

Gewalt von und gegen Pflegekräfte – was tun?

Wenn Pflege zur Grenzerfahrung wird

MARGARETE STÖCKER

Einleitung

Soziale Beziehungen beruhen im Idealfall auf einem ausgewogenen Verhältnis von Geben und Nehmen. Doch wie verhält es sich, wenn Pflegebedürftigkeit eintritt? Für den betroffenen Menschen bricht oft eine Welt zusammen: Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung geht nicht selten mit dem Gefühl einher, die eigene Wohnung, die Selbstbestimmung und die Kontrolle über das gesamte bisherige Leben zu verlieren.

Stellen Sie sich vor, ein Ihnen nahestehender Mensch ist in Ihrer Wohnung oder Ihrem Haus und reduziert Ihr Leben auf zwei Koffer, einen Ohrensessel und einige Bilder an der Wand. Unbekannte Menschen stellen Fragen und entscheiden über Ihr Leben.

Inmitten dieser hochgradig sensiblen Interaktionen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegekräften kommt es im Alltag immer wieder zu Situationen, die eine massive psychische wie physische Belastung darstellen.

Wenn Pflege zur Grenzerfahrung wird, rückt ein Thema in den Fokus, das in der Gesellschaft und in der Branche selbst noch immer viel zu häufig tabuisiert wird: Gewalt in der Pflege. Obwohl Befragun-

gen zeigen, dass bis zu 40 Prozent der Pflegekräfte^[1] bereits Zeuge oder gar Mitwirkende von grenzverletzendem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen geworden sind, bleibt die Dunkelziffer enorm hoch. Gewalt ist ein vielschichtiges Phänomen, für das es keine einfache, standardisierte Definition gibt. Umso dringlicher ist es, das Schweigen zu brechen, genau hinzusehen und das Bewusstsein für die Mechanismen hinter den Grenzüberschreitungen zu schärfen.

Was ist Gewalt? Definitionen und Dimensionen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) liefert ein wichtiges Fundament für das Verständnis von Gewalt gegenüber älteren Menschen im persönlichen und pflegerischen Umfeld. Sie definiert diese als eine einmalige oder wiederholte Handlung – oder ebenso als das Fehlen einer gebotenen Handlung – innerhalb einer Beziehung, in der Vertrauen erwartet wird. Entscheidend ist dabei, dass dieses Verhalten bei der älteren Person zu Schädigungen, Schmerz oder anhaltendem Leid führt.^[2]

Gewalt in der Pflege ist keineswegs eindimensional. Sie besitzt viele Gesichter und äußert sich in unterschiedlichsten Formen im institutionellen und häuslichen Alltag:

1 Weidner/Tucman/Jacobs (2017).

2 WHO (2021).

Zur Person

Margarete Stoecker ist Diplom-Pflegewirtin, M. A. im Gesundheitswesen, M. Sc. Prävention und Gesundheitspsychologie, Mimikresonanz®-Trainerin. Des Weiteren ist sie Heilpraktikerin für Psychotherapie, emTrace®-Coach, Entspannungspädagogin und Weiteres. Begründerin des Bildungsinstituts „Fortbildungsvorort“ für Gesundheitsberufe.

a) Psychische Gewalt

Diese Form hinterlässt keine sichtbaren Spuren, verletzt jedoch die Psyche tiefgreifend. Sie äußert sich durch Demütigungen, gezielte Einschüchterung, Anschreien oder die bewusste soziale Isolierung des pflegebedürftigen Menschen.

Frau M. möchte Unterstützung beim Toilettengang. Sie klingelt mehrmals. Eine Pflegekraft reißt die Tür auf und sagt laut: „Frau M., Sie haben nicht als Einzige Rechte hier! Ich habe noch zwanzig andere Bewohner! Hören Sie endlich auf, im Minutentakt zu schellen!“

b) Physische Gewalt

Hierzu zählen alle Formen der körperlichen Misshandlung, wie Schläge, unangebrachtes Stoßen, unsanftes Anfassen bei der Mobilisation oder körperliche Übergriffe jeglicher Art.

