



## Konstitutive Grenzüberschreitung im Pflegealltag\*

### Eine Reflexion über den Zusammenhang zwischen unvermeidbarer Grenzüberschreitung einerseits und Autonomieverletzung bis zur Gewalt andererseits

Irmgard Hofmann  
München

**Zusammenfassung:** Grenzüberschreitungen in der Pflegearbeit sind konstitutiv, d.h. unvermeidlich. Gleichzeitig lösen Grenzüberschreitungen insbesondere im physischen und/oder psychischen Intimbereich in der Regel Schamgefühle aus. Davor versuchen sich die Menschen zu schützen. Die Gefühle werden entweder verdrängt oder aggressiv abreagiert. Besonders große Abwehr zeigt sich dort, wo das Tabu „Sexualität“ in der Pflege in irgendeiner Form gebrochen wird.

Pflegende reagieren meist sehr heftig, wenn sie das Gefühl haben, dass ihnen ein Patient „zu nahe“ kommt. Umgekehrt zeigen sie überraschend häufig Verständnislosigkeit, wenn Patienten oder Bewohner im Altenheim sich gegen pflegerische Maßnahmen im Intimbereich wehren. Nicht ganz selten werden viel Kraft und Gewalt angewandt, um diese Abwehrreaktionen zu überwinden; dagegen zählt eine behutsame und verstehende Haltung nicht zur Regel. Und doch wäre dies das Zeichen für professionelles Handeln.

In dieser Arbeit wird die Frage gestellt, ob die oft unreflektierte Erfahrung der eigenen notwendigen Grenzüberschreitung der Pflegenden in meist sehr jungem Alter dazu führen kann, dass sie weitere – und durchaus erforderliche Grenzen – nicht mehr sehen bzw. anerkennen können.

#### An Stelle einer Einleitung

Nach etlichen Jahren im Krankenpflegeberuf begann ich 1993 Ethik in der Pflege zu unterrichten. Vor einigen Jahren fragten mich drei junge Männer eines Ausbildungskurses, ob ich bereit

wäre, mit ihnen über das Thema „Sexualität in der Pflege“ zu sprechen, sie hätten da einige Probleme. Ich war überrascht von der Anfrage, ging aber zur Kursleitung, denn eigentlich war mein Stundenkontingent beendet. Ihre Reaktion: „Ja machen Sie, aber oh Gott, ich könnte darüber nicht sprechen.“ Eine typische Reaktion?

Da ich damals noch keine Vorstellung hatte, wie ich das Thema angehen könnte, überlegte ich, dass vorhandene Hemmschwellen bei den Teilnehmer(inne)n am ehesten durch die Schilderung eigener Erfahrungen abzubauen seien. Also begann ich in meinen Erinnerungen zu kramen, wie es mir als Krankenschwester eigentlich damit gegangen war und zwar speziell in den Ausbildungsjahren, die ich sehr jung begonnen hatte.

Allmählich kamen die Erinnerungen an verschiedenste peinliche und als beschämend erlebte Situationen hoch: die Erinnerung an meine unangenehmen Gefühle, wenn ich fremde Menschen im Intimbereich waschen sollte; meine Scham darüber, als ich beim schnellen Wegziehen der Bettdecke einen 19-Jährigen beim Onanieren überrumpelte; meine Unsicherheit, wie ich auf zotige Bemerkungen reagieren sollte; mein Erschrecken, der hochrote Kopf und das Weglaufenwollen, wenn es beim Waschvorgang zu einer Erektion kam. Immer mehr Geschichten fielen mir ein und gleichzeitig wurde mir bewusst, dass es eigentlich nie einen Ort gegeben hatte, um darüber in offener und dennoch geschützter Weise zu sprechen. Außerdem dachte ich wohl auch, nur ich hätte diese Probleme und weil es zu



diesem Beruf gehört, muss ich damit alleine klarkommen. Typisch?!

