde an erster Stelle verbale Aggressivität genannt, gefolgt von Vernachlässigung und körperlicher Gewalt.

In einer Studie von Weidner, Tucmann und Jacobs aus demselben Jahr wurden 402 Pflegefachpersonen und Pflegeschülerinnen und -schüler bei einem Fachkongress nach ihren Erfahrungen und Einschätzungen zur Gewalt in der Pflege befragt.²⁷ Die meisten Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren in der Gesundheits- und Krankenpflege tätig, ein geringerer Teil (10,2 Prozent) in der Altenpflege. Nahezu ein Drittel aller Befragten (30,8 Prozent) gab an, dass sie in den letzten drei Monaten vor der Befragung »eher häufig« bis »sehr häufig« persönlich erlebt hatten, dass Pflegemaßnahmen gegen den Wunsch von Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern sowie Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen durchgeführt worden waren.²⁸ Auf die Frage nach Gewalt durch Pflegenden an Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern berichtete jeder zehnte Befragte, dass er dies »sehr häufig« oder »eher häufig« erlebt hatte.²⁹ Pflegeschülerinnen und -schüler gaben höhere Werte an als berufserfahrene Pflegefachpersonen. 70 Prozent aller Befragten waren zudem der Überzeugung, Signale für eine Eskalation erkennen zu können, und mehr als die Hälfte (52,8 Prozent) war sich sicher, deeskalierend wirken zu können. Weniger als die Hälfte der Pflegenden (49,3 Prozent) hatte allerdings das Gefühl, mit konkreter, gegen ihre eigene Person gerichteter Gewalt sicher umgehen zu können. Nur 46,1 Prozent der befragten Pflegekräfte fühlte sich sicher im Umgang mit Gewalt gegenüber Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen.

²⁶ Eggert et al., wie Anm. 24.

²⁷ F. Weidner; D. Tucman; P. Jacobs, Gewalt in der Pflege. Erfahrungen und Einschätzungen von Pflegefachpersonen und Schülern der Pflegeberufe, Köln (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. [dip]) 2017.

²⁸ Weidner et al., wie Anm. 27, S. 8.

²⁹ Ebd.; vgl. zudem auch F. Weidner; D. Tucman; P. Jacobs, Eine fast alltägliche Erfahrung, in: Die Schwester Der Pfleger 56 (2017), 9:14–21.

Freiheitsentziehende Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit der hilfe- und pflegebedürftigen Person gegen deren Willen oder ohne deren Einwilligung einschränken, gelten als spezielle Form der Gewalt. Sie müssen betreuungsrechtlich legitimiert und auf ein erforderliches Mindestmaß begrenzt werden. Der Qualitätsbericht des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen aus dem Jahr 2020 zeigt, dass bei 5,6 Prozent der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Personen freiheitseinschränkende Maßnahmen ergriffen worden waren.³⁰ Bei 5,5 Prozent der Betroffenen konnte untersucht werden, ob die Notwendigkeit dafür regelmäßig überprüft worden war. Dies war bei 89,8 Prozent dieser Gruppe der Fall, bei 10,7 Prozent jedoch nicht. Der Bericht hält fest, dass diese Zahl angesichts des gravierenden Verlustes an Autonomie nicht zufriedenstellend sein kann, auch wenn die Zahl der freiheitseinschränkenden Maßnahmen insgesamt zurückgegangen ist.

Empirische Studien aus Deutschland liefern zum Teil deutlich höhere Prävalenzraten. So wurde von Prävalenzen für mechanische Fixierung von 20 bis 26,3 Prozent in Pflegeeinrichtungen und von 9,3 bis 11,8 Prozent in Krankenhäusern berichtet.³¹ Am häufigsten eingesetzt wurden gemäß einer deutschen Studie mit 120 Pflegeheimen (ca. 9.000 Bewohnerinnen und Bewohner) mit 15 bis 17 Prozent Bettgitter.³² Gegenüber Personen mit Demenz ist die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen besonders häufig anzutreffen.³³ In Einrichtungen der Langzeitpflege lag laut 23 Studien aus dem Zeitraum 2005 bis 2017 die Prävalenz freiheitsentziehender Maßnahmen bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Demenz zwischen 31 und 65 Prozent.³⁴

Ein großes Dunkelfeld bilden verdeckte freiheitsentziehende Maßnahmen: festgestellte Bremsen, Sitzpositionen, die das Aufstehen unmöglich machen, verschlossene Türen und andere bewegungseinschränkende Maß-

³⁰ Vgl. hier und im Folgenden: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A ABS, 6 SGB XI, Essen 2020, S. 6.

³¹ J. Abraham; R. Kupfer; A. Behncke; B. Berger-Hoger; A. Icks; B. Haastert; G. Meyer; S. Kopke; R. Mohler, Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT). A pragmatic cluster randomized controlled trial, in: International Journal of Nursing Studies 96 (2019), 27-34; Heinze et al., wie Anm. 22; C. Kruger; H. Mayer; B. Haastert; G. Meyer, Use of physical restraints in acute hospitals in Germany. A multi-centre cross-sectional study, in: International Journal of Nursing Studies 50 (2013), 12: 1599-1606.

³² Vgl. Abraham et al., ebd.

³³ L. Pu; W. Moyle, Restraint use in residents with dementia living in residential aged care facilities. A scoping review, in: Journal of Clinical Nursing 31 (2022), 13: 2008-2023.

³⁴ Ebd.

nahmen. Gewaltprävention muss auch diese verdeckten freiheitsentziehenden Maßnahmen in den Blick nehmen.³⁵ Der rechtliche Kontext mit Bezügen zum Verfassungs- und Heimrecht bildet einen normativen Handlungsrahmen für die Prävention sowie die Aufarbeitung von Gewalt durch Pflgende (Kapitel 3).

³⁵ Bezirk Oberbayern, Handreichung zur Prävention von und zum Umgang mit Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe für Erwachsene. Fachliche Empfehlungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen der Behindertenhilfe, München 2018: <https://www.bezirk-oberbayern.de/output/download.php?fid=2378.4498.1.PDF> [zuletzt abgerufen am 25.05.2023].

3. Rechtliche Einordnung

Der rechtliche Ordnungsrahmen wird abgesteckt durch völkerrechtliche und innerstaatliche Normen. Auf völkerrechtlicher Ebene enthält neben der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) vor allem die sogenannte UN-Behindertenrechtskonvention³⁶ Vorgaben, die allerdings in ihrer normativen Wirkkraft im Wesentlichen mit dem innerstaatlichen Recht übereinstimmen. Die innerstaatliche Rechtsordnung kennt *allgemein formulierte Vorschriften* und *bereichsspezifische Sonderregelungen*.

3.1 Allgemeine Vorschriften

Das Verfassungsrecht gewährleistet mit Art. 1 I GG die Unantastbarkeit der Würde eines jeden Menschen und in Art. 2 II 1 GG das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit einschließlich der Selbstbestimmungsdimension. Diese Basisgarantien werden ergänzt durch die Freiheit der Person (Art. 2 II 2 GG) sowie das allgemeine Persönlichkeitsrecht in seinen unterschiedlichen Ausprägungen (Art. 2 I i. V. m. Art. 1 I GG). Alle genannten Grundrechtsbestimmungen enthalten nicht nur Abwehrrechte des Einzelnen gegen den Staat, sondern formulieren zugleich staatsadressierte Verpflichtungen, die Grundrechtsberechtigten vor anderen Übergriffen zu schützen. Dieser Schutzpflicht kommt der Staat vor allem durch den Erlass entsprechender einfachrechtlicher Vorschriften nach. So enthält das Strafrecht Tatbestände, die Beeinträchtigungen von Leib und Leben sanktionieren (§§ 223 ff., 211 ff.). Dem Schutz vor Gewalt dienen darüber hinaus auch die Vorschriften gegen Angriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung; § 174 a II StGB formt diesen Schutz noch einmal spezifisch im Blick auf »kranke und hilfsbedürftige Menschen« in Einrichtungen aus. Darüber hinaus pönalisiert § 240 StGB nötigende Handlungen. Dabei umfasst der in der Norm verwendete Gewaltbegriff nicht nur unmittelbare körperliche Zwangseinwirkungen, sondern auch den sogenannten psychischen Zwang, der sich körperlich beim Opfer auswirkt.