Herr K., Zustand nach Apoplex mit Hemiparese, sitzt im Rollstuhl. Er kann sich nur schwer artikulieren und benötigt beim Transfer vom Bett in den Rollstuhl die Unterstützung von zwei Pflegekräften oder den Einsatz eines Lifters. Es ist Spätschicht, das Team ist unterbesetzt und zwei Kolleginnen müssen den Transfer allein und unter massivem Zeitdruck bewältigen. Herr K. ist an diesem Abend sehr müde, unruhig und signalisiert durch Kopfschütteln und leise Abwehrlaute, dass er sich gerade nicht bewegen möchte. Anstatt innezuhalten, den Bewohner zu beruhigen oder den Lifter zu holen, beschließen die beiden Pflegekräfte, den Transfer „schnell hinter sich zu bringen“ und greifen von hinten unter die Achseln.

c) Sexualisierte Gewalt

Grenzüberschreitungen zeigen sich hier in unangemessenen, intimen Berührungen, anzüglichen Bemerkungen oder Schamverletzungen während der körpernahen Versorgung.

Frau S. wird zu Beginn der Pflege komplett aufgedeckt, sodass sie völlig nackt und ungeschützt im Bett liegt. Intime Bereiche sind nicht mit einem Handtuch abgedeckt, während das Gesicht oder die Arme gewaschen werden. Zudem steht die Zimmertür einen Spalt breit auf.

d) Vernachlässigung

Das „Fehlen einer gebotenen Handlung“ manifestiert sich in mangelnder Pflege, unzureichender Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit oder dem schlichten Ignorieren von Rufen nach Hilfe.

Weil der Transfer und das Positionieren allein zu anstrengend und zeitaufwendig sind, belässt die Pflegekraft Herrn B. über drei Stunden unverändert in derselben Rückenlage. Sie dokumentiert die Positionierung im System zwar als „erfolgt“, um rechtlich abgesichert zu sein, führt sie jedoch physisch nicht durch. Am Abend zeigt sich am Steißbein bereits eine schmerzhafte Rötung.^[3]

e) Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)

Das Spektrum reicht von mechanischen Fixierungen (zum Beispiel Bettseitenteilen oder Gurten) über das Einsperren in Zimmern bis hin zur medikamentösen Ruhigstellung, um den Pflegeablauf zu erleichtern.

Als Herr T. am Abend ins Bett gebracht wird, zieht die Pflegekraft beide Seitenteile des Pflegebettes komplett nach oben. Herr T. rüttelt daran und versucht, darüber zu klettern, was die Sturzgefahr drastisch erhöht. Es liegt weder eine Einwilligung von Herrn T. noch ein Beschluss des Betreuungsgerichts für diese Fixierung vor.

f) Finanzielle Ausnutzung

Diese Dimension umfasst den Diebstahl von Bargeld oder Wertsachen, die Unterschlagung von Vermögenswerten sowie die unbefugte Verfügung über die Konten der betreuten Personen.

Während der Abendrunde, als Herr G. bereits im Bett liegt und fernsieht, geht die Pflegekraft an den Nachttisch, um ihm ein Glas Wasser zu reichen. Mit einer geübten Bewegung öffnet sie die Schublade, greift in die Geldbörse und entwendet einen 20-Euro-Schein. Als Herr G. am nächsten Tag bemerkt, dass Geld fehlt und die Pflegekraft darauf anspricht, wiegelt diese ab: „Ach, Herr G., Sie haben doch gestern der Fußpflege das Geld gegeben, erinnern Sie sich nicht? Sie vertun sich da bestimmt.“

3 Großkopf/Stöcker (2025).

g) Digitale Gewalt

In Zeiten der Digitalisierung gewinnen Phänomene wie Online-Schikane, Cybermobbing oder die unzulässige Kontrolle und Bloßstellung durch technologische Medien auch im Kontext der Pflege an Relevanz.

Um im Spätdienst nicht ständig ins Zimmer von Frau K. laufen zu müssen, wenn diese unruhig ist, stellt eine Pflegekraft ein privates Tablet mit einer aktivierten Babyphone-App im Zimmer auf. Damit überwacht sie das Zimmer von Frau K. digital vom Dienstzimmer aus. Für diese permanente Videoüberwachung liegt weder eine Einwilligung von Frau K. noch ein Beschluss des gesetzlichen Vertreters vor – es dient rein der Bequemlichkeit des Personals.