Mittlerweile habe ich das Thema in etlichen Kursen zur Sprache gebracht. Immer wieder zeigt sich, wie heikel dieser Bereich ist, wie viele Ängste es gibt, sich überhaupt dazu zu äußern. Dabei haben nicht nur die jungen Frauen Probleme, speziell wenn sie von älteren Männern anzügliche Sprüche zu hören oder „Streicheleinheiten“ zu spüren bekommen; auch die jungen Männer, die homoerotische Bedürfnisse spüren oder von Patientinnen „angemacht“ werden, kommen schwer damit zurecht. Gleichzeitig machen fast alle die Erfahrung, dass es auf den Stationen so gut wie nicht möglich ist, darüber zu sprechen. Wenn ein Patient übergriffig wird, dann fangen alle ganz schnell zu schimpfen an – und weiter? Die eigenen Scham- und Peinlichkeitsgefühle werden in der Regel nicht benannt – aus Angst, von den Kollegen aufgezogen oder lächerlich gemacht zu werden. Schon gar nicht wird reflektiert, welche Auswirkungen diese meist unverarbeiteten Erfahrungen auf den Umgang mit Patienten haben können.

### Was bedeutet „konstitutive“ Grenzüberschreitung?

Der Begriff „constituere“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „festsetzend, bestimmend, grundlegend, wesentlich“ [1]. Jeder Mensch hat seine Schamgrenzen, über die er nicht gerne hinausgeht bzw. wo er sich vor anderen zu schützen sucht. Dahinter steckt der Wunsch, die eigene Würde nicht zu verletzen, nicht verletzen zu lassen. Ein Teil dieser Grenzen wird nun in der Pflegearbeit regelmäßig überschritten, tatsächlich ist direkte Pflege ohne Grenzüberschreitung überhaupt nicht durchführbar. Wie ist das zu verstehen?

Direkte Pflege, also die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, greift in die normalerweise tabuisierte körperliche Sphäre fremder Menschen ein, so z.B. beim Waschen, der Hilfe bei der Ausscheidung, beim An- oder Ausziehen. Konkreter: Pflegende berühren die Menschen am ganzen Körper und haben Zugang zu allen Körperöffnungen. Es geht an die nackte ungeschützte Haut und darunter. Pflege ist ein „Berührungsberuf“ [2]! Bedenkt man, wie sorgfältig Menschen normalerweise darauf bedacht sind, dass sie

anderen nicht zu nahe treten und noch mehr, dass andere ihnen nicht zu nahe kommen, dann wird deutlich was gemeint ist.

Zusätzlich sind die Aktivitäten des täglichen Lebens Verrichtungen, die für die meisten Menschen zu den selbstverständlichsten Angelegenheiten der Welt zählen, bis – ja bis jemand nicht mehr in der Lage ist, dieser Selbstverständlichkeit eigenständig und eigenhändig nachzukommen. Dafür gibt es die professionelle Pflegearbeit. Die Pflege greift also nicht nur in den körperlichen Bereich, sondern auch in das Selbstverständnis der hilfebedürftigen Menschen ein und auch das ist oft unvermeidlich – das heißt, der Pflegeberuf ist tatsächlich seinem Wesen nach dazu bestimmt Grenzen zu überschreiten, die Grenzüberschreitung ist konstitutiv.

Das gilt allerdings nicht nur für die Grenzen der Patientinnen und Bewohnerinnen, es gilt genauso für die eigenen Grenzen der Pflegenden. Auch zum Selbstverständnis derjenigen, die den Pflegeberuf erlernen wollen, gehört der Respekt vor der körperlichen Unberührbarkeit fremder Menschen mit Ausnahme ritualisierter Berührungen (z.B. Handschütteln). Vor allem junge – und das bedeutet sich ihrer Grenzen oft noch sehr unsicherer – Menschen gehen in den Pflegeberuf und zu den ersten Tätigkeiten, die sie übernehmen, gehört die direkte Pflege fremder Menschen aller Altersstufen.