Flankiert werden die strafrechtlichen Normen durch Vorschriften des allgemeinen Zivilrechts über unerlaubte Handlungen (§§ 823 ff. BGB).

³⁶ UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen: <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Teilhabe/uebereinkommen-ueber-die-rechte-behinderter-menschen.pdf> [zuletzt abgerufen am 25.05.2023].

3.2 Bereichsspezifische Sonderregeln

Bereichsspezifische, d.h. Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf gesondert in den Blick nehmende, Vorschriften enthalten neben dem Betreuungsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) namentlich die – unterschiedlich bezeichneten – Heimgesetze der Länder. Als zentralen Gesetzeszweck benennen sie alle den Schutz der Würde, der Interessen und der Bedürfnisse pflege- und betreuungsbedürftiger Menschen (s. z. B. § 1 Nr. 1 des rheinland-pfälzischen Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe [LWTG]). Einige dieser Landesgesetze formulieren darüber hinaus ausdrücklich das Ziel, Menschen mit Behinderungen und pflegebedürftige Menschen vor Gefahren für ihre körperliche und seelische Gesundheit und vor jeder Form von Missbrauch und Gewalt zu schützen (so etwa § 1 Nr. 2 LWTG). Weitreichende Schutzvorschriften enthalten die Landesgesetze über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten.

Für Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime ergeben sich schwierige Rechtsfragen – und korrespondierend ethische Fragestellungen – in Sorgebeziehungen zu Personen, die nicht (mehr) freiverantwortlich handeln und entscheiden können. Darf man, so die sich oftmals stellende Frage, jemandem mit Zwang helfen?³⁷

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat hierzu im letzten Jahrzehnt z. T. sehr detaillierte verfassungsrechtliche Maßstäbe entwickelt und damit die Gesetzgeber immer wieder zu Anpassungen gezwungen. Bereits in seinem Grundsatzbeschluss vom 23. März 2011 (BVerfGE 128, 282 ff.) hat es betont, dass auch eine Behandlung gegen den (nur) natürlichen Willen des Betroffenen einen Grundrechtseingriff in das Selbstbestimmungsrecht darstellt und nur unter bestimmten Voraussetzungen als Schutz vor sich selbst gerechtfertigt werden kann. In seiner weiteren Judikatur verlangt das Gericht insoweit vom Gesetzgeber, dass er »inhaltlich anspruchsvolle und hinreichend bestimmt formulierte materielle und begleitende verfahrensrechtliche Voraussetzungen normiert« (BVerfGE 142, 313 Rn. 82; s. a. BVerfGE 128, 282 Rn. 72). Diese Grundsätze hat es in seinem Urteil zur sogenannten 5-Punkt- bzw. 7-Punkt-Fixierung im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung noch einmal bekräftigt und weiterentwickelt (BVerfGE 149, 293 ff.; s. ferner BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Zweiten Senats vom 26. Mai 2020 – 2 BvR 1529/19). Eine nicht nur kurzfristige (»wenn sie absehbar die Dauer von einer halben Stunde«

³⁷ Vgl. dazu grundlegend: Deutscher Ethikrat, wie Anm. 2.

überschreitet) Fixierung wird wegen ihrer besonderen Eingriffsintensität als Freiheitsentziehung qualifiziert und so dem Richtervorbehalt des Art. 104 II GG unterworfen. Die hohe Eingriffsintensität erkennt das Gericht u. a. darin, dass die Betroffenen dem Geschehen hilflos und ohnmächtig ausgeliefert seien (BVerfGE 149, 293 Rn. 71). Den Gesetzgeber treffen deshalb die Pflicht, die Voraussetzungen einer Freiheitsentziehung und das Verfahren in berechenbarer, messbarer und kontrollierbarer Weise zu regeln. In verfahrensrechtlicher Hinsicht verlangt das Gericht u. a. die Anordnung der Fixierung durch einen Arzt, die Dokumentation der maßgeblichen Gründe für die Anordnung, der Durchsetzung, der Dauer und der Art der Überwachung sowie – wie bereits skizziert – die vorherige richterliche Genehmigung. Ist diese in Eilfällen nicht rechtzeitig einzuholen, so ist die gerichtliche Entscheidung unverzüglich nachzuholen.

Die Unterbringungsgesetze und die Psychisch-Kranken-Gesetze bzw. Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Länder sind in den zurückliegenden Jahren den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts angepasst worden. Ob damit auch den menschenrechtlichen Anforderungen insbesondere der UN-Behindertenrechtskonvention in vollem Umfang Rechnung getragen wird, ist umstritten, dürfte aber wohl zu bejahen sein. Jedenfalls wird man im Sinne des völkerrechtlichen Menschenrechtsschutzes allen »Zwangshilfen« mit erhöhter Sensibilität für die Gefahren einer erniedrigenden und würdeverletzenden Behandlung begegnen müssen.³⁸

In besonderer Weise soll diese Perspektive in einem nächsten Schritt seitens der Ethik mit Bezügen zur Berufsethik, zur Pflegeethik in Einrichtungen sowie mit haltungsethischen Grundlagen dargestellt werden (Kapitel 4).

³⁸ Ebd., S. 65 f.

4. Ethische Einordnung

Ethik in der Pflege unterliegt vielfältigen Herausforderungen und Transformationsprozessen. Der Deutsche Ethikrat hält fest, dass »sich die moralischen und rechtlichen Prämissen zugunsten einer stärkeren Achtung der Selbstbestimmung verschoben [haben].«³⁹ Beruflich bedingte Sorgehandlungen unterstehen heute in hohem Maße einem dialogischen Abstimmungsprozess zwischen pflegender und zu pflegender Person bzw. unterliegen, wo dies nicht oder nur bedingt möglich ist, hohen Begründungsanforderungen an stellvertretende Entscheidungen und Sorgehandlungen. Dies betrifft nicht nur die rechtliche Legitimation, sondern auch die ethische Rechtfertigung professioneller Sorgehandlungen.

4.1 Pflegeethik als Berufsethik

Die Legitimität von Sorgehandlungen ist grundsätzlich an das Selbstbestimmungsrecht des Adressaten gebunden. Die Fürsorge im familialen und engen sozialen Kontext folgt den Regeln der emotionalen Bindung, speziell gegenüber Kindern und alten Menschen sowie anderen vulnerablen Personen. Dies trifft auch für die Fürsorge gegenüber Personen zu, deren Fähigkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, zeitlich oder dauerhaft eingeschränkt ist. Mehr noch ist dabei zu beachten: »In professionellen Settings der Sorgebeziehungen müssen wegen des Fehlens dieser gewachsenen emotionalen Bindungen professionsmoralische Standards und rechtliche Regelungen diese[r] Asymmetrie von Angewiesenheit und Abhängigkeit besonders Rechnung tragen – etwa in Form von Berufsordnungen, Ethik-kodizes usw.«⁴⁰

Derartige ethische Konzepte gibt es in den Handlungsfeldern professioneller Pflege unter vielerlei Namen, wie einer »ethics of care«⁴¹, »nursing ethics/respectful nursing«⁴² oder auch »Sorgeethik«⁴³. Sie alle verbindet eine strukturierte Beziehungsgestaltung zwischen pflegebedürftiger und

³⁹ Vgl. Deutscher Ethikrat, wie Anm. 2, hier: S. 24.

