

Stellungnahme des Ethikrates

Gewalt gegen 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; Kaulen, Hildegard; Giese, Constanze; Spaderna,
Heike; Wetzstein, Verena; Sahm, Stephan; Höfling, Wolfram;
Schuster, Josef; Niederschlag, Heribert

© 2022 Ethik-Institut an der Vinzenz-Pallotti-University Vallendar.

Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 978-3-00-072915-7

Eine Abdruckgenehmigung kann auf Anfrage erteilt werden.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
I. Phänomenologie und ethisch-rechtliche Einordnung	6
1.1 Begriffsbestimmung und Typologisierung	6
1.2 Ethische Einordnung	13
1.2.1 <i>Beziehung im Kontext der Pflege</i>	13
1.2.2 <i>Gewalt als ethische Herausforderung</i>	16
1.3 Rechtliche Einordnung	17
II. Orientierung zur Prävention und zum Umgang mit Gewalt	22
2.1 Führungs- und Leitungskultur	22
2.2 Ausgewählte Handlungsfelder	23
III. Empfehlungen	26
3.1 Allgemeine Rahmenkriterien	26
3.2 Prävention von Gewalt	27
3.3 Umgang mit Gewalt	29
Appendix	32
Die Mitglieder des Ethikrates	32
Kontakt	34
Stellungnahmen des Ethikrates	35

Einleitung

Schlagen, treten, spucken, beschimpfen, drohen, demütigen, sexuell belästigen: Die Liste körperlicher und verbaler Gewalt gegenüber Pflegenden ist lang. Befragungen zeigen, dass Pflegende häufig direkte körperliche und nicht selten auch sexualisierte Gewalt und Gewaltandrohungen sowie verletzende oder bedrohliche Aussagen erleben.

Schon einzelne Sätze können verletzend und bedrohlich wirken, aktuell noch stärker als sonst, da viele Pflegende unter der hohen Arbeitsbelastung leiden, die sich durch die Corona-Pandemie noch einmal drastisch verschärft hat. Sie fühlen sich durch den andauernden Druck und die mehr oder minder schwerwiegenden verbalen und körperlichen Übergriffe regelrecht zermürbt, erschöpft und ausgezehrt: »Weil ich nicht so fett werden will wie Sie – nein!«, ist die Antwort einer alten Dame auf die Frage einer Pflegenden, ob sie nicht noch etwas essen möchte. »Lass deine Finger von mir, sonst geht es dir bald genauso wie mir«, ist die unverhohlene Drohung eines Notfallpatienten, der wegen Schnittverletzungen behandelt wird und dem wegen des Verdachts auf Drogenkonsum Blut abgenommen werden soll. »Die kommen nicht, wenn ich klinge. Dann werde ich mich wohl einkoten. Dann müssen sie kommen und mich auch noch waschen.«¹ Diese und viele ähnliche Verhaltensweisen erleben Pflegende als machtvollen Druck, der das ansonsten als asymmetrisch beschriebene Pflegeverhältnis zur scheinbar schwächeren pflegebedürftigen Person auf den Kopf stellt.

Pflegende erfahren verbale und sexuelle Übergriffe, Handgreiflichkeiten oder Nötigungen als Bedrohung, Kränkung und Entwertung ihrer Arbeit und ihrer Person. Die Trägerseite und die Leitungsverantwortlichen der Einrichtungen sind auf allen Ebenen des Managements gefordert, ihre Mitarbeitenden zu schützen und auf Gewaltereignisse adäquat und konsequent zu reagieren. Dies betrifft sowohl die Einrichtungskultur als auch spezifische Präventionsmaßnahmen und Prozesse, falls es bereits zu einem gewalttätigen Übergriff gekommen ist.

Um aus ethischer Perspektive Empfehlungen formulieren zu können, wird im Folgenden der zugrunde gelegte Gewaltbegriff geklärt und anhand realer Fallvignetten konkretisiert. Das Phänomen der Gewalt gegen Pflegende, seine Ursachen, die gewaltfördernden Faktoren und Strukturen der Settings, in denen Gewalt geschieht, werden im Anschluss differenziert,

¹ Die genannten Beispiele orientieren sich an Erfahrungsberichten aus den Trägerschaften des Ethikrates.

bevor eine ethische und rechtliche Einordnung erfolgt. Das Umfeld – in der Ethik spricht man traditionell von den »Umständen« – ist hier ebenso zu beachten wie die Gegebenheiten auf Seiten der verschiedenen Akteursgruppen.

Der Komplexität des Themas ist die grundlegende Unterscheidung von Gewalt gegen Pflegende und Gewalt durch Pflegende geschuldet. Der Fokus dieser Stellungnahme liegt auf der Gewalt gegen Pflegende und nimmt dazu besonders den Kontext von Krankenhäusern sowie Alten-, Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen in den Blick.

In dieser spezifischen Ausrichtung kommt den Pflegenden als Gewaltopfer hinsichtlich der Befähigung zum Selbstschutz ebenso wie zur Deeskalation eine zentrale Bedeutung zu. Die Gewalt ausübenden Personen sind weder pauschal zu verurteilen, etwa im Sinne eines Verweises auf eine Verrohung der Gesellschaft oder der Sitten, noch sind bestimmte Tätergruppen aufgrund ihrer psychischen Veränderungen pauschal zu entschuldigen und ihre Übergriffe als schicksalhaft hinzunehmen.

Der Umgang mit Gewalt, die von pflegebedürftigen Menschen ausgeht, sowie die ethische Einordnung dieser Gewalt, fällt mitunter schwer. Dies gilt besonders insofern, als Gewalt seitens pflegebedürftiger Menschen die vielfach zumindest implizit empfundenen Annahmen über die Machtverhältnisse und die Asymmetrie in den Pflegebeziehungen auf den Kopf stellt. Pflegende, die sonst als mächtige Akteurinnen und Akteure gegenüber den hilfsbedürftigen zu Pflegenden wahrgenommen werden, sind plötzlich in der Opferrolle und geradezu ohnmächtig angesichts ihrer Fürsorgeverpflichtung. Darüber hinaus ist Gewalt gegen Pflegende ein arbeitsrechtlich relevantes Thema, dem ebenfalls eine eigene Darstellung zukommt.

Vor diesem Hintergrund wählt die Stellungnahme zunächst einen deskriptiven Zugang, der das Phänomen der Gewalt gegen Pflegende konturiert und daran anschließend eine ethische und rechtliche Einordnung vornimmt (Kapitel I). Auf eine grundlegende Orientierung zur Prävention und zum Umgang mit Gewalt (Kapitel II) folgen konkrete Empfehlungen (Kapitel III).

I. Phänomenologie und ethisch-rechtliche Einordnung

Gewalt in der Pflege² ist ein komplexes Phänomen. Was Pflegende als Gewalt wahrnehmen, hängt stark von ihrer Persönlichkeit, ihrer Biografie, ihrer kulturellen Prägung und ihrer Berufserfahrung ab. Gewalt beschränkt sich nicht allein auf das Kerngeschehen zwischen Pflegeperson und zu pflegender Person. Mitunter geht Gewalt auch von Angehörigen oder Begleitpersonen aus. Es gibt auch strukturelle Faktoren, die das Auftreten von Gewalt begünstigen oder reduzieren. Neben persönlichen Kompetenzen und Erfahrungen spielt die Personalverteilung in einer Organisation ebenso eine Rolle wie der passgenaue Einsatz des Personals. Fehlbelegungen sind nicht weniger bedeutend. So hängt das Auftreten von Gewalt nicht zuletzt davon ab, wie und in welchem Umfang dem tatsächlichen Bedarf bzw. den individuellen Bedürfnissen der zu pflegenden Person entsprochen wird oder entsprochen werden kann. Wie Wünsche artikuliert, wahrgenommen und konkrete Entscheidungen getroffen und kommuniziert werden, ist ein weiteres Kriterium, Gewalt als komplexes Ursache-Wirkung-Geschehen zu verstehen. Einen ersten Zugang eröffnet die nachfolgende Begriffsbestimmung und Typologie.

1.1 Begriffsbestimmung und Typologisierung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gewalt als »absichtliche[n] Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichen körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene Person oder gegen eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden,

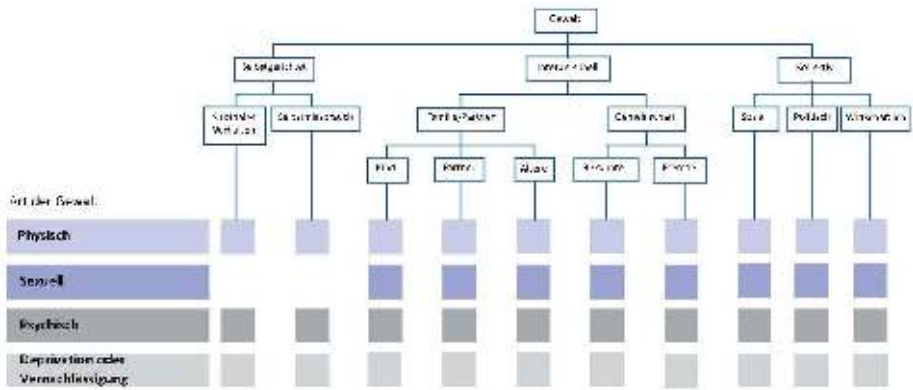
² Darcy Copeland; Melissa Henry, Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: Experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of Trauma Nursing* (2017) 24(2), 65–77. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000269>.
Anja Schablon; Dana Wendeler; Agnessa Kozak; Albert Nienhaus; Susanne Steinke, Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany – a survey. *Int J Environ Res Public Health* (2018) 15(6), 1274, <https://doi.org/10.3390/ijerph15061274>.
Jianxin Liu; Yong Gan; Heng Jiang; Liping Li; Robyn Dwyer; Kai Lu; Shijiao Yan; Opoku Sampson; Hongbin Xu; Chao Wang; Yi Zhu; Yuanyuan Chang; Yudi Yang; Tingting Yang; Yawen Chen; Fujian Song; Zuxun Lu, Prevalence of workplace violence against health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine* (2019) 76, 927–937. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.