Die zweiseitige Grenzerfahrung: Gewalt gegen und von Pflegenden

Ein realistischer Blick auf das Thema erfordert einen radikalen Perspektivenwechsel. Gewalt im Pflegealltag ist keine Einbahnstraße; sie ist eine Grenzerfahrung, die in beide Richtungen verläuft.

a) Gewalt gegen Pflegekräfte

Pflegekräfte sind im Dienst regelmäßig verbalen und körperlichen „Aggressionen“ ausgesetzt. Sehr häufig wird dieses Verhalten im Wohnbereich entschuldigt oder abgetan: „Ach, er meint das nicht so, er ist halt dement“. Genau an dieser Stelle setzt ein problematisches Muster ein: Pflegendes lernen oft im Laufe ihrer Ausbildung und Praxis, Gewalt schlicht „wegzulächeln“ und sie als unvermeidbares Berufungsrisiko zu akzeptieren.

Aus Sicht des Pflegebedürftigen – insbesondere bei Menschen mit Demenz – handelt es sich bei „herausforderndem“ Verhalten jedoch oft nicht um eine böswillige Absicht, sondern um ein *selbstschützendes Verhalten*. Wenn kognitive Fähigkeiten schwinden, die Umgebung als bedrohlich wahrgenommen wird und die Desorientierung Angst erzeugt, reagieren Betroffene mit Abwehr. Was für das Personal als „herausforderndes Verhalten“ erscheint, ist für den

Erkrankten die einzige ihm verbleibende Möglichkeit, auf eine gefühlte Bedrohung zu reagieren.

Eine Bewohnerin sitzt in der Wohnküche und blickt gedankenverloren aus dem Fenster. Eine Pflegekraft nähert sich ihr von hinten, berührt ihre Schulter und fragt: „Na, Schätzchen (!!), alles klar?“



Die Bewohnerin reagiert instinktiv und schlägt mit der Hand nach hinten. Statt zu ihren Schutzreflex zu verstehen, wird die Bewohnerin als „herausfordernd“ dokumentiert.



Wechseln Sie bitte jetzt die Perspektive: Nicht die Bewohnerin ist herausfordernd gewesen, sondern die Pflegekraft. Die Bewohnerin hat sich lediglich gegen die Annäherung geschützt. Anmerkung: Bewohnerinnen sind auch keine Schätzchen.

b) Gewalt von Pflegekräften

Das größte Tabuthema ist zweifelsohne die Gewalt, die vom Pflegepersonal selbst ausgeht. Dabei gilt ein fundamentaler Grundsatz: Niemand ergreift den Pflegeberuf, um Menschen bewusst zu quälen oder ihnen Schaden zuzufügen. Wenn es dennoch zu Grenzverletzungen kommt, ist dies fast immer das traurige Endprodukt von chronischer Überlastung, tiefer Hilflosigkeit, mangelnder Unterstützung und strukturellem Systemversagen.

Die Realität in den Einrichtungen ist geprägt von Zeitmangel und Personalnot. Wenn eine Pflegekraft schildert: „Ich wollte das nie, aber gestern habe ich zum ersten Mal die Hand von Frau S. weggeschlagen“, wird deutlich, dass die psychologischen Schutzmechanismen des Personals unter Dauerstress versagen.

Kleine, subtile Grenzverletzungen schleichen sich unbemerkt in den Alltag ein. Die Praxis zeigt alltägliche Beispiele, bei denen die Würde der Bewohner missachtet wird: Eine Bewohnerin äußert schüchtern den Wunsch, ihre Reibepätzchen ohne das dazugehörige Apfelmus zu bekommen, weil sie es nicht mag – und erhält die barsche Antwort: „Es wird gegessen, was Sie kriegen!“. Einer anderen Dame wird der gewohnte Zucker im Kaffee verwehrt mit der herabwürdigenden Begründung: „Sie sind dick genug, Sie bekommen keinen Zucker mehr“. Oder ein dringender Ruf nach Unterstützung beim Toilettengang wird vertröstet: „Sie waren erst, sie haben eine Vorlage an“. Diese Beispiele zeigen, dass Gewalt nicht erst bei Schlägen beginnt, sondern dort, wo die Autonomie des Menschen systematisch gebrochen wird.