⁴⁰ Ebd., S. 46.

⁴¹ Vgl. dazu etwa N. Biller-Andorno, Fürsorgeethik (Ethics of care), in: dies.; S. Monteverde; T. Krohn; T. Eichinger (Hg.), *Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik*, Wiesbaden 2021, 91–107.

⁴² Vgl. A. Gallagher, *The Respectful Nurse*, in: *Nursing Ethics* 14 (2007), 3:360–371.

⁴³ H. Kohlen, *Sorge-Ethik als menschliche Praxis im Unterschied zu Technik und Robotik in der Pflege*, in: *Imago Hominis* 28 (2021), 2:129–135; A. Lob-Hüdepohl, *Sorgeethik. Skizze zur Gegenstandskonstitution, Kriteriologie und Methode einer »nwendigen« Ethik Sozialer Arbeit*, in: M. Zichy; J. Ostheimer; H. Grimm (Hg.), *Was ist ein moralisches Problem? Zur Frage des Gegenstandes angewandter Ethik*, Freiburg i. Br. 2012, 383–411.

pflegender Person, die sich an spezifischen Parametern wie wechselseitigem Wohlergehen, Respekt oder Fürsorge orientiert. Daraus ergeben sich unterschiedliche Zugänge und Handlungsdesiderate – etwa mit Blick auf das Verhältnis von Autonomie und (stellvertretender) Fürsorge. Bei allen Konzepten steht die besondere Schutzwürdigkeit der pflegebedürftigen Person im Vordergrund.

Als gemeinsame Grundlage fungiert der Ethikkodex für Pflegefachpersonen des International Council of Nurses (ICN).⁴⁴ Aufgabe des Ethikkodexes ist es, einen normativen Handlungsrahmen für die ethische Pflegepraxis und komplexe Entscheidungsfindungen zu liefern – vor dem Hintergrund geltender professioneller Standards. »Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen bietet ethische Leitlinien in Bezug auf die Rollen, Pflichten, Verantwortlichkeiten, Verhaltensweisen, das professionelle Urteilsvermögen und die Beziehungen von Pflegefachpersonen zu Patientinnen und anderen Menschen mit Pflegebedarf, zu Kolleginnen und zu Fachpersonen anderer Berufe.«⁴⁵

Der ICN-Ethikkodex weiß sich der Achtung von Menschenrechten, Werten sowie religiösen und spirituellen Überzeugungen verpflichtet und fördert ein Umfeld, das sensibel mit der Kultur sowie den sprachlichen, kognitiven, körperlichen und auch mentalen Kompetenzen der pflegebedürftigen Person umgeht.⁴⁶

Eine personenzentrierte Pflege ist an externer und interner Evidenz orientiert und wird nach bestem Wissen und Gewissen ausgeübt. Professionelles Handeln geht immer mit einer kritischen Selbstreflexion einher und weiß sich den Kriterien Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit verpflichtet. Prinzipien wie Vertrauen, Achtung der Privatsphäre, Verantwortung, eine Orientierung am eigenen Gewissen und eine Entwicklung der eigenen Kompetenzen begründen eine professionelle Pflegebeziehung, die sich nachhaltig von jeder Form der Gewalt abgrenzt.

4.2 Pflegeethik in den Einrichtungen

Gewalt findet immer in einem Setting statt, in dem Menschen interagieren. Ihr Handeln wird dabei nicht nur von ihren Zielen, ihrer Motivationslage und ihren Fähigkeiten und individuellen Kompetenzen geprägt, sondern

⁴⁴ Vgl. International Council of Nurses, wie Anm. 3.

⁴⁵ Ebd., S. 3.

⁴⁶ Ebd., S. 9.

auch von den jeweiligen Umständen, in denen sie agieren. Die ethische Relevanz der Umstände einer Handlung ist ein traditioneller Topos der Ethik.⁴⁷ Eine zeitgerechte Konkretisierung und Weiterführung dieses Diskurses lässt sich pflege- und organisationsethisch in der Forderung sehen, verantwortungshemmende Strukturen und Kulturen in Organisationen zu entdecken und zu reduzieren, verantwortungsfördernde hingegen aufzubauen und zu stärken. Es ist daher darauf zu achten, dass seitens des (Pflege-)Managements positive Anreize gesetzt werden, Pflege personenzentriert und individuell angepasst durchzuführen. Insbesondere bedarf es dabei, wo immer möglich, einer notwendigen Sensibilität für die persönlichen Bedürfnisse, der zu pflegenden Person in den Routinen des Stationsalltags (z. B. Wach- und Schlafrythmus, Waschen, Umlagern etc.).

Mit Blick auf die Akut- und Langzeitpflege müssen Fehlentwicklungen, die den Patientenwillen übergehen, wirksam unterbunden werden. Ziel ist ein professionelles, deeskalierendes und somit gewaltfreies Pflegehandeln. Dabei erweist sich das eigene korrekte Pflegehandeln als selbstverständlicher Bestandteil der berufsethischen Verpflichtung einer Pflegefachperson. Es ist eine berufsethische Pflicht der professionellen Pflegekraft, zum Schutz der pflegebedürftigen Menschen einzuschreiten, wenn diese durch Fehlhandeln der Kolleginnen und Kollegen der eigenen, aber auch anderer Professionen bedroht sind. Das Gleiche gilt für die Pflicht, sich gegen Arbeitsbedingungen zu verwehren, die eine sichere Pflege auf dem Stand des aktuellen Pflegewissens unmöglich machen.⁴⁸

Diese Verpflichtungen appellativ einzufordern, reicht aber genauso wenig aus, wie eine entsprechende Haltung aller Mitarbeitenden zu propagieren, um auf diesem Weg Gewalt zu vermeiden. Wünschenswert wäre, dass alle in der Pflege Tätigen motiviert, selbstreflektiert und guten Willens sind, sowie eine für die Arbeit mit pflegebedürftigen Personen adäquate Haltung entwickelt haben.

Nicht nur angesichts der aktuellen Personalsituation ist das aber kaum flächendeckend zu erwarten. Vielmehr zeigen sich in Spannungssituationen immer wieder gegenteilige Erfahrungen, gerade wenn Pflegekräfte sich mit dem Widerspruch, zwischen dem hohen Anspruch an ihr Pflegehandeln und den Bedingungen, unter denen sie diesen realisieren sollen,

⁴⁷ Vgl. J. Gründel, Die Lehre von den Umständen der menschlichen Handlung im Mittelalter, Münster 1963; A. R. Jonson; S. Toulmin, The Abuse of Casuistry. A History of Moral reasoning, Berkeley 1990.