Fehlentwicklung oder Deprivation führt.«³ Um von Gewalt zu sprechen, ist es nach dieser Definition unerheblich, ob die Gewalt tatsächlich in Schäden resultiert, ob lediglich eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass die Gewalt tatsächlich ausgeübt wird oder ob sie nur angedroht wird.

Dort, wo die WHO den Gewaltbegriff auf einen absichtlichen Handlungsmodus beschränkt, bedarf es in der jeweiligen Praxis noch einer weitergehenden Differenzierung für Personen mit eingeschränkter Steuerungsfähigkeit, was im Rahmen einer grundlegenden Stellungnahme nicht erfolgen kann.

Einen Überblick über die Manifestationen von Gewalt bietet die nachfolgende Abbildung, die vier Arten und drei Richtungen von Gewalt ausweist.⁴

Abbildung 1: WHO-Typologien der Gewalt⁵



³ Etienne G. Krug; Linda L. Dahlberg; James A. Mercy; Anthony B. Zwi; Rafael Lozano, World report on violence and health. Geneva. World Health Organization (2002). («The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment, or deprivation.»), vgl.: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf [zuletzt abgerufen am 08.06.2022].

⁴ Ebd.

⁵ Ebd., 7.

Die WHO-Typologie unterscheidet auf der vertikalen Achse vier Arten der Gewalt: physische, psychische, sexuelle und als Deprivation oder Vernachlässigung erlebte Gewalt.⁶ Ausgehend von der Beziehung zwischen Täter und Opfer werden auf der horizontalen Achse (»Wer ist betroffen«) drei Richtungen der Gewalt unterschieden: selbstgerichtet, interpersonell, kollektiv.⁷

Die vorliegende Stellungnahme konzentriert sich auf die interpersonelle Gewalt im beruflichen Kontext. Von »Gewalt am Arbeitsplatz« wird gesprochen, wenn die Gewalt während der Arbeit oder als direktes Ergebnis der Arbeit erfahren wird.⁸ Interne Gewalt am Arbeitsplatz bezeichnet die Gewalt unter Berufstätigen, einschließlich der Gewalt durch Vorgesetzte. Externe Gewalt, auf die sich diese Stellungnahme beschränkt, bezeichnet die Gewalt, die Berufstätige durch andere am Arbeitsplatz anwesende Personen erfahren.⁹

Beispiele dazu aus dem Alltag der Trägerschaften:¹⁰

Physische Gewalt in Form einer Androhung wird beispielsweise von Pflegekräften und einem Assistenzarzt erlebt, als Herr F., Mitte zwanzig, samstagsnachts mit einer Schnittverletzung nach einer Messerstecherei die Notaufnahme aufsucht. Bei der Untersuchung und Wundversorgung entsteht der Verdacht auf Drogenkonsum. Der Patient verneint dies jedoch. Da auch der Verdacht des Straftatbestands einer Körperverletzung besteht, wird die Polizei eingeschaltet, die eine Blutentnahme anordnet. Die Blutentnahme muss jedoch abgebrochen werden, da der Patient seinen Arm heftig bewegt und ruft: »Lass deine Finger von mir, sonst geht es dir bald genauso wie mir!«

⁶ Etienne G. Krug; Linda L. Dahlberg; James A. Mercy; Anthony B. Zwi; Rafael Lozano, World report (Vgl. Anm. 3).

⁷ Ebd.

⁸ Vgl.: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_095895.pdf [zuletzt abgerufen am 08.06.2022]

⁹ Anja Schablon; Dana Wendeler; Agnessa Kozak; Albert Nienhaus; Susanne Steinke, Prevalence and consequences, 1274 (Vgl. Anm. 2).

¹⁰ Die Fallbeispiele dienen der Veranschaulichung und gründen auf Erfahrungsberichten aus den Trägerschaften des Ethikrates. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit bzw. eine umfassende Darstellung der vier Arten der Gewalt im Sinne der WHO-Typologie. Besonders der Aspekt der Vernachlässigung ist in der Praxis stärker dem Interaktionsgeschehen der Pflegenden mit Blick auf die zu pflegende Person zuzuschreiben und wird im Kontext der Stellungnahme »Gewalt gegen Pflegende« nicht eigens thematisiert.

Sexuelle Gewalt kann zusätzlich danach differenziert werden, ob es sich um verbale Gewalt (z.B. Anzüglichkeiten, unangemessene Aufforderungen), nonverbale Gewalt (z.B. sexuelle Gesten, Entblößung oder Masturbation) oder körperliche Gewalt (z.B. Berührungen und Umarmungen, Küsse bis hin zu erzwungenen sexuellen Handlungen oder einer Vergewaltigung) handelt.¹¹ Beispielhaft für verbale und körperliche sexuelle Gewalt sei das Szenario mit Herr M. geschildert, der seit drei Monaten in der Wohngruppe lebt. Bei Herrn M., Mitte 70, ist eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert. Bei der Grundpflege, besonders bei der Intimwäsche, äußert er gegenüber den weiblichen Pflegepersonen immer wieder Anzüglichkeiten. Die Situation eskaliert, als die Pflegeschülerin Frau S. die Grundpflege allein übernehmen muss und Herr M. ihr bei der Ganzkörperwaschung an die Brust fasst.

Psychische Gewalt in Form verbaler Äußerungen illustriert ein Fallbeispiel aus einer stationären Altenhilfeeinrichtung: Die 83jährige Frau M. hat Probleme bei der Nahrungsaufnahme. Die Nahrung wird ihr daher angereicht. Auf die Frage der Pflegekraft: »Frau M., wollen Sie noch etwas essen?«, reagiert Frau M.: »Nein, sonst werde ich ja so fett wie Sie!« Die Altenpflegerin nimmt dies als Beleidigung wahr. Als psychische Gewalt erleben Pflegenden auch, wenn sie von Unzufriedenheitsäußerungen und Ungeduld unter Druck gesetzt werden.

Häufigkeit von Gewalterfahrungen im Gesundheitssektor

Prävalenzraten von Gewalterfahrungen im Gesundheitssektor beruhen zumeist auf retrospektiven Selbstberichten von Beschäftigten. International berichtet die Metaanalyse *Prevalence of workplace violence against healthcare workers*, die 253 Studien (davon zwei aus Deutschland) mit insgesamt 331.544 Teilnehmenden einschließt, dass 62% der Befragten in den vergangenen 12 Monaten irgendeine Form von Gewalt erfahren hatten. Verbale Gewalt war deutlich häufiger vertreten als körperliche oder sexuelle Gewalt.¹² Die empirischen Daten machen zudem deutlich, dass Gewalt in bestimmten Settings oder Orten häufiger vorkommt als in ande-

¹¹ Mareike Adler; Sylvie Vincent-Hoper; Claudi Vaupel, Sabine Gregersen; Anja Schablon; Albert Nienhaus, Sexual harassment by patients, clients, and residents: Investigating its prevalence, frequency and associations with impaired wellbeing among social and healthcare workers in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* (2021), 18(10). <https://doi.org/10.3390/ijerph18105198>.

¹² Vgl.: Jianxin Liu; Yong Gan; Heng Jiang; Liping Li; Robyn Dwyer; Kai Lu; Shijiao Yan; Opoku Sampson; Hongbin Xu; Chao Wang; Yi Zhu; Yuanyuan Chang; Yudi Yang; Tingting Yang; Yawen Chen; Fujian Song; Zuxun Lu, Prevalence of workplace violence against healthcare workers (Vgl. Anm. 2).

ren. So berichteten Beschäftigte in Notaufnahmen (79,4%) und psychiatrischen Einrichtungen (67,1%) am häufigsten von Gewalterfahrungen.¹³

In Deutschland gaben 2017 insgesamt 79,5% von knapp 2000 Beschäftigten (34% Pflegepersonal) aus 81 Einrichtungen an (Krankenhäuser, ambulante und stationäre Altenpflege, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen), in den vergangenen 12 Monaten Gewalt durch Pflegebedürftige, Angehörige, aber auch durch Kolleginnen oder Kollegen erlebt zu haben.¹⁴ Die höchsten Prävalenzen für körperliche Gewalt werden aus Krankenhäusern (76%) und von geriatrischen Stationen (73%) berichtet. Körperliche Attacken finden auf geriatrischen Stationen häufig als Schlagen (43,9%) oder Beißen (19,7%) statt. In Krankenhäusern sind hingegen oftmals Formen wie Kneifen und Kratzen (54,4%) oder Treten (36%) zu beobachten. Verbale Gewalt in Form von Beschimpfungen inklusive Drohungen und Beleidigungen wird am häufigsten von Pflegekräften in Krankenhäusern (97%) oder Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen erlebt (95%). *Tägliche* Gewalterfahrungen waren am häufigsten in der stationären Altenpflege festzustellen.¹⁵

Sexuelle Gewalt wird am häufigsten aus der Altenpflege berichtet.¹⁶ Von 901 Beschäftigten in Pflege und Gesundheitsversorgung, die speziell zu sexueller Gewalt befragt worden waren, berichteten 67% von verbaler sexueller Gewalt und 49% von körperlicher sexueller Gewalt. Frauen sind häufiger von verbaler und physischer sexueller Gewalt betroffen als Männer.¹⁷ Die Arten sexueller Gewalt sind je nach Einrichtungstyp unterschiedlich häufig: Der Anteil nonverbaler sexueller Belästigung ist in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen am höchsten, in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich ist verbale sexuelle Gewalt am höchsten.¹⁸

Risikofaktoren

Die vorausgehenden Prävalenzzahlen machen deutlich, dass es je nach Setting (Einrichtungstyp, Klientel, Arbeitszeiten, Krankheitsbildern, alters- oder genderspezifischer Zusammensetzung) unterschiedliche Ge-

¹³ Ebd., 927–937.