Das Lernen des Pflegeberufes beginnt also damit, eigene erlernte und schützende Hemmschwellen und Grenzen überwinden zu müssen und entgegen jeder gesellschaftlichen Norm anderen Menschen sehr nahe zu kommen. Auch die eigene Grenzüberschreitung ist für den Pflegeberuf konstitutiv.

### Sexualität in der Pflege

Während in der Gesellschaft der Zusammenhang zwischen Nacktheit und Berührung offensichtlich etwas mit Sexualität zu tun hat, scheint dieses Wissen in der Pflege zu fehlen oder der Zusammenhang wird geleugnet. Diese Tabuisierung kann durchaus hilfreich sein und davor schützen, pflegerische Tätigkeiten zu „sexualisieren“; es bedeutet aber gleichzeitig, dass es auch gar kein Thema sein kann oder darf.

Tatsächlich ist es aber ein Thema, insbesondere wenn Situationen entstehen, wo die betreffende Pflegeperson überhaupt nicht weiß, wie sie damit umgehen soll, und angesichts der „Normalität“ überzeugt ist, mit ihren peinlichen Gefühlen alleine klarkommen zu müssen. Diese Situationen sind mit Sicherheit sehr viel häufiger, als gemeinhin angenommen wird: Ich bin davon überzeugt, dass jede Krankenschwester und jeder Krankenpfleger beschämende Situationen erlebt hat, die auch deshalb so unangenehm waren, weil sie mehr oder weniger bewusst mit Sexualität in Verbindung gebracht wurden. Wie haben sie das verarbeitet? Reicht es, solche Erfahrungen zu verdrängen? Wie und wodurch haben sie gelernt, mit ihren eigenen widerstreitenden Gefühlen umzugehen?

Vor einiger Zeit sagte mir eine langjährige Krankenschwester auf meine Frage, ob sie sich noch erinnern könne, wie sie Pflegearbeit im Intimbereich zumindest anfangs erlebte: „Ich sehe keinen Zusammenhang mit Sexualität, sondern ich pflege und das ist etwas Normales.“ Mit dem Wort „pflegen“ wird praktisch alles andere zugedeckt, die Nacktheit, das Berühren auch intimer Körperteile sowie die damit verbundenen Gefühle. In der Pflege ist es tatsächlich normal, in die körperliche Intimsphäre fremder Menschen einzugreifen, aber ist es deshalb schon selbstverständlich oder gar unproblematisch? Normal heißt doch nur, dass es einer Norm, einer Regel oder einem mehrheitlichen Verhalten entspricht – nicht dass sich der Umgang damit von selbst versteht – es wird aber oft gleichgesetzt!

Genau da liegt das Problem: Wenn etwas als normal bezeichnet wird, hört leicht die Reflexion darüber auf, was das für die betreffende Person eigentlich bedeutet, geschweige denn, welche Folgen es haben könnte.

Nun ist der Bereich Sexualität an sich schon ein schwieriges Feld, da es bei den meisten Menschen die unterschiedlichsten Begleitgefühle auslöst. Peinlichkeit, Lust, Scham, Verlangen, Ekel, Widerwillen, Abwehr, Bedürftigkeit, Schuld ... die ganze Palette an Gefühlen und Emotionen kann damit verbunden sein und zwar für die Pflegenden ebenso wie die Pflegebedürftigen. Trotzdem bzw. vermutlich gerade deshalb wird

das Themenfeld – oder besser das Minenfeld – Sexualität in der Pflege kaum offen betreten. So lernen denn auch junge unerfahrene Pflegenden, über diese Gefühle nicht zu sprechen, peinliche Situationen alleine zu meistern, den Umgang mit Scham etc. irgendwie zu lernen oder ihre Gefühle auch vor sich selbst zu verleugnen. Das schamrote Gesicht wird versteckt, dem Menschen, der die peinlichen Gefühle ausgelöst hat, wird aus dem Weg gegangen oder mit Aggression begegnet, ein zunehmend distanzierteres Verhalten, ein Schutzpanzer der (scheinbaren) Unberührbarkeit wird angelegt. Es scheint allemal leichter, peinliche Tätigkeiten durchzuführen – „weil es sein muss“, als auch noch darüber zu sprechen.