⁴⁸ International Council of Nurses, wie Anm. 3, hier: S. 14; 17.

allein gelassen fühlen. Dies führt auch zu dem für die Pflege beschriebenen Phänomen des »Cool-out«, das im Alltag häufig komplementär zum »Burn-out« auftritt. Hintergrund der zunehmenden emotionalen Abkühlung im Sinne einer Distanzierung und Desensibilisierung ist der Konflikt zwischen dem normativen Anspruch einer patientenorientierten Pflege und ihrer faktischen Verhinderung im Stationsalltag.⁴⁹ Deshalb bedarf es beim Personal zuallererst der Befähigung, geeignete Handlungsalternativen zu entwickeln und auf klare Prozesse zurückzugreifen, um gewaltfrei agieren bzw. auf Gewalterleben adäquat reagieren zu können.⁵⁰

Damit ist unmittelbar die Verantwortung des (Pflege-)Managements angesprochen.⁵¹ Zu den konkreten Aufgaben gehören:

- Restriktive Regelungen und Abläufe, die das Entfaltungspotenzial der Mitarbeitenden und der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Patientinnen und Patienten einschränken und sie durch die strikten Vorgaben unter Druck setzen, müssen abgebaut werden. Dazu gehören alltägliche Vorgaben wie fixe Schlafens-, Essens- und Ruhezeiten oder verpflichtende Bade- oder Duschtage. Daneben sind es offensichtlich aber auch der externen Qualitätskontrolle geschuldete Zusatzroutinen oder »Qualitätsanforderungen«, die das Ziel, individuell angepasster, an den Bedürfnissen und Wünschen der zu pflegenden Person ausgerichteter Pflege konterkarieren und alle Beteiligten unter Druck setzen. Wenn Aktivierung, Körperpflege, Mobilisation, Ernährung und Flüssigkeitszufuhr primär für die qualitätskontrollierte Dokumentation und nicht für das Wohl der Betroffenen erbracht werden, entstehen vermeidbare Konfliktsituationen. Die Gefahr von Übergriffen in Form von funktionaler⁵² Gewalt nimmt dadurch innerhalb des pflegerischen Mandats zu.
- Eine andauernde Personalmangelsituation führt auch zur Überforderung, vor allem unzureichend ausgebildeter Pflegekräfte, die sich beispielsweise beim Umgang mit komplexen Pflegesituationen durch das Verhalten der pflegebedürftigen Personen herausgefor-

⁴⁹ Vgl. dazu etwa die Darstellungen von K. Kersting, Coolout im Pflegealltag, in: *PflegGe* 4 (1999), 3:53–60; dies., Was ist Coolout, 2016: <https://opac.hs-lu.de/repository/DOC000001/B00207512.pdf> [zuletzt abgerufen am 25.05.2023].

⁵⁰ Weidner et al., wie Anm. 27.

⁵¹ Ausführlich dazu: Bezirk Oberbayern, wie Anm. 35, S. 15.

⁵² Vgl. dazu ebd.

dert fühlen und nicht über die nötigen Kenntnisse zu Handlungsalternativen, Kommunikations- oder Deeskalationsstrategien verfügen, um eine Pflegehandlung gewaltfrei zu Ende zu führen.

- Das von Überforderung ausgehende Gewaltisiko kann durch ein angstförderndes Betriebsklima, eine Kultur fehlender Anerkennung und eine Überfrachtung mit individueller Verantwortung bei gleichzeitig wenig unterstützenden bzw. hinderlichen Organisationsstrukturen⁵³ verschärft werden. Druck, der von der Leitung nach unten weitergegeben wird, auch in Form unerfüllbarer Ziele, wird am Ende auf die pflegebedürftigen Personen übertragen.

Wird Druck von oben nach unten weitergegeben, kommt es leicht zur Überforderung Pflegender. In komplexen oder herausfordernden Pflegesituationen werden dann bekannte Frühwarnsignale⁵⁴ übergangen. Es fehlen oftmals Prozesse, in denen Gewalterleben angesprochen werden kann, oder es herrscht ein Klima, in dem der Eindruck entsteht, dass man Täterinnen und Täter gewähren lässt. Hier ist konsequentes organisationsethisches Handeln gefordert, um umzusteuern.

Jede Einrichtung ist gehalten, kritisch zu prüfen, ob die bestehenden Prozesse, Strukturen und die Kommunikationskultur geeignet sind, um der Gewalt durch Pflegende adäquat zu begegnen und wo noch Handlungsbedarf besteht. Konkret erfahrbar werden alle normativen wie strukturellen Vorgaben zur Prävention und zum Umgang mit Gewalt in der konkreten Begegnung von pflegender und pflegebedürftiger Person. Hier zeigt sich die eigentliche Relevanz einer entsprechenden Haltungs- und Tugendethik.

⁵³ Vgl. Bezirk Oberbayern, wie Anm. 35, S. 15; Zentrum für Qualität in der Pflege, ZQP Ratgeber Gewalt vorbeugen, Berlin ⁵2022: https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Ratgeber_Gewalt_vorbeugen.pdf [zuletzt abgerufen am 25.05.2023]; K. Schultes; H. Siebert; L. Lieding; B. Blättner, Personale Gewalt in der stationären Altenpflege. Eine systematische Übersicht über Instrumente zur Erfassung der Prävalenz, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (2021), 160:68–77; S. Freytag; A. Dammermann; K. Schultes; A. Bieber; S. Fleischer; M. Sander; A. Piotrowski; B. Blättner, Gewalt und Gewaltprävention in der stationären Altenpflege während der COVID-19-Pandemie, in: Pflege 34 (2021), 5:1–9.

⁵⁴ Zu nennen wären hier beispielsweise eine verrohende Sprache, eine aggressive und gewaltgeneigte Grundstimmung im Team und entsprechende Verbalisierungen, die Taten in aller Regel vorausgehen. Dazu u. a. B. Teigeler, Gewalt hängt nicht von einzelnen Tätern ab, sie ist immer ein institutionelles Problem, in: Die Schwester Der Pfleger 56 (2017), 9:22–27, hier: S. 23 f.

4.3 Pflegeethik der Fachpersonen

4.3.1 Achtung der Würde des Menschen

Der Begriff der Achtung erweist sich in der Praxis als deutungs offen und meint im Sinne einer grundrechtlichen Lesart mindestens die Achtung des Selbstbestimmungsrechts und der körperlichen Integrität einerseits und den Schutz des Lebens und körperlicher Unversehrtheit andererseits.⁵⁵ Nicht immer können diese Grundrechte gleichrangig nebeneinander realisiert werden, etwa bei körperlichen oder kognitiven Einschränkungen sowie externen und internen Faktoren, die im Falle von Selbst- und/oder Fremdgefährdung eine Indifferenz zwischen dem natürlichen und dem freiverantwortlichen Willen einer pflegebedürftigen Person vermuten lassen. Hier setzt wiederum die Debatte um die professionelle »Hilfe durch Zwang« an.⁵⁶

Im Sinne einer ethischen Grundhaltung und in Abgrenzung zur Gewalt in der Vielzahl ihrer Erscheinungsformen bedarf es daher einer weitergehenden Konkretisierung. Dazu wird der Begriff Achtung um die Dimension der Personenwürde ergänzt. Daraus erwächst auch für Situationen fachlicher, zwischenmenschlicher und/oder emotionaler Spannung zwischen pflegender Person und pflegebedürftiger Person ein Handlungsregulativ, das jede Form von Übergriffigkeit verbietet und sich immer um Verhältnismäßigkeit bemüht.

So findet eine Fürsorgepflicht auch in komplexen Situationen Beachtung, ohne automatisch in Rechtfertigungsmuster zugunsten eines vermeintlich objektiven Wohls paternalistischer Entscheidung oder gar in das Gegenteil im Sinne einer schädigenden Gewalthandlung umzuschlagen.