¹⁴ Anja Schablon; Dana Wendeler; Agnessa Kozak; Albert Nienhaus; Susanne Steinke, *Prevalence and consequences*, 1274 (Vgl. Anm. 2).

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Ebd.

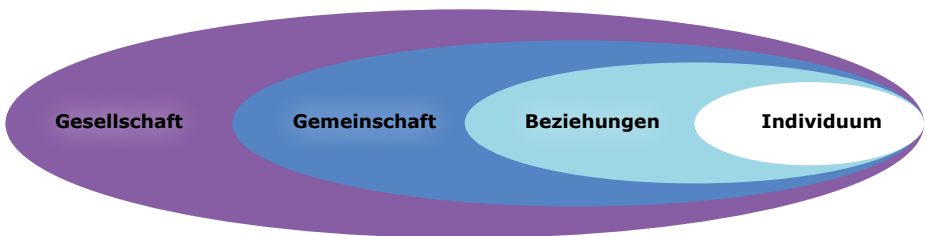
¹⁷ Mareike Adler; Sylvie Vincent-Hoper; Claudi Vaupel, Sabine Gregersen; Anja Schablon; Albert Nienhaus, *Sexual harassment* (vgl. Anm. 11).

¹⁸ Ebd.

fährdungslagen für das Erleben von Gewalt gibt. Um die verschiedenen Gewaltphänomene und ihre Risikofaktoren einzuordnen, bezieht sich die WHO auf das ökologische Rahmenmodell nach Bronfenbrenner (1979)¹⁹ (Abbildung 2).

Nach diesem Modell wird das Individuum als Teil eines Systems mit mehreren Ebenen gesehen. Die Gewalterfahrungen einer individuellen Person werden zunächst im Hinblick auf die unmittelbaren Beziehungen zu den zu pflegenden Personen oder deren Angehörigen oder Kolleginnen und Kollegen betrachtet. Diese Beziehungen werden dann in die jeweiligen Gemeinschaften oder Settings eingebettet – das sind hier die Einrichtungen und Institutionen mit ihren spezifischen Merkmalen. Diese werden wiederum durch die jeweiligen gesellschaftlichen Gegebenheiten mitbedingt (z. B. Gesetze, Gesundheitssystem, Bedeutung von Alkohol, Waffen etc.).

Abbildung 2: Das ökologische Modell nach Bronfenbrenner



Für Deutschland erscheint neben der Unterscheidung zwischen ambulantem und stationärem Sektor auch eine Differenzierung nach den besonderen Merkmalen der Patienten- und Besucherklentel sinnvoll. In Notaufnahmen von Allgemeinkrankenhäusern spielen Risikofaktoren wie Alkohol- und Drogenkonsum eine besondere Rolle. Auf geriatrischen Stationen und in der stationären Altenpflege erhöhen die im Alter nachlassende kognitiv-inhibitorische Kontrolle sowie ein hoher Anteil von Personen mit Demenz das Risiko für sexuelle Gewalterlebnisse und aggressives Verhalten. Daneben stellen auch psychiatrische Einrichtungen oder Einrichtungen für Menschen mit Behinderung relevante Settings dar.²⁰

¹⁹ Etienne G. Krug; Linda L. Dahlberg; James A. Mercy; Anthony B. Zwi; Rafael Lozano, World report, 12 (Vgl. Anm. 3).

²⁰ Mareike Adler; Sylvie Vincent-Hoper; Claudi Vaupel, Sabine Gregersen; Anja Schablon; Albert Nienhaus, Sexual harassment (vgl. Anm. 11).

In jüngerer Zeit wurden in empirischen Studien folgende Risikofaktoren ermittelt:

- jüngeres Alter der Pflegepersonen, in Deutschland in der Altenpflege vor allem ein Alter unter 20 Jahren²¹
- keine längere spezifische Berufserfahrung in der Pflege²²
- Schichtarbeit²³
- zu wenig Personal²⁴
- wöchentliche Arbeitszeiten von mehr als 40 Stunden²⁵
- lange Wartezeiten, vor allem in der Notaufnahme²⁶
- mangelnde soziale Unterstützung der Pflegepersonen, auch von Seiten der Institution²⁷
- erhöhter Stress²⁸

²¹ Jianxin Liu; Yong Gan; Heng Jiang; Liping Li; Robyn Dwyer; Kai Lu; Shijiao Yan; Opoku Sampson; Hongbin Xu; Chao Wang; Yi Zhu; Yuanyuan Chang; Yudi Yang; Tingting Yang; Yawen Chen; Fujian Song; Zuxun Lu, Prevalence of workplace violence against healthcare workers (Vgl. Anm. 2).; Anja Schablon; Dana Wendeler; Agnessa Kozak; Albert Nienhaus; Susanne Steinke, Prevalence and consequences (Vgl. Anm. 2).

²² Darcy Copeland; Melissa Henry, Workplace violence (Vgl. Anm. 2); Jianxin Liu; Yong Gan; Heng Jiang; Liping Li; Robyn Dwyer; Kai Lu; Shijiao Yan; Opoku Sampson; Hongbin Xu; Chao Wang; Yi Zhu; Yuanyuan Chang; Yudi Yang; Tingting Yang; Yawen Chen; Fujian Song; Zuxun Lu, Prevalence of workplace violence against healthcare workers (Vgl. Anm. 2).

²³ Ebd., vgl. Anm. 22.

²⁴ Gabriele d’Ettorre; Vincenza Pellicani; Mauro Mazzotta; Annamaria Vullo, Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Biomed for Health Professions* (2018), 89(4), 28–36. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i4-S.7113>.

²⁵ Jianxin Liu; Yong Gan; Heng Jiang; Liping Li; Robyn Dwyer; Kai Lu; Shijiao Yan; Opoku Sampson; Hongbin Xu; Chao Wang; Yi Zhu; Yuanyuan Chang; Yudi Yang; Tingting Yang; Yawen Chen; Fujian Song; Zuxun Lu, Prevalence of workplace violence against healthcare workers (Vgl. Anm. 2).

²⁶ Gabriele d’Ettorre; Vincenza Pellicani; Mauro Mazzotta; Annamaria Vullo, A., Preventing and managing work-place violence (Vgl. Anm. 24); Julia Morphet; Debra Griffiths, Virginia Plummer; Kelli Innes; Robyn Fairhall; Jill Beattie, At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Australian Health Review* (2014), 38 (2). <http://dx.doi.org/10.1071/AH13189>.

²⁷ Rebecca Angharad Ashton; Lucy Morris; Ian Smith, A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *International Emergency Nursing* (2017), 39, 13–19. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.12.004>, vgl. ebenso: Darcy Copeland; Melissa Henry, Workplace violence (Vgl. Anm. 2).

²⁸ Gabriele d’Ettorre; Vincenza Pellicani; Mauro Mazzotta; Annamaria Vullo, Preventing and managing workplace violence (Vgl. Anm. 24); Nicola Magnavita, Workplace violence and occupational stress in Healthcare workers. A chicken-and-egg situation – results of a 6-year follow-up study. *Journal of Nursing Scholarship* (2014), 46, 366–376.

Die genannten Risikofaktoren bieten Anknüpfungspunkte für mögliche Maßnahmen im Rahmen der Gewaltprävention und fördern zudem ein professionelles Verständnis für die Entstehung von Gewalt gegen Pflegende. Auf sie wird später zurückzukommen sein.

1.2 Ethische Einordnung

In der Praxis treffen individuelle, institutionelle und professionsspezifische Wertvorstellungen, wie Pflege als gewaltfreie zwischenmenschliche Beziehung gelingen kann, aufeinander.²⁹ Gewalt gegen Pflegende ist daher als eine Herausforderung zu verstehen, der auf personaler, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene zu begegnen ist.

1.2.1 Beziehung im Kontext der Pflege

Pflege ist ein zwischenmenschliches Geschehen. Das Verhältnis von pflegender und zu pflegender Person ist strukturell asymmetrisch. Während die Pflegesituation für Personen mit reduziertem körperlichen, geistigen oder seelischen Vermögen von einer (un)mittelbaren Angewiesenheit geprägt ist, kommt den Pflegenden eine besondere Verantwortung im Sinne einer Handlungsermöglichung durch ihr Fürsorgehandeln zu.³⁰ Gerade aus der Angewiesenheit kann aber auch im Gegenzug die Möglichkeit einer Asymmetrie ganz eigener Art erwachsen, wenn etwa das Angewiesen-Sein durch übergriffiges Verhalten der zu pflegenden Person durchbrochen wird.³¹

Werthaltungen, die aus einer falsch verstandenen Toleranz auf Entschuldigung und Duldung solcher Verhaltensweisen ausgerichtet sind, können bisweilen zu deren Stabilisierung und zu einer nachhaltigen Belastung der Pflegesituation führen. Damit stellt sich die Frage: Auf welchen Werten gründet eine Pflegebeziehung?