Sexualität in der Pflege ist also ein Thema – aber eines, das entweder totgeschwiegen, worüber geschimpft (bei Übergriffen von Patienten) oder das ins Lächerliche gezogen wird.

Um einem möglichen Missverständnis vorzubeugen: Ich möchte hier nicht die Pflegearbeit sexualisieren, eine neutrale Haltung ist nicht nur für die Pflegenden, sondern auch für die Patienten hilfreich und gehört zum professionellen Handeln. Worum es geht, ist die Frage, wie finde ich gerade in der Anfangszeit angesichts schwieriger Gefühle zu einer professionellen(!) – und nicht nur distanzierteren – Haltung, die in meinen Augen überhaupt nicht selbstverständlich ist?

Nun ließe sich die Frage stellen, warum nicht verdrängen, es funktioniert doch. In gewisser Weise stimmt das, doch bin ich überzeugt davon, dass die bloße Verdrängung der eigenen Gefühle bei der Grenzüberschreitung dazu führt, erstens weitere Grenzen gar nicht mehr wahr bzw. ernst zu nehmen und zweitens auch die Sensibilität für die Gefühle anderer zu verlieren.

In dem Buch von Elsbernd/Glane „Ich bin doch nicht aus Holz.“ [3] beschreiben die interviewten Patientinnen vielfach, wie sie gerade (junge) Pflegenden als wenig rücksichtsvoll und sehr distanziert erlebten. Beispiele: „Man hat das Gefühl, man fällt denen richtig lästig.“ Oder: „Da waren also sehr viele junge Schwestern, die also wirklich kein Einfühlungsvermögen hatten, ... von Zuwendung war da wenig zu spüren.“

In den Aussagen wird deutlich, dass innere Distanz der Pflegenden bei äußerer Nähe gerade nicht als hilfreich, sondern vielmehr als verletzend erfahren wird. Nun heißt es in der Pflege bei diversen Tätigkeiten, die fast zwangsläufig mit schwierigen Gefühlen verbunden sind (Scham, Peinlichkeit, Ekel, Trauer, Entsetzen), oft: „Das gehört zu dem Beruf, da muss man durch.“ Und es wird als Trost geäußert, im Laufe der Zeit gäbe sich das, man stumpe halt ab und das sei auch notwendig so. Nur: Abgestumpftheit und professionelle Pflegearbeit gehen nicht zusammen. Wer abgestumpft ist, weil er oder sie die eigenen Gefühle erfolgreich zum Schweigen gebracht hat, kann sich ehrlicherweise nicht mehr auf eine sensible Beziehung zum Patienten einlassen, weil der möglicherweise diese Gefühle wieder aufleben lassen würde. Also ist innere Distanz angesagt und oft wird dies auch als professionelle Haltung verkauft – was es bestimmt nicht ist.

Eine wirklich professionelle Haltung bedeutet in der Pflege, sich auf eine Beziehung zu dem Menschen einzulassen, ihm tatsächlich zuzuhören (und nicht nur so zu tun) und auch schmerzhaften Emotionen Platz zu lassen (vgl. [2]). Dies setzt voraus, die eigenen Gefühle wahr und ernst zu nehmen und sich damit auseinander zu setzen. Es muss möglich werden, Gefühle wie Scham, Peinlichkeit, Ekel, Widerwillen und Trauer haben und aussprechen zu dürfen, ohne sofort befürchten zu müssen, man sei für den Beruf ungeeignet. Eher im Gegenteil: Wer diese Gefühle bei sich nicht mehr wahrnimmt, der leugnet sie fast zwangsläufig auch bei anderen.