4.3.2 Selbstbestimmung

Selbstbestimmung bezeichnet die Fähigkeit einer Person, ihre Entscheidungen und Handlungen in weitgehender Übereinstimmung mit ihren individuellen Wertvorstellungen treffen bzw. ausüben zu können. Die zugrundeliegenden sozialgesellschaftlichen Bezüge werden dabei im Sinne einer relationalen Selbstbestimmung als konstitutiv, d. h. als bleibende Ermög-

⁵⁵ Vgl. Deutscher Ethikrat, wie Anm. 2, hier: S. 60.

⁵⁶ Vgl. ebd., und weiter oben, Kap. 1.1 Verletzlichkeit in der asymmetrischen Sorgebeziehung.

lichung, verstanden.⁵⁷ Selbstbestimmung muss zugleich immer auch als relative, nie als absolute Größe verstanden werden. Sie hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, wie Alter, Gesundheit, geistige Reife, kognitiven Fähigkeiten aber auch von wirtschaftlichen, zeitgeschichtlichen und sozialen Einflüssen. Mit Selbstbestimmung sind daher notwendigerweise personale Kompetenzen sowie situative und systemische Voraussetzungen verbunden, die im Einzelfall eine Vielzahl konkreter Einschränkungen erfahren können.

In einer professionellen Pflegebeziehung obliegt es der Pflegekraft daher in besonderer Weise, die jeweilige subjektive und situative Verfasstheit der pflegebedürftigen Person adäquat einzuschätzen und das eigene Verhalten an den gegebenen Handlungsoptionen der pflegebedürftigen Person auszurichten. Handlungsleitend ist dabei das Ziel einer selbstbestimmungsermöglichenden Sorge.⁵⁸

4.3.3 Fürsorge

Fürsorge setzt an der Grenze zwischen freiverantwortlichen Entscheidungen und solchen willentlichen Entscheidungen (mitunter sind es auch nicht willentlich gesteuerte Vollzüge) an, die ein notwendiges freiverantwortliches Anforderungsprofil nicht erfüllen. Aus ethischer Sicht braucht es dafür die Fähigkeit, unmittelbare und mittelbare Folgen, die aus dem Vollzug oder dem Unterlassen einer Handlung hervorgehen, zu erkennen und entsprechend ihrer Relevanz einzuordnen. Zudem muss die jeweilige Person in der Lage sein, sich dazu zu verhalten, d. h. zwischen verschiedenen Handlungsoptionen wählen und die gewählte Option aktiv herbeiführen zu können. Darüber hinaus ist eine sachgerechte Einbindung von bevollmächtigten Personen und Angehörigen sicherzustellen.

In einer professionellen Pflegebeziehung sind Pflegekräfte vielfach mit Situationen konfrontiert, in denen pflegebedürftige Personen nur in reduzierter Form zu einer freiverantwortlichen Entscheidung fähig sind. Es obliegt einer professionellen Fürsorge, Verantwortung für die pflegebedürftige Person zu übernehmen und im Rahmen des pflegerischen Mandats drohende Gefahren abzuwehren. Pflegerische Interventionen stehen dabei

⁵⁷ Einen Überblick über unterschiedliche Autonomietheorien bietet B. Rössler, Autonomie, in: R. Stoecker; C. Neuhäuser; M. L. Raters (Hg.), Handbuch Angewandte Ethik, Stuttgart; Weimar 2011, 93–99.

⁵⁸ Vgl. zum Begriff der selbstbestimmungsermöglichenden Sorge: Deutscher Ethikrat, Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme, Berlin 2016, S. 38–48.

in einem sensiblen Abwägungsprozess zwischen den verbalen und non-verbalen Willensbekundungen der zu pflegenden Person sowie den normativen professionellen wie berufsethischen Vorgaben unter besonderer Berücksichtigung eines möglicherweise selbst- oder fremdschädigenden Verhaltens der pflegebedürftigen Person. Handlungsorientierungen jeglicher Fürsorge müssen immer geeignete Unterstützungsmaßnahmen sein, die zur Entwicklung bzw. Wiedererlangung einer möglichst umfassenden Selbstsorge befähigen.

4.3.4 Schadensvermeidung

Dem Begriff Schadensvermeidung kommt im Unterschied zum Begriff des Nicht-Schadens⁵⁹ ein verändertes objektives Moment zu. Handlungen von pflegenden Personen sind idealerweise nicht nur auf ein unmittelbares Wohltun⁶⁰ oder zumindest auf eine neutrale Handlungswirkung gegenüber der zu pflegenden Person beschränkt, sondern das objektive Moment kann durch ein weiteres intentionales, mitunter auch motivationales Moment ergänzt werden.

So haben Handlungen vielfach eine sogenannte Doppelwirkung. Sie entsprechen dem pflegerischen Mandat in zweifacher Weise. Dabei muss für eine mögliche Rechtfertigung der Handlung der Vorteil den Schaden überwiegen – beispielsweise die Wiederherstellung von Beweglichkeit den übungsbedingten Schmerz im Falle einer Mobilisation. Eine Güterabwägung eröffnet damit auch der pflegenden Person einen entsprechenden Handlungsrahmen. Andererseits konkretisiert sich in der intentionalen wie motivationalen Vermeidung von Schaden eine bewusste Auseinandersetzung mit der körperlichen, seelischen und psychischen Verfasstheit der zu pflegenden Person und schafft damit eine wesentliche Voraussetzung für eine professionelle Pflegebeziehung, die nachdrücklich auf Wohltun ausgerichtet ist.

4.3.5 Haltung

In der professionellen Pflege verbindet sich mit dem Anspruch der persönlichen Haltung die Fähigkeit, ein reifes, d.h. abgewogenes und verhältnismäßiges, Urteil zu treffen. Dies stellt eine wichtige Voraussetzung der gelingenden professionellen Sorgebeziehung dar und macht deutlich, aus welcher beruflichen und nicht zuletzt persönlichen Haltung eine pflegende

⁵⁹ Vgl. T. L. Beauchamp; J. F. Childress, Principles of biomedical ethics, New York 1979.

⁶⁰ Ebd.

Person lebt, woraus sie Kraft schöpft und welche Tugenden ihr Orientierung geben. Einige Grundhaltungen professioneller Pflege sollen nachfolgend exemplarisch genannt werden.⁶¹

1. Verantwortung der pflegebedürftigen Person gegenüber sich selbst

Das Gebot der Fürsorge und des Nichtschadens richtet sich grundsätzlich an ein Verhalten der eigenen Person gegenüber dem oder der Nächsten und kann – im Falle einer Sorgebeziehung – bei Zuwiderhandlung sanktionsbewährt sein. Mit einer unterlassenen Pflicht gegenüber sich selbst korrespondiert aber grundsätzlich keine gleichrangige Pflicht eines (fürsorglichen) Gegenübers zur »zwangsweisen« Durchsetzung derselben. Der konkrete Kontext verlangt indes bei einem vorliegenden pflegerischen Mandat eine Entscheidung im Einzelfall.

2. Persönliche Gewissensfreiheit

Professionelles Pflegehandeln, das sich neben den berufsethischen Vorgaben immer auch am persönlichen Gewissen der pflegenden Person orientieren muss, kann bei der »Schadensvermeidung« auch ein Eingreifen gegen den aktuellen Willen der zu pflegenden Person erfordern. Inhaltlich orientiert sich ein derartiges Handeln immer (auch) am natürlichen Willen des jeweiligen Gegenübers und muss deshalb gerade die Gewissensfreiheit der zu pflegenden Person respektieren. Gewissensfreiheit markiert im Wesentlichen ein Abwehrrecht zum Schutze der moralischen/persönlichen Integrität. Eine recht verstandene Gewissensfreiheit lehnt folglich jede Art von Zwang und Gewalt ab, die sich existenziell gegen die eigenen Wertmaßstäbe richtet. Im Konfliktfall kann dies auch zur Niederlegung des Pflegemandats führen.