Die Verstehenshypothese: Den Menschen hinter dem Verhalten begreifen

Um Gewaltprävention erfolgreich zu praktizieren, muss das Verhalten der Pflegebedürftigen fachlich analysiert werden. Mithilfe einer strukturierten *Verstehenshypothese* können Teams versuchen, die Perspektive des Bewohners einzunehmen und sein

Verhalten methodisch zu ergründen. Folgende beispielhafte Fragen helfen dabei, die Situation systematisch zu beleuchten:

1. **Wahrnehmung:** Wie nimmt der Bewohner seine aktuelle Situation, die Mitbewohner und die Pflegekräfte wahr?
2. **Sinnstiftung:** Welche Gedanken, unerfüllten Bedürfnisse, Emotionen und vergangene Erfahrungen prägen das Verhalten von Bewohnern? Wie machen diese Reaktionen aus seiner eigenen, subjektiven Sicht Sinn?
3. **Biografie:** Welche biografischen Aspekte, Traumata oder früheren Lebensgewohnheiten spielen eine Rolle?
4. **Soziales Gefüge:** Wie verhält sich der Bewohner im Umgang mit seinen Angehörigen?
5. **Sicherheitsfaktoren:** Was genau gibt dem betroffenen Menschen in diesem Moment ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit?
6. **Basale Bedürfnisse:** Welche aktuellen Bedürfnisse hat er in Bezug auf Beschäftigung, Ruhe, Distanz oder körperliche Nähe?
7. **Welche Emotionen spielen eine Rolle:** Es gibt universelle Auslöser, die eine gelingende Kommunikation unterstützen.

Indem das Verhalten dekonstruiert wird, verliert es seinen bedrohlichen Charakter, und das Team kann gezielte, deeskalierende Maßnahmen entwickeln. Nutzen Sie strukturiertes Fallbesprechen.

Die rechtliche Basis: Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Ein wichtiges Instrument zum Schutz der Betroffenen ist die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“. Sie formuliert unmissverständliche Leitlinien, die als ethischer und praktischer Kompass für jede Pflegehandlung dienen müssen:

- **Artikel 1:** Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe: Jeder Mensch hat das Recht auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen.

- **Artikel 2:** Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit: Schutz vor Gefahren für Leib und Seele ist ein Grundrecht, das im Pflegealltag oberste Priorität genießt.
- **Artikel 3:** Privatheit: Das Recht auf Wahrung und Schutz der Privat- und Intimsphäre muss insbesondere bei intimen Pflegesituationen strikt beachtet werden.
- **Artikel 4:** Pflege, Betreuung und Behandlung: Anspruch auf eine gesundheitsfördernde, qualifizierte und am persönlichen Bedarf ausgerichtete Versorgung.
- **Artikel 5:** Information, Beratung und Aufklärung: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen müssen umfassend über alle Angebote, Behandlungen und Hilfsmöglichkeiten aufgeklärt werden.
- **Artikel 6:** Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft: Das Recht auf Austausch und soziale Einbindung darf durch Pflegebedürftigkeit nicht beschnitten werden.
- **Artikel 7:** Religion, Kultur und Weltanschauung: Die freie Ausübung der eigenen Religion und das Leben nach den eigenen kulturellen Werten müssen gewährleistet sein.
- **Artikel 8:** Palliative Begleitung, Sterben und Tod: Jeder Mensch besitzt das unveräußerliche Recht, in Würde zu sterben.
- **Klare Grenzen und professionelle Selbstachtung:** Mitarbeitende müssen lernen, ihre eigenen Belastungsgrenzen rechtzeitig wahrzunehmen und transparent zu äußern.
- **Teamkultur der Unterbrechung:** Es muss im Team erlaubt und erwünscht sein, eine Kollegin oder einen Kollegen in einer sichtlich eskalierenden Situation abzulösen, um eine Deeskalation zu ermöglichen.
- **Regelmäßige Fallbesprechungen:** Die systematische Analyse schwieriger Pflegesituationen im interdisziplinären Team hilft, Frustration abzubauen und neue Handlungsoptionen zu finden.
- **Schulungen und Trainings:** Regelmäßige Fortbildungen und praxisnahe Deeskalationstrainings vermitteln die notwendige Handlungssicherheit im Umgang mit Aggressionen. Dazu gehören Fortbildung zu den Themen Kommunikation, Validation, IVA® und Mimikresonanz®.

Das Fundament einer solchen Kultur basiert auf den Kernwerten Respekt, Kommunikation, Vertrauen, Toleranz, Teamgeist sowie ausgeprägter Empathie und Impathie (der wertschätzende Umgang mit den eigenen inneren Zuständen).