### Was ist Scham?

Katharina Gröning [4] beschreibt Scham folgendermaßen: „Das Wort Scham stammt von einer alten germanischen Wurzel und bedeutet so viel wie zudecken, verbergen. ... Das Sich-Schämen ist eine existenzielle Grunderfahrung: Wir wollen in den Boden versinken oder wir erröten vor Scham, wir suchen wie die Maus das Loch und schlagen die Augen nieder. Wer sich schämt, der verachtet sich und ist sich selbst fremd geworden ... Wir schämen uns, wenn unser aktuelles Selbst von unserem Selbstbild abweicht ... Das eigentlich Unerträgliche der Scham entsteht in der Angst vor der Verachtung durch andere

... Scham ist verbunden mit Schwäche und mangelnder Autonomie ... Mit Max Scheler lässt sich sagen, dass Scham überall dort entsteht, wo Menschen sich ihrer Naturhaftigkeit bewusst werden bzw. mit ihrer Naturhaftigkeit konfrontiert werden.“ Auch Sexualität ist etwas Naturhaftes.

### Grenzüberschreitung und Verletzung der Menschenwürde

Grenzüberschreitungen lösen Schamgefühle aus – auf Seiten der Pflegebedürftigen ebenso wie auf Seiten der Pflegenden. Wer sich schämt, wird leicht aggressiv, um sich und die eigene Würde zu schützen. Gerade ältere Menschen und Menschen, die aus verschiedenen Gründen nicht (mehr) in der Lage sind, ihre Gefühle unter Kontrolle zu halten, reagieren nicht selten mit mehr oder weniger heftiger Abwehr. Aus eigener Erfahrung und vielen Fallgesprächen weiß ich, wie leicht es geschehen kann, dass Pflegenden darauf mit wenig Verständnis und viel Gewalt reagieren.

Umgekehrt gibt es in der Berufsgruppe großes Verständnis dafür, wenn ein Patient eine Krankenschwester immer wieder zu berühren versucht, sie dabei annimmt, er mache es bewusst, und ihr dann „die Hand ausrutscht“.

Und genau darin bestehen für mich die ethisch relevanten Folgen, weshalb ich es für erforderlich halte, das Thema Sexualität zu enttabuisieren und zu versprachlichen. Meiner Ansicht nach basieren viele als gewalttätig erlebte Handlungen wie grober Umgangston, unsanftes Lagern, Ignorieren von Patientenwünschen, zwangsweise Esseneingabe, Verweigern von notwendigen Pflegemaßnahmen, Patientenfixierungen etc. nicht zuletzt darauf, dass Pflegenden entweder die Sensibilität dafür verloren gegangen ist, was das für die Betroffenen bedeutet, oder sie „bestrafen“ die Patienten für ihre Hilfslosigkeit.

Meine – wissenschaftlich allerdings bisher nicht erforschte – These lautet: Das unreflektierte Erlernen von scheinbar selbstverständlichen Grenzüberschreitungen kann dazu führen, dass auch andere unbedingt zu achtende Grenzen in der Pflegearbeit bei anderen und sich selbst nicht mehr erkannt bzw. respektiert werden. Die Folge ist eine unzulässige Verletzung der Menschenwürde.



Ich möchte dazu eine Geschichte wiedergeben, die Erich Schützendorf [5] berichtete:

„Für Frau Schmidt existiert ein richterlicher Fixierungsbeschluss, weil sie nachts aus dem Bett klettert und dabei hinzufallen droht. Als sie noch nicht fixiert wurde, verließ sie regelmäßig das Bett, um sich vom Tisch der Zimmernachbarin eine Mineralwasserflasche zu holen. Tagsüber sitzt Frau S. in ihrem Stuhl. Will sie unbedingt etwas haben und bekommt keine Hilfe, steht sie allein auf und geht mit wackligen Schritten dem Ziel zu.“ Nachdem Schützendorf als Fachbereichsleiter Frau S. über ein halbes Jahr mehrfach beobachtet hatte, schlug er dem Team vor, den Fixierungsbeschluss aufheben zu lassen. Die Pflegenden sind dagegen, weisen auf die Gefahr einer Fraktur hin. Er bohrte weiter, fragte, ob Frau S. denn nachts überhaupt aufstehe? Die Pfleger/-innen waren sich sicher, weil sie ja unbedingt an die Wasserflasche der Zimmernachbarin wolle. Schützendorf schlägt vor, Fr. S. selbst eine Flasche hinzustellen, die Pflegenden gehen darauf nicht ein: Frau S. stehe nun mal nachts auf und könnte sich was brechen.