3. Berücksichtigung der Zukunftsperspektive der zu pflegenden Person

Wo die mittel- oder langfristige Zukunftsperspektive der zu pflegenden Person durch mangelnde Einsichtsfähigkeit und/oder fehlende Einwilligung in zukunftserschöpfende bzw. -ermöglichende Maßnahmen oder gar durch selbstschädigendes Verhalten gefährdet ist, stellt sich erneut die Frage nach der Legitimation von »Zwangshandlungen« im Sinne der Schadensvermeidung.⁶² Eine Legitimation hängt nicht nur von der Eingriffstiefe und der Eingriffsdauer, sondern auch von möglichen sekundären Folgen ab, die

⁶¹ Die Darstellungen orientieren sich an den Ausführungen von: Deutscher Ethikrat, wie Anm. 2, S. 67–91.

⁶² Vgl. Anm. 56.

erst durch ein aktives Eingreifen der pflegenden Person entstehen würden. Alle vorgenannten Aspekte gilt es, im Sinne der Verhältnismäßigkeit und innerhalb der gegebenen rechtlichen Vorgaben, abzuwägen.

4. Wahrung der Würde des Menschen

Der Begriff »personale Würde« ist immer mehr zu einem Gemeinplatz jeglicher ethischen und moralischen Argumentation geworden und eignet sich in der Praxis kaum für eine unmittelbare Handlungsorientierung. Insofern die Würde ein unverfügbares und unveräußerliches Charakteristikum der menschlichen Person⁶³ ist, kann sie weder durch das eigene menschliche Handeln noch durch ein aktives oder reaktives Agieren des jeweiligen Gegenübers zu- oder abgesprochen werden. Und dennoch gilt: Soziales Verhalten kann, geleitet von Respekt, personale Würde achten oder durch entsprechendes Verhalten auch missachten.

Null-Toleranz ist daher für Handlungsweisen zu fordern, die sadistische Züge tragen, aus Rache geschehen oder ein bewusstes Vernachlässigen oder Missachten der pflegebedürftigen Personen zeigen.

Eine Konkretion des in den vorangegangenen Kapiteln 1 bis 4 Ausgeführten wird nachfolgend in der Form von Empfehlungen vorgenommen (Kapitel 5), die sich handlungspraktisch mit der Prävention von und dem Umgang mit Gewalt durch Pflegende befassen.

⁶³ Vgl. etwa: E. Schockenhoff, *Beruhet die Menschenwürde auf einer kulturellen Zuschreibung?*, in: W. Härle/B. Vogel (Hg.), *Vom Rechte, das mit uns geboren ist. Aktuelle Probleme des Naturrechts*, Freiburg i. Br. 2007, 248–261.

5. Empfehlungen

Die hier vorgestellten Empfehlungen beziehen sich auf professionelle Pflegebeziehungen in Einrichtungen und nehmen sich der Thematik »Gewalt durch Pflegende« aus der Perspektive vernetzter Verantwortung an. Die Darstellungen folgen einer deduktiven Abfolge in organisationsethischer Absicht und verbinden strukturelle, institutionelle und personale Aspekte.

Gewalt durch Pflegende wird dabei in bewusster Abgrenzung zum Begriff des Zwangs (vgl. Kapitel 1.1) als eine Überwindung des Willens der zu pflegenden Person durch die pflegende Person unter mehr oder weniger bewusster aktiver Herbeiführung oder zumindest Inkaufnahme eines Schadens verstanden. Vor diesem Hintergrund lehnt der Ethikrat Gewalt, insbesondere in der spezifisch durch die Fürsorge für verletzbare Personen gekennzeichneten Pflegebeziehung, ab.

Die nachfolgenden Empfehlungen verbinden unterschiedliche Ebenen professioneller Pflege: die Trägerebene, die Einrichtungsebene und die Ebene des Teams bzw. der Einzelpersonen. Sie bieten praxisorientierte Hilfestellungen zur Prävention und zur Aufarbeitung von Gewalt.

Zudem sollen die Empfehlungen für die Komplexität des Themas »Gewalt in der Pflege« sensibilisieren und einen Beitrag zu einer kritischen, kontext- und personensensiblen Auseinandersetzung leisten. Die Empfehlungen greifen die vielen bereits bestehenden Angebote und Strukturen in den Trägerschaften des Ethikrates zur Prävention und zur Aufarbeitung von Gewalt durch Pflegende auf und wollen dazu anregen, diese weiterzuentwickeln und deren Wirksamkeit regelmäßig zu reflektieren.

5.1 Trägerebene

1. Prävention

- Die Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen sollten, gegebenenfalls gemeinsam mit deren Mitarbeitervertretungen, angemessene Strukturen entwickeln, die eine geregelte und offene Kommunikation über Gewalt durch Pflegende ermöglichen. Ein zentraler Baustein sind regelhafte und verpflichtende Fortbildungen zur Erkennung, Vermeidung und Aufarbeitung von Gewalt. Das Ziel der Bemühungen sollte es sein, darauf hinzuwirken, dass bereits während der Ausbildung Kompetenzen vermittelt und erworben werden, die dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen.

- Jedes Gewaltvorkommnis soll gemeldet und dokumentiert werden. Der jeweilige Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen muss dafür Sorge tragen, dass er über strafrechtlich relevante Vorkommnisse umgehend informiert wird. Er verständigt sich mit den Leitungspersonen der jeweiligen Einrichtungen auf ein geeignetes und einheitliches Dokumentationssystem, das in regelmäßigen Abständen trägerweit ausgewertet wird. Die Verknüpfung mit entsprechenden Strukturen des Qualitäts- bzw. Fehlermanagements ist empfehlenswert.
- Eine trägerweit zuständige Ombudsperson soll als Ansprechperson für Gewaltvorkommnisse benannt werden. Es soll auch die Möglichkeit geschaffen werden, dass die Ombudsperson mit den jeweiligen sozialen Diensten und Ethikkomitees der Einrichtungen in Kontakt treten kann. Die Ombudsperson kann auch als Mediator bei der Vermittlung zwischen pflegender und zu pflegender Person sowie den An- und Zugehörigen in Anspruch genommen werden. Eine Meldung an die Ombudsperson sollte auch in anonymer Form möglich sein.

2. Aufarbeitung

- Die Aufarbeitung von Gewaltereignissen durch Pflegende sollte dem Subsidiaritätsprinzip folgen: Demnach sind zunächst die unmittelbar handelnden Akteure (therapeutisches Team/Einzelperson), danach die jeweilige Einrichtung und anschließend der Träger zu adressieren. Die begleitende Dokumentation stellt sicher, dass Vorkommnisse, vor allem auch solche mit haftungs- und/oder strafrechtlicher Relevanz, nicht ohne entsprechende Aufarbeitung bleiben.
- Die Aufarbeitung von Gewalt soll zudem dazu genutzt werden, strukturelle Defizite bei der Versorgung, der Personalausstattung bzw. der Personalplanung zu erkennen und diese im Sinne des Change-Managements in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess einzubringen.
- Es ist nicht nur eine Frage der Gerechtigkeit, die Perspektive der Gewaltopfer einzunehmen, sondern auch Teil einer menschenfreundlichen Kultur, die nicht die Institution und ihre Prozesse, sondern das Individuum ins Zentrum stellt. Die Träger müssen sicherstellen, dass Personen in den Einrichtungen der Trägerschaft in einem sicheren und würdevollen Umfeld leben. Ihre Erwartungen

und Bedürfnisse sollten in die Planung und Gestaltung der Angebote einbezogen werden.