²⁹ Vgl. hierzu etwa den ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen: https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN_Code-of-Ethics_DE_WEB.pdf, die WMA Deklaration von Helsinki, https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf oder auch grundlegende Standards wie der Nürnberger Kodex von 1997, http://www.ipp-nw-nuernberg.de/aktivitaet2_3.html [zuletzt abgerufen am 08.06.2022].

³⁰ Deutscher Ethikrat, *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*, Berlin 2018; Annette Riedel, *Ethische Herausforderungen in der Pflege*, in: Georg Marckmann (Hrsg.), *Praxisbuch Ethik in der Medizin*, Berlin 2015.

³¹ Annette Riedel; Anne-Christin Linde, *Herausforderndes Verhalten*, in: Dies. (Hrsg.), *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte – Werte – Phänomene*, Berlin 2018, 137–149.

Grundsätzlich geben Werte wie Fürsorge, Anteilnahme und Hilfsbereitschaft Orientierung und stellen eine wichtige Grundlage für das professionelle Handeln in der Pflege dar.

Pflege ist jedoch niemals ein rein lineares Geschehen, sondern gründet wesentlich in der wechselseitigen sozialen Interaktion. Aus Sicht der Pflegenden gehören dazu wesentlich Werte wie die Achtung von und die Befähigung zur Selbstbestimmung der zu pflegenden Person, die wechselseitige Wahrung personaler Integrität, aber auch eine spezifische Anwaltschaft für die zu Pflegenden.³² Damit wird der Handlungsrahmen, aber auch die Grenze des professionellen Handelns deutlich: Die konkreten Gestaltungsmöglichkeiten im Pflegegeschehen binden die zu pflegenden Personen und deren soziales Umfeld immer mit ein, erfordern im Gegenzug aber auch die Orientierung an ethischen und rechtlichen Verhaltensregeln, insbesondere einen respektvollen Umgang mit der Pflegeperson.³³ Je nach Handlungsebene sind damit unterschiedliche Implikationen für die Beziehungsgestaltung verbunden.

Personale Ebene

Krankheit oder Beeinträchtigung führen angesichts der wenig beeinflussbaren Umstände oft zu einem Gefühl der Hilflosigkeit. Wenn darüber hinaus psychische Anpassungskräfte fehlen oder Menschen sich gegenüber bedrohlich wirkenden Handlungen z. B. aus Furcht vor Vernachlässigung (dazu zählen beispielhaft eine unzureichende Schmerzbehandlung, Zwangsernährung und Infantilisierung)³⁴ ausgeliefert fühlen, genügen oftmals Kleinigkeiten als Auslöser, um aktiv oder reaktiv Gewalt in unterschiedlicher Form auszuüben. Von den Pflegenden verlangt es ein großes Maß an Aufmerksamkeit und Sensibilität, aber auch Reflexionsfähigkeit und fachliche Kompetenz, diese je nach Person und Situation unterschiedlichen Auslöser präventiv wahrzunehmen und die Gewaltanwendung nach Möglichkeit zu vermeiden. Es bedarf in solchen Situationen einer kontextsensiblen Kommunikationsfähigkeit sowie einer vorausschauenden Konfliktvermeidung. Körperliche, kognitive und seelische Voraussetzungen beeinflussen die individuellen Handlungsmöglichkeiten und machen gegebenenfalls auch eine Unterstützung der zu pflegenden Person notwendig.

³² International Council of Nurses (ICN), Der ICN Ethikkodex für Pflegefachpersonen, Element 1, Genf, Schweiz 2021.

³³ International Council of Nurses (ICN), Der ICN Ethikkodex für Pflegefachpersonen, Element 2, Genf, Schweiz 2021.

³⁴ Vgl. Abb. 1.

Institutionelle Ebene

Institutionen bilden einen zweiten Rahmen, der die Pflegebeziehungen beeinflusst. Oftmals findet Pflege unter knappen Personalressourcen statt.³⁵ Einrichtungen stehen in Konkurrenz zueinander, die öffentliche Meinungsbildung hat direkte Auswirkungen auf Belegungszahlen und Bilanzen. Als Folge dessen wird über Gewalt im institutionellen Kontext selten offen gesprochen und eine strukturierte Aufarbeitung im Rahmen des Fehler- und/oder Qualitätsmanagements muss oftmals mit innersystemischen Widerständen rechnen. Der institutionellen Ebene kommt insofern eine eigene Bedeutung zu, weil Strukturen eine gelingende Beziehungsgestaltung in der Pflege unterstützen, aber auch beeinträchtigen können (z.B. durch [un]gezielten Personaleinsatz, Feedback- und Supervisionsangebote für Mitarbeitende).

Nicht selten hängen die jeweiligen Gestaltungsmöglichkeiten aber auch von Entscheidungen auf Trägerebene ab – oder, noch weitergehend, auf gesellschaftlicher Ebene, was die Komplexität weiter steigert.

Gesellschaftliche Ebene

Die gesellschaftliche Ebene stellt einen weiteren Kontext für mögliche oder gebotene Handlungsoptionen und Maßnahmen dar. Medizin und Pflege werden heute zunehmend als Serviceleistungen betrachtet und mit einer entsprechenden Anspruchshaltung verbunden. Art und Umfang individualisierter Versorgungsleistungen korrespondieren zudem mit der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen und der Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal. Nicht selten treffen dabei berechnete Ansprüche und individuelle Servicevorstellungen aufeinander. Wo eine Servicementalität im Sinne von Auftraggeber und Auftragnehmer die Beziehungsgestaltung prägt, besteht die Gefahr, dass Grundhaltungen wie Wertschätzung und Rücksichtnahme in den Hintergrund treten. Dabei sind diese für das Gelingen einer Pflegebeziehung unverzichtbar.³⁶

³⁵ Exemplarisch sei auf die besonders angespannte Personalsituation in der Notaufnahme verwiesen: Tobias Lindner; Ricarda Joachim; Stefanie Bieberstein; Helmut Schiffer; Martin Möckel; Julia Searle, Aggressives und herausforderndes Verhalten gegenüber dem Klinikpersonal. Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in den Notfallbereichen der Charité – Universitätsmedizin Berlin, in: Notfall und Rettungsmedizin 18 (2015), 195–200.

³⁶ Elisabeth Conradi, Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit, Frankfurt a. M. 2001.

1.2.2 Gewalt als ethische Herausforderung

Gewalt gegen Pflegenden ist nicht nur Ausdruck einer misslungenen Pflegebeziehung, sondern muss auf unterschiedlichen Ebenen der Verantwortung behandelt werden.

Personale Ebene

Auf der individuellen Ebene verlangt eine professionelle Pflegeperspektive danach, Sensibilitäten für Menschen und Situationen zu trainieren.³⁷ Die Kompetenz, präventiv zu agieren und möglicherweise kritische Momente für zu pflegende Personen zu antizipieren, verhindert oftmals, dass Gewaltsituationen überhaupt entstehen.³⁸ Neben Empathie und vorausschauendem Denken erfordert dies von den pflegenden Personen vor allem Geduld und Impulskontrolle. Zudem bedarf es einer deeskalierenden Kommunikation – verbal und nonverbal. Jedoch darf auch hier die Handlungsperspektive nicht einseitig sein, indem sich der Blick vor allem auf die vorausschauende bzw. situative kompensatorische Leistung der Fachperson verengt.

Zur Verantwortung auf personaler Ebene gehört neben der Fürsorge auch die Selbstsorge auf Seiten der pflegenden Person. Dazu zählt auch, dass klare Grenzen gesetzt werden, wenn das Gegenüber eine rote Linie überschreitet. Wo diese im Vorfeld begründet oder in der konkreten Situation benannt und deren Einhaltung eingefordert wird, mitunter auch als Voraussetzung für die Aufnahme oder das Fortführen einer Pflegehandlung, löst dies oftmals ein Überdenken der Handlungsmuster seitens der zu pflegenden Person bzw. deren sozialem Umfeld aus. Hier greift die populäre, auch biblisch bezeugte Regel³⁹ – »Was du nicht willst, das man dir tu‘, das füg auch keinem anderen zu.« – als gemeinsamer Nenner eines guten Miteinanders. Das bedeutet zumindest keine Form direkter oder indirekter Gewalt auszuüben, und mehr noch, darauf bedacht zu sein, kritisch zu prüfen, was beim Gegenüber bereits als Verletzung ankommt.

³⁷ International Council of Nurses (ICN), Der ICN Ethikkodex für Pflegefachpersonen, Element 2, Genf/Schweiz 2021.

³⁸ Marianne Rabe, Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik, Berlin 2017.

³⁹ Vgl. Tob 4,15.

Institutionelle Ebene

Für die institutionelle Ebene, besonders für die konkrete Arbeit im Team, ist festzuhalten, dass eine Prävention bzw. Deeskalation überall dort gut gelingt, wo Mitarbeitende über eine gute institutionelle Kommunikations- und Reflexionskultur verfügen sowie auf spezifisch pflegefachliche Interventionen zurückgreifen können (z. B. ethische Fallbesprechungen, Deeskalationstraining, Supervision, Fehlermanagement).