Selbstfürsorge: Das wichtigste Werkzeug für Pflegende

Wer täglich andere Menschen pflegt, betreut und stützt, läuft Gefahr, sich selbst aus den Augen zu verlieren. Professionelles Handeln bedeutet jedoch explizit auch, Gegebenheiten zu verändern, wo Verbesserungen möglich sind, aber ebenso Grenzen anzuerkennen und zu akzeptieren, wo kein Handeln möglich ist. Die bewusste Unterscheidung zwischen veränderbaren und unveränderbaren Situationen schützt vor chronischer Frustration.

Selbstfürsorge darf kein theoretisches Konstrukt bleiben, sondern muss aktiv in den Alltag integriert werden.

Präventionsstrategien und die Rolle der Führungsebene

Gewalt in der Pflege ist niemals ein rein persönliches Scheitern einer einzelnen überforderten Pflegekraft. Sie ist vielmehr ein klarer Auftrag an das gesamte System:^[4] an Teams, an das Qualitätsmanagement und vor allem an die Führungskräfte. Gewaltprävention ist eine genuine Führungsaufgabe. Zu den zentralen Faktoren einer gelebten Präventionskultur gehören:

4 Vgl. Dammermann/Sander (2023).

Selbstfürsorge zwischendurch (Mikro-Pausen)

Kleine Oasen im stressigen Dienst helfen, das vegetative Nervensystem herunterzuregeln:

- **Die 30-Sekunden-Pause:** Für eine halbe Minute die Augen schließen und sich innerlich mit einer positiven Affirmation stärken.
- **Bewusstes Tun:** Alltägliche Handlungen achtsam ausführen – beispielsweise beim Händewaschen ganz bewusst die Temperatur des Wassers und das Gefühl auf der Haut wahrnehmen.
- **Die 4-7-8-Atemtechnik:** 4 Sekunden lang tief durch die Nase einatmen, den Atem 7 Sekunden lang halten und 8 Sekunden lang langsam und vollständig durch den Mund ausatmen.
- **Körperliches Aktivieren:** Eine „liegende Acht“ mit ausgestreckter Hand in die Luft zeichnen und mit den Augen verfolgen oder den eigenen Körper sanft abklopfen, um die Körperwahrnehmung zu stärken.

Psychische Abgrenzung und Rituale nach dem Dienst

Um die Belastungen des Arbeitsplatzes nicht mit in das Privatleben zu tragen, sind klare Übergangsrituale unerlässlich:

- **Das Dienst-Auskleide-Ritual:** Beim Wechseln von der Dienstkleidung in die Privatkleidung wird der Arbeitstag symbolisch „abgestreift“. Alles, was während des Dienstes passiert ist, bleibt im Spind.

- **Eigene Gefühle reflektieren:** Belastende Erlebnisse aktiv im Team ansprechen, anstatt sie in sich hineinzufressen.
- **Nein-Sagen üben:** Sich bewusst Bedenkzeit vor Antworten einräumen, um unüberlegte Zusagen bei zusätzlichen Schichten zu vermeiden.
- **Körperliche Regeneration:** Nach langen Stehzeiten die Beine gezielt hochlegen sowie kurze Dehnübungen für Nacken und den unteren Rücken durchführen.
- **Digitale Entgiftung:** Nach dem Dienst das Smartphone bewusst beiseitelegen, um eine Reizüberflutung zu verhindern.
- **Natur und Hobbys:** Den Wald als Kraftort nutzen und Freizeitaktivitäten ohne jeglichen Leistungsdruck nachgehen – Aktivitäten, die einfach nur Freude bereiten.

Fazit

Gewalt in der Pflege zu bekämpfen bedeutet, hinzuschauen, Strukturen aufzubrechen und eine Kultur zu etablieren, in der Grenzüberschreitungen weder verschwiegen noch weggelächelt werden. Nur durch die Kombination aus professioneller Verstehenshypothese, struktureller Unterstützung durch die Führungsebene und konsequenter Selbstfürsorge kann es gelingen, den Pflegealltag zu einem sicheren Ort für Pflegendе und Pflegebedürftige gleichermaßen zu machen. ■

Literatur

1. Dammermann A, Sander M (2023): Gewaltprävention in der Altenpflege. Stuttgart: Kohlhammer.
2. Großkopf V, Stöcker M (2025): Rechtsfälle in der Pflegepraxis. Hannover: Vincentz.
3. Weidner F, Tucman, D, Jacobs O (2017): „Eine fast alltägliche Erfahrung.“ In: Die Schwester Der Pfleger 56(9), S. 14-21
4. WHO (2021): „Abuse of older people.“ Verfügbar unter: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people