- Die Träger sollten sich öffentlich und gesellschaftspolitisch klar für den Schutz verletzlicher Personengruppen einsetzen.

5.2 Einrichtungsebene

1. Prävention

- Damit Gewalt vermieden wird, und Pflegekräfte Unterstützung bei ihren Entscheidungen und ihrem Tun erhalten, sollte ein einrichtungsbezogener Katalog von Kriterien zur Bewältigung sowie Entscheidungspfaden für Konfliktsituationen entwickelt werden. Zu diesen Konfliktsituationen zählen neben allgemein verfügbaren Ressourcen zur Deeskalation unter anderem etwa auch im Einzelfall notwendige Zwangshandlungen zur Vermeidung bzw. Minimierung selbst- und/oder fremdschädigenden Verhaltens. Derartige Kriterien können jedoch niemals die persönliche Verantwortung der pflegenden Person und die kritische Reflexion der tatsächlich vorhandenen Handlungsoptionen ersetzen.
- Jede Maßnahme gegen den erklärten oder auch den mutmaßlichen Willen einer zu pflegenden Person ist hinsichtlich der pflegerischen Indikation, des Handlungsziels, des Umfangs und des Verlaufs und der Nennung aller Beteiligten zu dokumentieren und der Stations- bzw. Wohnbereichsleitung vorzulegen. Ist eine vorausgehende Klärung durch Einwilligung oder richterliche Genehmigung nicht möglich, so bedarf es einer umgehenden Information an die Leitung zum nächstmöglichen Zeitpunkt. In Konfliktsituationen ist nach Möglichkeit immer ein Vier-Augen-Prinzip zu wahren.
- Situationsentscheidungen müssen grundsätzlich von geplanten Maßnahmen unterschieden werden. Die Einrichtungen sollten eine qualifizierte Stelle benennen bzw. einrichten, die sich bei hinreichendem zeitlichen Vorlauf mit der Freigabe einer indizierten Zwangsmaßnahme unter Beachtung aller geltenden rechtlichen Vorgaben und Genehmigungen befasst (z. B. Ethikkomitee in Abstimmung mit dem Betreuungsgericht). Im Falle eines zeitlichen Handlungsdrucks sind Entscheidungen und geeignete Maßnahmen (z. B. Fixierung bei akut selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten) gemäß geltender Standards zu dokumentieren und im unmittel-

telbaren Anschluss durch die pflegende Person der qualifizierten Stelle zu melden. Zwangsmaßnahmen dürfen nur so lange dauern, wie diese zur Bewältigung der Situation erforderlich sind. In jedem Fall muss auf eine Verhältnismäßigkeit zwischen Mittel und Ziel geachtet werden. Geltende rechtliche Vorgaben sind unmittelbar einzuhalten und allen handelnden Akteuren in der professionellen Pflege regelhaft nahezubringen.

- Die Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass stations- bzw. gruppenübergreifend Hilfen kurzfristig zur Verfügung stehen (z. B. Springer, Kriseninterventionskraft), die in einer sich anbahnenden Konfliktsituation zeitnah hinzugezogen werden können. Entsprechende Informationssysteme (Notfallnummer etc.) sind seitens der Einrichtung vorzuhalten.

2. Aufarbeitung

- Jede Kenntnis von Gewaltereignissen ist im Sinne der Fürsorgepflicht und der Transparenz gegenüber der Stations- bzw. Wohngruppenleitung anzuzeigen. Die Stations- bzw. Wohngruppenleitung ist auch gehalten, begründeten Verdachtsfällen mit aller gebotenen Sensibilität nachzugehen. Pauschale und generelle Verdächtigungen sind zu vermeiden. Ein offenes Gespräch mit der entsprechenden Pflegekraft, gegebenenfalls auch unter Hinzuziehung einer gesonderten Moderation, wird empfohlen.
- Im Sinne eines transparenten Fehlermanagements wird die Implementierung einer einrichtungs- oder trägerinternen Meldestelle empfohlen. Dies kann, wenn eine Vermeidung von Interessenskonflikten sichergestellt ist, die Ombudsperson des Trägers sein.
- In jedem Fall ist der zeitnahe Informationsaustausch aller beteiligten Stellen zu garantieren. Dazu sollten geeignete Standards der Pflegedokumentation, des Qualitäts- und des Beschwerdemanagements sowie der Fort- und Weiterbildung so miteinander vernetzt werden, dass Gewalt möglichst vermieden wird bzw. deren Aufarbeitung gelingt, falls es doch zu einem Gewaltereignis gekommen ist.
- Jede Aufarbeitung eines Gewaltereignisses sollte strukturiert erfolgen und entsprechend dokumentiert werden. Im Zentrum steht eine nachhaltige Änderung des fehlerhaften Verhaltens. Sollte die

Schwere des Ereignisses oder das wiederholte Auftreten von Gewalt durch einzelne Pflegepersonen keine Veränderung des Verhaltens erkennen lassen, so sind entsprechende arbeitsrechtliche Schritte einzuleiten. Das gilt besonders für eventuelle haftungs- und/oder strafrechtliche Vorgänge.

5.3 Teamebene und Einzelpersonen

1. Prävention

- Jede professionelle Sorgebeziehung ist so zu gestalten, dass Achtung und Respekt vor der zu pflegenden Person und ihrer Selbstbestimmung gewährleistet sind. Dies erfordert eine größtmögliche Einbindung der zu pflegenden Person in die Entscheidungen und Handlungen im unmittelbaren Pflegekontext. Das unter Pflegenden bisweilen noch immer verbreitete Erleben, dass der Wille der Patientinnen und Patienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner wegen der durch Prüfinstanzen vorgegebenen standardisierten und zu dokumentierenden Pflege gelenkt und gegebenenfalls auch mit Druck übergangen werden darf, muss überwunden werden. Dies gilt insbesondere bei Fragen der Ernährung, der Körperpflege, der Mobilisation, bis hin zu Aktivitäten der sozialen Teilhabe. Die Achtung der Selbstbestimmung muss, wo immer möglich und verantwortbar, durch einen offenen Angebotscharakter gewahrt werden.
- Jede pflegerische Entscheidung und Maßnahme muss fachlich indiziert sein und zielt im Regelfall auf das Einvernehmen mit der zu pflegenden Person ab. Im Einzelfall kann es unter Abwägung der verfügbaren Handlungsoptionen und der Gefahr des selbst- und/oder fremdschädigenden Verhaltens der zu pflegenden Person zu einer stellvertretenden Entscheidung kommen, insbesondere, wenn die zu pflegende Person dauerhaft oder vorübergehend keine freiverantwortliche Entscheidung treffen kann. Dies kann jedoch nur im Rahmen des pflegerischen Mandats gemäß der geltenden rechtlichen und ethischen Bestimmungen in den Einrichtungen erfolgen und darf in der Folge keine Schädigung intendieren bzw. erwarten lassen.
- Jede Maßnahme gegen den erklärten bzw. vermuteten Willen einer zu pflegenden Person muss hinsichtlich der pflegerischen Indikation, des Handlungsziels, des Umfangs und des Verlaufs der Maßnah-

me seitens aller beteiligten Handlungsakteure dokumentiert und der Stations- bzw. Wohnbereichsleitung vorgelegt werden.