Trägerschaften und Einrichtungsleitungen tragen gegenüber zu pflegenden Personen sowie ihren Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen moralische sowie rechtliche Verantwortung.⁴⁰ Zu den präventiven Maßnahmen gehört das Angebot von Schulungen für das Personal (z. B. Deeskalationstraining, Kommunikationsführung, Kurse zur Gewaltprävention) – nicht zuletzt um auch Krankheitsbildern, die mit einer reduzierten Impulskontrolle einhergehen, entsprechend begegnen zu können. Dazu bedarf es einer Organisationskultur der Aufmerksamkeit, des Vertrauens und der Offenheit.⁴¹

Gesellschaftliche Ebene

Wird Vulnerabilität sozial akzeptiert und der Unterstützungsbedarf ohne Stigmatisierung der hilfsbedürftigen Personen angenommen, entsteht ein gesellschaftliches Klima, das hilft, Gewalthandlungen gegenüber Pflegenden zu reduzieren oder gar nicht erst aufkommen zu lassen. Das setzt allerdings einen gesellschaftlichen Perspektivenwechsel voraus, der eine krankheits- oder altersbedingte Reduzierung der Leistungsfähigkeit nicht als Defizit versteht und die Pflege und Betreuung dieser Personen nicht in erster Linie als Belastung empfindet. Damit verändert sich auch der Blick auf ein fürsorgliches Handeln insgesamt, wenn dieses nicht mehr primär als Dienstleistung, sondern als soziale Aufgabe und gelebte Mitmenschlichkeit verstanden wird, mit der auch ein rechtlicher Anspruch verbunden ist, ohne jedoch darin aufzugehen.

1.3 Rechtliche Einordnung

Die Vermeidung von Gewalt in der Pflege ist nicht nur eine ethische, sondern auch eine arbeitsrechtliche Aufgabe. Die körperliche und geistig-seelische Gesundheit der Pflegenden am Arbeitsplatz unterliegt dem Präventionsauftrag der Gesetzlichen Unfallversicherungen. Gewalt gegen

⁴⁰ Die rechtliche Dimension der Verantwortung (z. B. die des Arbeitgebers im Kontext von Gewalt am Arbeitsplatz) erfolgt eigens unter Kapitel 1.3.

⁴¹ Vgl. hierzu die weitergehenden Ausführungen in Kapitel 2.1.

Pflegende ist, je nach Schwere der erlittenen Verletzungen und Traumata, ein meldepflichtiger Arbeitsunfall.⁴²

Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG schützt »Leben und körperliche Unversehrtheit« als elementare grundrechtliche Schutzgüter. Sie sichern die physische Existenz des Menschen als Voraussetzung für alle seine Seins- und Verhaltensweisen. Das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit zielt insoweit auf einen weiten Schutz und umfasst nicht nur die physische, sondern auch die psychische Integrität, soweit diese – was allerdings grundsätzlich der Fall ist – mit der physischen Existenz verknüpft ist. Die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit entfalten dabei eine doppelte Gewährleistungsfunktion: Sie sind einerseits Abwehrrechte gegen den Staat, der die beiden Schutzgüter zu respektieren hat. Sie garantieren andererseits aber auch einen Anspruch gegen die Hoheitsgewalt, die Grundrechtsträger vor Übergriffen Dritter zu schützen.⁴³

Flankiert werden die beiden Grundrechtsbestimmungen durch das allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 iVm. Art. 1 Abs. 1 GG), das unter anderem auch die Privatsphäre und die persönliche Ehre schützt.⁴⁴

Begründet und verstärkt werden die genannten Gewährleistungen durch Art. 1 Abs. 1 GG, der die Würde des Menschen für unantastbar erklärt und die gesamte Staatsgewalt verpflichtet, sie zu achten und zu schützen.

Die grundrechtliche Schutzfunktion ist im hier behandelten Kontext von zentraler Bedeutung: Der Staat muss alle Grundrechtsträger hinreichend schützen vor Übergriffen auf ihre grundrechtlichen Schutzgüter durch private Dritte. Dazu ist vorrangig, wie das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung betont, der Gesetzgeber aufgerufen. Dieser ist seiner Verpflichtung in unterschiedlichen Rechtsbereichen nachgekommen: im Strafrecht mit den Tötungs- und Körperverletzungsdelikten (§ 211ff. und 223ff. StGB), auch mit den Vorschriften zum Schutz der persönlichen Ehre (§ 185ff. StGB).

⁴² Den Gesetzlichen Unfallversicherern wurden in den vergangenen Jahren allerdings nur vergleichsweise wenige Ereignisse gemeldet. Das lässt darauf schließen, dass es zwischen den individuell wahrgenommenen Belastungen und den offiziellen Meldedaten eine erhebliche Diskrepanz gibt. Vgl. dazu Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. (Hrsg.), Prävention von Gewalt und Aggression gegen Beschäftigte im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Eine Handlungshilfe für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen, Berlin 2018.

⁴³ Für einen Überblick siehe etwa Wolfram Höfling; Steffen Augsberg; Stephan Rixen (Hrsg.), Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Loseblattsammlung, Art. 2 (3. Teil), Rn. 14,103 ff., 125 f., 148 ff. (Stand: November 2012).

⁴⁴ Siehe BVerfGE 54, 208 (217). Ferner auch BVerfGE 101, 361 (382 ff.).

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) flankiert den strafrechtlichen Schutz etwa mit den Normen über die unerlaubten Handlungen (§ 823ff. BGB). Entsprechendes gilt auch für das Arbeitsrecht. Dort verpflichtet § 618 Abs. 1 BGB den Dienstberechtigten (Arbeitgeber) dazu, den Dienstverpflichteten (Arbeitnehmer) gegen Gefahren für Leib und Leben insoweit zu schützen, »als die Natur der Dienstleistung es gestattet«. Hierauf wird zurückzukommen sein.

Die genannten Normen(komplexe) enthalten unspezifische, das heißt an jedermann bzw. an jeden Arbeitnehmer/jede Arbeitnehmerin adressierte Schutzpflichten. Spezielle Bestimmungen, die gerade Beschäftigte in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen in ihrer körperlichen und psychischen Integrität sowie ihren Persönlichkeitsrechten schützen, existieren nicht. Einschlägige einrichtungsbezogene Gesetze, wie etwa die – unter unterschiedlichen Bezeichnungen firmierenden – Heimgesetze der Länder nehmen alleine die Bewohner und Bewohnerinnen in den Blick. Diese »Lücke« kann allerdings zum Teil durch arbeitsrechtliche Bestimmungen geschlossen werden. Neben den vorstehend zitierten Normen des § 618 Abs. 1 BGB tritt etwa § 3 des Arbeitsschutzgesetzes, der die Grundpflichten des Arbeitgebers normiert.

Danach ist dieser verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit beeinflussen. Er hat dabei die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen (siehe Abs. 1). Nach § 3 Abs. 2 ArbSchG hat der Arbeitgeber zur Planung und Durchführung entsprechender Maßnahmen unter Berücksichtigung der Art der Tätigkeit und der Zahl der Beschäftigten

1. »für eine geeignete Organisation zu sorgen und die erforderlichen Mittel bereitzustellen sowie
2. Vorkehrungen zu treffen, dass die Maßnahmen erforderlichenfalls bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen beachtet werden und die Beschäftigten ihren Mitwirkungspflichten nachkommen können«.

Ergänzt werden diese Bestimmungen durch das allgemeine Gleichbehandlungsgesetz. Dieses zielt zwar auf den (präventiven) Schutz vor Diskriminierung. § 3 Abs. 4 bezieht aber sexuelle Belästigung in das Benachteiligungsverbot ein.

Unter bestimmten Voraussetzungen kann der Einrichtungsträger seinen Arbeitgeberpflichten zum Schutze der Beschäftigten auch dadurch nachkommen, dass er einen Heim- und Betreuungsvertrag mit aggressiven Bewohnern kündigt. § 12 des Gesetzes zur Regelung von Verträgen über Wohnraum mit Pflege- und Betreuungsleistungen (Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz – WBVG)⁴⁵ sieht eine derartige Kündigung aus wichtigem Grund vor, insbesondere dann, wenn der Klient/die Klientin seine vertraglichen Pflichten schuldhaft so gröblich verletzt, dass dem Unternehmer die Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zugemutet werden kann (siehe § 12 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 WBVG). Da die Aufzählung der Kündigungsgründe nicht abschließend, sondern lediglich beispielhaft erfolgt, können vertraglich auch nähere Regelungen getroffen werden, in denen Kündigungsgründe an gleichgewichtige Belange geknüpft werden.