Kurz darauf wird ihm eher zufällig bekannt, dass sich Frau S. eine Verletzung an der Scheide zugezogen habe. Eine Praktikantin hatte ihr eine Flasche Mineralwasser ans Bett gestellt. Frau S. hatte mit der Flasche masturbiert und sich dabei am Schraubverschluss verletzt. Dem Stammpersonal war diese Vorliebe bekannt gewesen und diese sexuelle Praktik war der Grund für die nächtliche Fixierung der Bewohnerin. Das Gefühlsgemisch der Pflegenden aus Fürsorge, Abscheu, Verständnis, Scham und Peinlichkeit verhinderte, dass sie sich mit anderen verständigten. Statt dessen erwirkten sie beim Richter mit dem Hinweis auf ‚Gangunsicherheit‘ einen langfristigen bzw. dauerhaften nächtlichen Fixierungsbeschluss.“

An dem Beispiel wird deutlich, wie es durch Tabuisierung peinlicher Gefühle zu ethisch und rechtlich nicht rechtfertigbarer Gewaltanwendung kommt. Hier wird die Selbstbestimmung der Patientin, ihre Autonomie, in unzulässiger Weise beschnitten.

### Der Weg ist das Ziel

Professionelle Pflege ist eine ausgesprochen anspruchsvolle Tätigkeit und zwar eben wegen dieser alltäglichen emotionalen Anforderung, der mehr oder weniger ständigen Konfrontation mit schwierigen Gefühlen.

Dieser Anforderung mehr Aufmerksamkeit schenken, bei aller Schwierigkeit lernen, sich offen und konstruktiv mit anderen darüber auszutauschen und sich gegenseitig ernst zu nehmen ist der wichtigste Schritt. Daraus lassen sich dann auch hilfreiche Bewältigungsstrategien entwickeln. Es reicht nicht aus, wenn Krankenpflegeschülerinnen einmal im Unterricht darüber sprechen, sie brauchen unbedingt offene Vorbilder in der Praxis. Die immer wieder neu zu suchende Balance zwischen Nähe und Distanz, erforderlicher Grenzüberschreitung einerseits wie notwendiger Achtung von Grenzen andererseits bedürfen einer kontinuierlichen Reflexion und eines achtsamen – nicht schweisamen – Umgangs mit eigenen und fremden Gefühlen. Ausgebildete Krankenschwestern und -pfleger sollten den Mut aufbringen und sich intensiv um einen eigenen reflexiven Umgang mit ihrem Verhalten und ihren Emotionen bemühen, evtl. auch mit supervisorischer Unterstützung. Ein achtsamer Umgang mit den eigenen wie fremden Gefühlen ist auch die beste Prophylaxe gegen das weit verbreitete „Burn-out-Phänomen.“

### Literatur

- <sup>1</sup> Der Brockhaus multimedial 2000 premium
- <sup>2</sup> Olbrich C. Pflegekompetenz. Bern u.a.: Huber-Verlag, 1999; 77f
- <sup>3</sup> Elsbernd A, Glane A. Ich bin doch nicht aus Holz. Wie Patienten schädigende Pflege erleben. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1996; 82
- <sup>4</sup> Gröning K. Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Frankfurt/Main: Mabuse, 2000: 47–49
- <sup>5</sup> Schützendorf E. Soll man Tabus in der Pflege brechen? In: Die Schwester/Der Pfleger (Hrsg.), 1997; 36: 551–552

Irmgard Hofmann M. A.

Terofalstraße 5  
80689 München

E-mail: irmgard.hofmann@t-online.de