- Durch geeignete Fort- und Weiterbildungen sowie durch die Vernetzung und den Austausch im Team sind alle Pflegepersonen angehalten, sich fachlichen und/oder persönlichen Rückhalt zu suchen. Wo dies nicht möglich ist, ist die nächsthöhere Ebene (Stations- bzw. Wohnbereichsleitung, Einrichtungsleitung, Träger) um entsprechende Hilfestellung aufzusuchen.
- Hinsichtlich der Befähigung zu gewaltfreier Pflege bedarf es eines Sensoriums bei der Personalauswahl, der Personalplanung und der Personalentwicklung, um die Kompetenzen in den Teams nicht nur realistisch einzuschätzen, sondern, wo nötig, die Pflegenden beim Kompetenzerwerb für eine gewaltfreie Pflege zu unterstützen. Regulierungen und Normierungen, die eine individualisierte Pflege erschweren oder Druck aufbauen, sind auf den Prüfstand zu stellen und so weit wie möglich abzuschaffen.

2. Aufarbeitung

- Jede Maßnahme, die seitens der zu pflegenden Person als Zwang oder gewaltsame Aktion erlebt wird, ist möglichst zeitnah mit ihr und/oder wo möglich mit ihren Angehörigen bzw. ihrem Sorgebevollmächtigten in einem strukturierten Vorgang aufzuarbeiten. Eine externe Person (z. B. Stations- oder Wohnbereichsleitung, Sozialdienst, Ansprechpartner im Beschwerdemanagement) ist gegebenenfalls als Supervisor bzw. neutraler Beobachter hinzuzuziehen. Die Erfahrung der zu pflegenden Person ist in geeigneter und sensibler Weise in den Prozess der Aufarbeitung zu integrieren. Wo immer möglich, soll nach geeigneten Formen der Minimierung oder Wiedergutmachung des entstandenen Schadens gesucht werden. Dies betrifft auch die professionelle Beziehung zwischen Pflegeperson und zu pflegender Person.
- Im Sinne einer qualifizierten Fehlerkultur müssen Strukturen vorgehalten werden, die eine Selbstverpflichtung, Gewalt zu melden, aktiv unterstützen. So muss jede Form von Gewalt durch eine Pflegeperson eigenverantwortlich an die Stationsleitung gemeldet und zeitnah dokumentiert werden. Jede Pflegekraft sollte zudem selbst zu einer lösungsorientierten Fehlerkultur beitragen, indem sie auch

ihr eigenes unangemessenes oder gewalttätiges Verhalten im Rahmen des etablierten Fehlermanagements anspricht. Maßnahmen, die Verhaltens- und Einstellungsänderung unterstützen, sind neben arbeitsrechtlichen Sanktionen wesentlich, um eine Wiederholung und/oder Eskalation zu vermeiden.

- Bestätigte Fälle von Gewalt sind seitens der zuständigen Personen gemäß der geltenden Compliance-Regeln auf Einrichtungs- und/oder Trägerebene zu behandeln. Dies erfolgt unabhängig von einer eventuell arbeits- und/oder strafrechtlich relevanten Prüfung.

Appendix

Information über den Ethikrat katholischer Träger von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier (EKT)

Träger des Ethikrates sind die Marienhaus Unternehmensgruppe, die BBT Gruppe, die Caritas Trägergesellschaft Saarbrücken mbH (cts), die cusanus trägergesellschaft trier mbH (ctt), die Franziskanerbrüder vom Hl. Kreuz (Hausen/Wied) sowie die Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom Hl. Karl Borromäus (Trier). Der Ethikrat bearbeitet konkrete ethische Fragen von übergeordneter Bedeutung, die sich in den Einrichtungen der genannten Trägergesellschaften ergeben. Er bearbeitet auch Themen, die im aktuellen gesellschaftlichen Diskurs besonders erörtert werden und wesentliche Bedeutung für die Arbeit der Träger erlangen können.

Die Mitglieder des Ethikrates

Prof. Dr. Johannes Brantl

Lehrstuhl für Moraltheologie; Theologische Fakultät Trier

Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

Lehrstuhl für Ethik, Theorie und Geschichte der Medizin; Vinzenz Pallotti University Vallendar

Prof. Dr. Wolfram Höfling

ehemaliger Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Professor em. für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht Köln

Prof. Dr. Constanze Giese

Lehrstuhl für Ethik und Anthropologie in der Pflege an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München (Gast)

Dr. Hildegard Kaulen

Wissenschafts- und Medizinjournalistin, Wiesbaden

Prof. P. Dr. Heribert Niederschlag SAC (Vorsitzender)

Professor em. für Moraltheologie; Vinzenz Pallotti University Vallendar

Prof. Dr. Ingo Proft

*Lehrstuhl Ethik und soziale Verantwortung; Direktor des Ethik-Instituts
an der Vinzenz Pallotti University Vallendar*

Prof. Dr. Stephan Sahn

Chefarzt Medizinische Klinik I; Ketteler Krankenhaus, Offenbach

Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ

*Professor em. für Moralthologie; Philosophisch-Theologische Hochschule
Sankt Georgen in Frankfurt am Main*

Prof. Dr. Heike Spaderna

*Lehrstuhl für Gesundheitspsychologie, Pflegewissenschaft,
Fachbereich I, Universität Trier*

Dr. Verena Wetzstein

*Studienleiterin der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg,
Leiterin der Diözesanen Fachstelle Palliative Care*

Ständiges beratendes Mitglied

Weihbischof Prälat Franz Josef Gebert

Vorsitzender a. D. des Caritasverbandes für die Diözese Trier e. V.

Koordinator

Prof. Dr. Ingo Proft

*Lehrstuhl Ethik und soziale Verantwortung; Direktor des Ethik-Instituts
an der Vinzenz Pallotti University Vallendar*

Kontakt

Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University Vallendar
Geschäftsstelle des Ethikrates katholischer Träger von Gesundheits-
und Sozialeinrichtungen im Bistum Trier

Pallottistr. 3
56179 Vallendar

Telefon: +49 (0)261 6402-603

Telefax: +49 (0)261 6402-300

E-Mail: ethikrat@vp-uni.de

Stellungnahmen des Ethikrates

Die Stellungnahmen des Ethikrates sind im Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University verfügbar.

Die digitalen Versionen finden Sie unter:

<https://vp-uni.de/university/institute-forschung/ethik-institut/ethikrat/stellungnahmen-des-ethikrats>



Handlungsempfehlung für den Umgang mit Patienten, die den Zeugen Jehovas angehören

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage
ISSN 2194 -1386



Assistierter Suizid

Erscheinungsjahr: 2016
3. Auflage



Postkoitale Antikonzption (»Pille danach«)

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage



Plastisch-ästhetische Chirurgie

Erscheinungsjahr: 2016
2. Auflage



Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen

Erscheinungsjahr: 2017



Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit

Erscheinungsjahr: 2018
ISBN 978-3-00-059782-4



Organspende

Erscheinungsjahr: 2019
ISBN 978-3-00-059782-4



Suizidhilfe

Erscheinungsjahr: 2020
ISBN 978-3-00-067345-0



Kontaktmöglichkeit und Infektionsschutz in Gesundheits- und Sozial-einrichtungen

Erscheinungsjahr: 2021
ISBN 978-3-00-067777-9



Gewalt gegen Pfegende

Erscheinungsjahr: 2022
ISBN 978-3-00-072915-7

ISBN 978-3-00-075775-4