In der Rechtsprechung ist grundsätzlich geklärt, dass die wiederholte Bedrohung und Verletzung der körperlichen Integrität von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen oder Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen ein wichtiger Grund sein kann und dabei schuldhaftes Verhalten nicht voraussetzt.⁴⁶ Unzumutbar ist das Festhalten am Vertrag für den Einrichtungsträger dann, wenn die Sicherheit seiner Bewohner und Bewohnerinnen beziehungsweise Klienten und Klientinnen sowie der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen anders als durch die Kündigung nicht gewährleistet werden kann.⁴⁷ Allerdings errichtet die Rechtsprechung insoweit zum Teil hohe Hürden. Die mit einer etwaig notwendigen Bestellung von Sicherheitspersonal verbundenen Mehrkosten können zum Beispiel nicht zur Begründung der Kündigung herangezogen werden, weil eine Beteiligung des bzw. der Beklagten an solchen Mehrkosten im Wege der Vertragsanpassung in Frage kommt.⁴⁸

Von Bedeutung ist auch, ob und inwieweit der Einrichtungsträger bei der Aufnahme des Bewohners bzw. der Bewohnerin schon über das aggressive Verhalten informiert war.⁴⁹

⁴⁵ Laut § 1 Abs. 1 S. 1 des Gesetzes ist dieses anzuwenden »auf einen Vertrag zwischen einem Unternehmer und einem volljährigen Verbraucher, in dem sich der Unternehmer zur Überlassung von Wohnraum und zur Erbringung von Pflege- oder Betreuungsleistungen verpflichtet, die der Bewältigung eines durch Alter, Pflegebedürftigkeit oder Behinderung bedingten Hilfebedarfs dienen.

⁴⁶ Siehe etwa OLG Hamm, Hinweisbeschluss vom 25.08.2017 – I-30 U 34/17, SRa 2018, (33 f.); OLG Köln, Beschluss vom 11.05.2020 – I-16 U 87/19 – Juris Rn. 23 ff.

⁴⁷ Siehe OLG Hamm, ebd.

⁴⁸ So OLG Köln, o., Rn. 35.

⁴⁹ Siehe OLG Köln, o., Rn. 38.

Gesundheitliche Schädigungen etwa durch Angriffe z. B. von pflegebedürftigen Personen stellen Arbeitsunfälle i.S.d § 8 Abs. 1 SGB VII dar. Geschütztes Rechtsgut ist insoweit nicht nur die körperliche Integrität, sondern auch die geistig-seelische Gesundheit. Dementsprechend unterliegen Gesundheitsschäden durch Patientenübergriffe auch dem Präventionsauftrag der Unfallversicherung gem. § 14 SGB VII.⁵⁰

In einer Querschnittsstudie aus dem Jahre 2018, an der Autorinnen und Autoren des Kompetenzzentrums Epidemiologie und Versorgungsforschung bei Pflegeberufen des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege beteiligt waren, wird allerdings berichtet, dass 60% der Beschäftigten nicht bekannt war, dass entsprechende Übergriffe als Arbeitsunfälle eingestuft werden und sie probatorische Sitzungen als Angebot des Unfallversicherungsträgers in Anspruch nehmen können, was auf die Notwendigkeit einer verbesserten Information in die jeweiligen Einrichtungen und in die Öffentlichkeit verweist.⁵¹

Führt man die vorgenannten phänomenologischen, ethischen und rechtlichen Ausführungen zusammen, so zeigt sich die Wichtigkeit einer grundlegenden Orientierung zur Prävention und zum Umgang mit Gewalt, der sich das nachfolgende Kapitel, mit besonderem Blick auf Führungs- und Leitungskultur sowie spezifische Handlungsfelder, annehmen wird.

⁵⁰ Siehe Kathrin-Rika von Hirschberg; Annett Zeh; Björn Kähler, Gewalt und Aggression in der Pflege – ein Kurzüberblick. BGW Forschung, Hamburg 2009, 25. Eingehend hierzu Andreas Boldt, Patientenübergriffe in Mitgliedsbetrieben der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege, Delmenhorst 2001.

⁵¹ Anja Schablon; Dana Wendeler; Agnessa Kozak; Albert Nienhaus; Susanne Steinke, Prevalence and consequences, 1274 (Vgl. Anm. 2).

II. Orientierung zur Prävention und zum Umgang mit Gewalt

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass Gewalt gegen Pflegende ein komplexes Geschehen ist, das nicht nur vielfältige Erscheinungsformen kennt, sondern auch auf unterschiedlichen Ebenen Wirkung entfaltet. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und ethische Reflexionen zeigen die Dringlichkeit einer Kultur der Wertschätzung und Rücksichtnahme, die gleichermaßen für Gewalt gegen Pflegende sensibilisiert als auch Muster von Gewalt durchbricht bzw. idealtypisch verhindert. Besondere Bedeutung kommt der Führungs- und Leitungskultur (Kapitel 2.1) sowie der praxisnahen Auseinandersetzung mit konkreten Handlungsfeldern zu (Kapitel 2.2).

2.1 Führungs- und Leitungskultur

Die Geschäftsführung und fachbezogenen Leitungen haben die Aufgabe, pflegebedürftige Personen und pflegende Personen im Rahmen der institutionellen, rechtlichen und ethischen Vorgaben durch Präventionsmaßnahmen zu schützen und auf Gewaltvorkommnissen angemessen zu reagieren.

Grundsätzlich gilt, dass auch delegierte Verantwortung an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen für zuvor definierte Bereiche mit der Pflicht verbunden ist, für etwaige Folgen kontextbezogen einzustehen. Führungsverantwortung umfasst ganz allgemein die Aufgabe, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, denen Aufgaben der Leitung übertragen worden sind, nach einschlägigen Kriterien (fachliche, soziale und persönliche Eignung) sorgfältig auszuwählen bzw. zu qualifizieren.⁵²

Es liegt in der Verantwortung der Führungspersonen (z. B. Geschäftsführung, Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung, Stationsleitung), personen- und kontextsensibel Leitlinien und Regeln zu erlassen, die abgestufte Verantwortungsbereiche definieren und zugleich institutionelle wie persönliche Hilfestellungen anbieten, um den jeweiligen Arbeitsanforderungen zu entsprechen. Dies sieht etwa die Einbindung von erfahrenen Pflegekräften bei der Einführung neuer Kollegen und Kolleginnen vor, fallspezifische Beratungsangebote bei Konflikten sowie Mentoren- und Supervisionsprogramme für besonders sensible Einrichtungen und Gruppen. Nicht

⁵² Vgl. hierzu Martina Staudhammer, Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege, Berlin/Heidelberg 2018, bes. 118–164 (mit Literaturangaben).

immer ist es sinnvoll bzw. gelingt es, Führungs- und Handlungsverantwortung zu trennen. So können beispielsweise Stationsleitungen nicht für jedes (Fehl-)Verhalten ihrer Mitarbeitenden (mit-)verantwortlich gemacht werden, besonders wenn ein Fehler individuell zugeordnet werden kann. Eine »pauschale« (Mit-)Verantwortung würde Fehlanreize setzen und eine strukturelle Überforderung bedeuten. Auch sachbezogen muss individuelles Handeln personal zurechenbar sein. Gleichwohl ist jede Handlung immer auch in einen organisationalen Kontext eingebunden und hängt von den jeweiligen Gegebenheiten ab oder orientiert sich daran.

Dies gilt im Umkehrschluss auch für die besondere Fürsorgepflicht von Leitungspersonen gegenüber den Mitarbeitenden. In diesem Rahmen gewinnt eine umfassende Führungskultur Bedeutung, die Achtsamkeit und Transparenz sowie Entschlossenheit in der Vermeidung und Aufarbeitung von Gewalt gegen Pflegenden institutionell sicherstellt.

Ein angemessener Umgang mit Vorkommnissen von Gewalt gegen Pflegenden fördert eine Führungskultur, die eine Teilhabe der pflegenden Personen an Problemlösungen und Entscheidungen ermöglicht und dafür einen institutionellen Rahmen (z. B. Prozessmanagement, ethisches Konsil) schafft. Dies gilt sowohl für institutionelle Präventionsstrategien zur Vermeidung von Gewalt als auch für situative Maßnahmen zum Umgang mit Gewalt. Ein vertrauensvolles Miteinander im Team zur Entwicklung geeigneter Maßnahmen zur Konfliktlösung wie auch eine entsprechende Gesprächskultur bilden wichtige Voraussetzungen. Nur so können die Bedürfnisse, Anliegen, Erfahrungen und Kompetenzen der jeweiligen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erkannt und für die pflegerischen Aufgaben fruchtbar gemacht werden. Dies betrifft insbesondere die Benennung von Vertrauenspersonen und Supervisoren und Supervisorinnen in der Aufarbeitung von Gewalterfahrungen als auch die strukturierte Einbindung in ein institutionelles Fehlermanagement zur Entwicklung geeigneter Schutzkonzepte.

2.2 Ausgewählte Handlungsfelder

Die bisherigen Überlegungen machen deutlich: Zur Entstehung von Gewalt tragen eine Reihe von Risikofaktoren bei. Dazu zählen auch Faktoren, die über den Einflussbereich einzelner Institutionen weit hinausgehen. Risikofaktoren lassen sich nach der WHO u. a. durch das ökologische Modell nach Bronfenbrenner beschreiben.⁵³ Eine umfassende Gewaltprävention muss

⁵³ Vgl. dazu Abbildung 2 in Kapitel 1.1 sowie weiterführend Etienne G. Krug; Linda L. Dahlberg; James A. Mercy; Anthony B. Zwi; Rafael Lozano, World report, 12 (Vgl. Anm. 3).

Faktoren auf der Ebene der Gesellschaft, der jeweiligen Gemeinschaft, der lokalen Gegebenheiten und Umstände sowie die Perspektive der Beteiligten (Täter, Betroffene) in den Blick nehmen.⁵⁴

Für die Prävention von Gewalt gegen Pflegende in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind die Leitprinzipien der *American Organization for Nursing Leadership* und *The Emergency Nurses Association*⁵⁵ hilfreich. Ausgehend von diesen Prinzipien werden fünf zentrale Bereiche beschrieben, für die es sich bewährt hat, konkrete Maßnahmen zu entwickeln: Diese Bereiche sind (1) eine auf Vertrauen gründende Unternehmenskultur, die geprägt ist von respektvoller Kommunikation zwischen Personen auf allen Ebenen, (2) ein Null-Toleranz-Konzept, (3) eine eindeutige Zuordnung von Verantwortung, (4) eine strukturierte und institutionelle Unterstützung bei Maßnahmen zur Aufklärung und Etablierung von präventiven Trainings zum Umgang mit Gewalt (5) sowie die Entwicklung und kontinuierliche Nutzung geeigneter Outcome-Indikatoren (z. B. Daten zur Selbsteinschätzung von pflegenden Personen zur gefühlten Sicherheit, Daten zur Inzidenz von Gewalthandlungen, Zufriedenheitsratings von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen bezüglich des Umgangs mit ihren Berichten über Gewalt). Letzteres dient dazu, die Wirksamkeit konkreter Maßnahmen zu evaluieren.⁵⁶

Maßnahmen zur Primärprävention sind um Maßnahmen zu ergänzen, die darauf abzielen, mit Gewalt umzugehen.

Diese umfassen verschiedene Angebote:

Bildungsangebote konzentrieren sich auf die Vermittlung von Wissen zum Thema Gewalt sowie auf Gruppendiskussionen. Aus verhaltenspsychologischer Sicht zielführender sind *Trainingsprogramme*, die konkrete Verhaltensweisen einüben, etwa in Form von Kommunikations-, Deeskala-

⁵⁴ Vgl. die vielfältigen Darstellungen und Handreichungen der World Health Organization zum Themenfeld Gewalt: <https://www.euro.who.int/en/search?q=violence> [zuletzt abgerufen am 08.06.2022].

⁵⁵ <https://www.aonl.org/system/files/media/file/2020/12/Mitigating-Workplace-Violence.pdf> [zuletzt abgerufen am 08.06.2022].

⁵⁶ Die Darstellung der allgemeinen Rahmenkriterien orientiert sich an den »Five priority focus areas« bei Stacey Chappell, *The American Organization of Nurse Executives and Emergency Nurses Association Guiding Principles on Mitigating Violence in the Workplace*. *Journal of Nursing Administration* (2015), 45(7–8), 358–360. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000214> zit. nach Nicola Ramacciati; Andrea Ceccagnoli; Beniamino Addey; Enrico Lumini; Laura Rasero, *Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches*. *Open Access Emergency Medicine* (2016), 8, 17–27, hier: 22, <https://doi.org/10.2147/OAEM.S69976>.

tions- und Selbstverteidigungstrainings. Dabei werden meist Rollenspiele durchgeführt oder szenariobasierte Simulationen durchgespielt.

Es gibt unterschiedlich umfangreiche Trainingsprogramme, die zum Teil auf spezielle Situationen ausgerichtet sind, etwa auf den Umgang mit Aggressionen in der Notaufnahme.

Der Einsatz von *Sicherheitspersonen* und ihre Integration in »Rapid Response-Teams« entfaltet nur eine begrenzte Wirksamkeit, weil sie vor Ort nur punktuell tätig werden können. Einerseits wird dies zwar von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen als angemessen und nützlich begrüßt, andererseits wird darin kein Mittel gesehen, um damit auf Dauer ein sicheres Arbeitsumfeld zu schaffen. *Multidisziplinäre Deeskalationsteams* werden dagegen als hilfreich angesehen, um in akuten Situationen zu intervenieren.⁵⁷

Die *Anpassung der Umgebung* stellt eine weitere Möglichkeit zur Gewaltprävention dar. Hier kommen Maßnahmen wie der Einbau von Alarmsystemen in Betracht sowie Videoüberwachung, Sicherheitsglas oder auch Monitore zur Anzeige von Wartezeiten z. B. in der Notaufnahme.⁵⁸

Umfassende Ansätze, bei denen umgebungsbezogene Maßnahmen und konkrete Trainingsmaßnahmen kombiniert werden, sind zielführender als isolierte Maßnahmen.⁵⁹ Alle Maßnahmen müssen dokumentiert und sollten evaluiert werden.

Auf der Basis dieser Orientierung zur Prävention und zum Umgang mit Gewalt werden nachfolgend die wesentlichen Aussagen der Stellungnahme noch einmal zusammengefasst (Kapitel 3.1) und konkrete Empfehlungen gegeben (Kapitel 3.2).

⁵⁷ Gabriele d’Ettorre; Vincenza Pellicani; Mauro Mazzotta; Annamaria Vullo, Preventing and managing workplace violence (Vgl. Anm. 24).

⁵⁸ Ebd.

⁵⁹ Evelien Spelten; Brodie Thomas; Peter F. O’Meara; Brian J. Maguire; Deirdre FitzGerald; Stephen J. Begg; Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed towards healthcare workers by patients and patient advocates. Cochrane Database of Systematic Reviews (2020), 4, CD012662, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012662.pub2>.

III. Empfehlungen

Der Ethikrat ist sich bewusst, dass Gewalt gegen Pflegende in vielfältiger Weise verbal, physisch und psychisch vorkommt. Gewalt ist grundsätzlich und entschieden abzulehnen und kann weder als Mittel zum Erreichen eines Ziels noch als Reaktion auf eine vorausgegangene Erfahrung von Gewalt gerechtfertigt werden. Unbenommen einer Null-Toleranz-Politik gegenüber Gewalt bedarf es in der Praxis jedoch konkreter Unterstützung, um dem Auftreten von Gewalt kontext- und subjektsensibel zu begegnen.⁶⁰

Die nachfolgenden Empfehlungen gehen daher der Gewalt gegen Pflegende in gestufter Abfolge nach: Sie behandeln allgemeine Rahmenkriterien für gelingende Beziehungen sowie organisatorische Abläufe, gefolgt von konkreten Empfehlungen zur Prävention sowie zum Umgang mit Gewalt. Sie werden jeweils differenziert nach Träger, Einrichtungen und Einzelpersonen dargestellt.

Viele der genannten Empfehlungen sind bereits Teil der gelebten Unternehmenskultur und verstehen sich als Standards, die durch einrichtungsbezogene Faktoren ergänzt und konkretisiert werden sollen.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen empfiehlt der Ethikrat Trägern, Einrichtungen sowie Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, offen und konstruktiv mit dem Thema Gewalt in der Pflege umzugehen.

Die nachfolgenden Empfehlungen nehmen besonders die Perspektive der Pflegenden in den Blick und sensibilisieren für die Komplexität des Themas.

3.1 Allgemeine Rahmenkriterien⁶¹

- Gegenüber Gewalt, egal ob verbal, physisch, psychisch, latent oder offenkundig, besteht eine Null-Toleranz-Haltung. Bei der Implementierung und Durchsetzung dieser Haltung kommt der Einrichtungsleitung eine herausgehobene Bedeutung zu, an die sich eine gestufte Verantwortung (Stationsleitung, Teamleitung, Einzelperson) im institutionellen Umgang mit Gewalt anschließt. Jedem Mitarbeiter und jeder Mitarbeiterin einer Einrichtung obliegt die Pflicht, ein Gewaltereignis anzuzeigen, sobald sie Kenntnis davon erlangt haben. Vorgänge und betroffene Personen sind im Rahmen eines

⁶⁰ Vgl. hierzu Martina Staudhammer, Prävention von Machtmissbrauch (Vgl. Anm. 53).

⁶¹ Die Darstellung der allgemeinen Rahmenkriterien orientiert sich an den »Five priority focus areas« bei Stacey Chappell, The American Organization (Vgl. Anm. 57).

standardisierten Verfahrens zu dokumentieren und der nächst höheren Ebene zu melden.

- Einrichtungen kommt die Pflicht zu, regelmäßige Schulungen zur Prävention von und zum Umgang mit Gewalt anzubieten. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben die Pflicht, diese Angebote wahrzunehmen. Damit verbindet sich eine Unternehmenskultur, die einerseits sensibel und deeskalierend mit Anzeichen von Gewalt umgeht, andererseits aber auch über geeignete Maßnahmen und Sanktionen zur Eindämmung von Gewalt informiert.
- Alle Prozesse und Maßnahmen sind in einem geeigneten Dokumentationssystem zu erfassen, das auch dem subjektiven Sicherheitsempfinden der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in angemessener Form gerecht wird.

Gelingende Pflegebeziehungen brauchen grundsätzlich eine Kultur der respektvollen Kommunikation.

3.2 Prävention von Gewalt

Trägerebene

- Zu einer guten Führungskultur gehört, dass die Fähigkeiten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen durch entsprechende Fortbildungen gefördert werden und dass sie über gezielte Hilfsangebote, die wesentlich zur Vermeidung von Gewalt beitragen, einrichtungs- oder trägerbezogen informiert werden. Dabei sollen besonders die etablierten Maßnahmen zur Konfliktbearbeitung wie Kommunikationstrainings, Deeskalationstrainings, Coping-Strategien im Umgang mit Frustrationen und Misserfolg etc. berücksichtigt werden, die bereits in trägereigenen oder trägerübergreifenden Angeboten (z. B. Angewandte Ethik)⁶² vorgehalten werden.
- An der Entwicklung passgenauer trägerweiter und einrichtungsspezifischer Standards und Schutzkonzepte sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in geeigneter Form zu beteiligen. Geeignete Ansprechpartner vor Ort sind zu benennen (z. B. Interventionsbeauftragte, Supervisoren, Tutoren für neue Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Auszubildende).

⁶² Vgl. dazu das trägerübergreifende Fortbildungsprogramm »Angewandte Ethik 2022«: https://www.cusanus-traegergesellschaft-trier.de/fileadmin/user_upload/Traeger_ctt/Ethik/Programm_Angewandte_Ethik_2022.pdf [zuletzt abgerufen am 08.06.2022].

- Notwendig sind zudem einschlägige Fort- und Weiterbildungskonzepte, Deeskalationstrainings, Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse, entsprechend dem Bedarf der Mitarbeitenden.
- Die Träger sind in Abstimmung mit den jeweiligen Einrichtungen gehalten, strukturelle Bedingungen zu schaffen, um die bekannten Risikofaktoren zu minimieren (Vermeidung von Unterbesetzung, Ermöglichung von genderspezifischer Bezugspflege etc.).
- Auf Trägerebene wird ein einrichtungsübergreifendes Programm zur Schaffung von Versorgungsstrukturen angeregt, um mit zu pflegenden Personen, die herausforderndes Verhalten zeigen, umgehen zu können. Gegebenenfalls sollen auch (weitergehende) Möglichkeiten zur regionalen und trägerübergreifenden Zusammenarbeit genutzt werden
- Die Träger sollen die Einrichtungen dabei unterstützen, Mechanismen zu entwickeln, mit denen sich prüfen lässt, ob Patienten und Patientinnen, Bewohner und Bewohnerinnen in den Einrichtungen adäquat begleitet werden können. Damit sollen Fehlbelegungen reduziert werden.
- Der Umgang mit dem Thema Gewalt soll seinen Ausdruck auch in den Ausführungen des jeweiligen Unternehmensleitbildes sowie dem öffentlichkeitswirksamen Handeln des Trägers finden.

Einrichtungsebene

- Es braucht eine transparente und sichtbare Haltung der Einrichtungsleitung, dass Gewalt unter keinen Umständen geduldet wird.
- In den Einrichtungen bedarf es einer geeigneten Risikoprofilanalyse für die Aufnahme von Patienten und Patientinnen bzw. Bewohnern und Bewohnerinnen, um Fehlbelegungen zu vermeiden.
- Dies ist verbunden mit einem institutionalisierten Prozessmanagement (dokumentierte Schulungen, Qualifikationen, Schutzkonzepte, Sicherheitsdienst, Notrufhotline, evtl. einrichtungsbezogene Risikoanalyse, Gefahrenzulage). Es wird auch angeregt, standardisierte und überprüfbare Nachweise zur Schulung und einrichtungsbezogene Konzeptentwicklung im Umgang mit Gewalt zu initiieren.

- Es bedarf zudem eines geeigneten Benchmarksystems zur Bestimmung verfügbarer Ressourcen und Kompetenzen auf Seiten der Trägerschaft bzw. der jeweiligen Einrichtung (z. B. Personalausstattung, Deeskalationsmöglichkeiten, Schulungen, Qualifikationen, Schutzkonzepte, Sicherheitsdienst, Notrufhotline, Kriseninterventionskräfte, Kriseninterventionsraum, Risikoanalyse im Vorfeld, begleitendes Prozessmanagement).
- Zusätzliche einrichtungsspezifische Präventionsmaßnahmen sind bedarfsorientiert und in geeigneter Form zu treffen, etwa um bei der Pflege eine geeignete Zuordnung zu erreichen sowie weitergehende (personelle) Unterstützungsmaßnahmen auf Abruf vorzuhalten (z. B. in den Bereichen Gerontologie, Psychiatrie, Jugendhilfe).
- Einrichtungen sollen analog zur Trägerebene ihr Versorgungsangebot hinsichtlich des Umgangs und der Eindämmung von Gewalt regelmäßig überprüfen, um dem Auftreten von Gewalt durch Fehlbelegung möglichst präventiv zu begegnen.

Einzelpersonen

- Ein kooperativer und kollegialer Umgang in den Teams, der die Bereitschaft fördert, in Konfliktlagen bei Kolleginnen und Kollegen um Rat und Hilfe zu bitten, kann Versagensängste lindern und das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärken. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sollen auch Gesprächsangebote, Supervisionen und Bildungsangeboten in Anspruch nehmen. Dies kann einen wichtigen Beitrag leisten, damit Gewalt nicht tabuisiert und ihr aktiv vorgebeugt wird.

3.3 Umgang mit Gewalt

Trägerebene

- Ein christliches Selbstverständnis darf im Umgang mit Gewalt nicht zu einer falsch verstandenen Duldung führen. Gewalt darf nicht relativiert oder verharmlost werden.
- Es bedarf trägerweiter Kommunikationskanäle, um den Umgang mit Gewalt strukturiert und nachhaltig zu gestalten (z. B. ethische Fallbesprechung, psychologische Beratung, Seelsorgehotline, Fehler- und Prozessmanagement). Gegebenfalls soll ein eigenes Referat »Gewaltbewältigung« eingerichtet werden.

Einrichtungsebene

- Jede Form von Gewalt ist einer zuständigen Stelle anzuzeigen und zu dokumentieren. Im Rahmen strukturierter Instrumente des Fehlermanagements bzw. des Ethikkomitees ist über das weitere Vorgehen seitens der Einrichtung zu entscheiden (z. B. im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung). In jedem Fall ist der Mitarbeiter bzw. die Mitarbeiterin über das Ergebnis der Fallbesprechung zu informieren und die Entscheidung zu begründen. Gegebenenfalls sind weitere beratende und rechtliche Möglichkeiten aufzuzeigen.
- Jede Meldung von Gewalterfahrungen ist zudem zu dokumentieren und das Vorgehen durch ein standardisiertes Erfassungsschema datenschutzkonform zu sichern.
- Es besteht eine Aufklärungspflicht darüber, dass jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin das Ethikkomitee anrufen kann, damit sich das Komitee mit der Gewalt-Thematik beschäftigt.
- Neben einrichtungsbezogenen Ansprechpersonen muss auch die Möglichkeit bestehen, Erfahrungen von Gewalt anonym zu melden. Dazu könnte eine entsprechende Anlaufstelle bei der (Telefon-) Seelsorge oder dem Sozialdienst eingerichtet werden. Um etwa einer konkreten Bedrohungslage begegnen zu können, wäre zudem auch die Einrichtung einer trägerweiten Notfallhotline angeraten.
- Bei gewalttätigen Übergriffen müssen immer auch geeignete Konsequenzen gezogen werden bis hin zu Sanktionen (z. B. Kündigung des Behandlungs- oder des Heimvertrags).

Einzelpersonen

- Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind darüber zu informieren, welche Hilfe sie nach der Erfahrung von Gewalt in Anspruch nehmen können.
- Es besteht eine Nachweispflicht für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über die regelmäßige Teilnahme an Schulungen zur Prävention von und zum Umgang mit Gewalt.
- Mit der Einrichtung geeigneter Meldeverfahren geht die Verpflichtung der Mitarbeitenden einher, diese auch zu nutzen, um ein sicheres Arbeitsumfeld zu ermöglichen.

- Es obliegt den Ansprechpersonen in den jeweiligen Einrichtungen mit der betroffenen Person im Einzelfall zu klären, ob und welche Hilfen notwendig sind und daraufhin geeignete Maßnahmen einzuleiten.
- Das Sprechen über Gewalterfahrungen wird nicht selten als beschämend erlebt. Es braucht daher grundsätzlich geeignete Gesprächsangebote, die als Grundlage für einen strukturellen Austausch, für persönliche Hilfeangebote sowie für die Weiterentwicklung einer institutionellen Aufarbeitung von Gewalt notwendig sind.

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

Theologische Fakultät Trier; Lehrstuhl für Moraltheologie

Prof. Dr. Dr. Thomas Heinemann

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

Prof. Dr. Wolfram Höfling

Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität Köln; Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, Finanzrecht sowie Gesundheitsrecht

Prof. Dr. Constanze Giese

Professorin 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 an der Vinzenz Pallotti University
Vallendar*

Prof. Dr. Stephan Sahm
Ketteler Krankenhaus, Offenbach; Chefarzt Medizinische Klinik I

Prof. P. Dr. Josef Schuster SJ
*Professor em. für Moraltheologie an der Philosophisch-Theologischen
Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main*

Prof. Dr. Heike Spaderna
*Professorin für Gesundheitspsychologie, Pflegewissenschaft,
Fachbereich I, Universität Trier*

Dr. Verena Wetzstein
Studienleiterin an der Katholischen Akademie der Erzdiözese Freiburg

Ständiges beratendes Mitglied

Weihbischof Prälat Franz Josef Gebert
Vorsitzender a. D. des Caritasverbandes für die Diözese Trier e. V.

Koordinator

Prof. Dr. Ingo Proft
*Moraltheologe und Bioethiker, Leiter 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

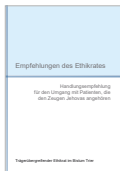
E-Mail: ethikrat@vp-uni.de

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-ethikrates>



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 Antikonzipation (»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



Kontaktermöglichung und Infektionsschutz in Gesundheits- und Sozial-einrichtungen

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

ISBN 978-3-00-072915-7