

# Aggression / Gewalt in den Systemen Krankenhaus und Pflegeheim<sup>1</sup>

Michael Klessmann

## Teil I:

### Beobachtungen und Ansätze zur Prävention

#### 1. Szenen zur Einstimmung in die Thematik

Die 85jährige, in einem Altenpflegeheim bettlägerige Frau M. erzählt ihrer Betreuerin, dass sie manchmal sehr lange warten muss, wenn sie geklingelt hat, um eine Bettpfanne zu bekommen. Wenn sie dann schließlich drauf gesetzt worden ist, muss sie manchmal wiederum lange drauf liegen bleiben, so dass es anfängt weh zu tun, ehe eine Pflegekraft kommt und sie erlöst. Wie gesagt, das ist nicht immer so, aber es kommt doch häufiger vor, vor allem wenn Pfleger R. Nachtdienst habe, und für sie, die Betroffene, sei das richtig schmerzhaft und quälend.

Eine 82jährige, ansatzweise demente und häufig inkontinente Frau in einem Altenpflegeheim, kotet manchmal ein; sie erzählt ihrem Mann unter Tränen, dass ihr das selbst total unangenehm und peinlich ist, sie es aber nicht immer verhindern kann; und dass neulich Schw. S. sie dann so robust und derb gewaschen habe, dass sie an manchen Stellen richtig wund geworden sei und ihr alles weh getan habe.

Einem alten Mann, den das Personal im Krankenhaus wegen seiner aggressiven Ausbrüche schon fürchtet, hat offenbar das Mittagessen nicht geschmeckt; als eine Pflegeschülerin ins Zimmer kommt, um das Geschirr abzuholen, brüllt er sie an, was denn das für ein Fraß gewesen sei, er reißt ihr den Teller, den sie gerade abräumen wollte, aus der Hand und wirft ihn ihr gegen den Bauch. Glücklicherweise bleibt sie unverletzt, ist aber natürlich tief erschrocken und geht in Zukunft nur mit Angst in sein Zimmer.

In der Nachtschicht ist eine Altenpflegerin für 18 pflegebedürftige alte Menschen zuständig; das geht manchmal gut, aber wenn mehrere gleichzeitig Schmerzen haben oder die Bettpfanne brauchen oder umgelagert werden müssen, wird es eng, die Schwester wird gereizt, weil sie merkt, dass sie den Betroffenen nicht gerecht werden kann; wenn ihr dann noch jemand quer kommt, verliert sie schnell ihre Geduld und reagiert ärgerlich. Am Morgen ist sie völlig erschöpft und hat gleichzeitig Schuldgefühle, weil sie spürt, dass sie die Heimbewohner und –bewohnerinnen nicht wirklich angemessen versorgen kann.

Schwester Karin kommt ins Stationszimmer gerannt und schreit los: Ich krieg die Krise, diese alte Hexe, die Frau M, nie kann man es ihr Recht machen, immer hat sie was auszusetzen. Jetzt gerade war noch ihr Sohn zu Besuch und hat zu mir gesagt, seine Mutter fühlte sich hier

---

<sup>1</sup> Vorträge auf der österreichischen Krankenhausesseelsorgeretagung in St. Georg am Längsee am 7.3.2017.

nicht gut aufgehoben, sie würde sich nach ihrer Entlassung bei der Klinikleitung beschweren; ich weiß gar nicht, was die eigentlich will.

## 2. Formen und Funktionen von Ärger, Aggression, Gewalt

Ärger und Aggression bilden ein notwendiges und hilfreiches Grundelement des Lebens: Damit stelle ich der negativen Bewertung von Aggression, wie sie in den genannten Szenen deutlich wird, und wie sie auch in der Öffentlichkeit und der Wissenschaft zum Thema verbreitet ist, erst einmal eine positive Einschätzung gegenüber. Ärger und Aggression sind nicht in jedem Falle destruktiv und verurteilenswert. Denken Sie an folgende Szenen:

- Eltern, die ihrem Kind in bestimmten Situationen ein eindeutiges „Schluss jetzt“ mitteilen und dieses dann auch durchsetzen;
- die Lehrerin, die mit energischen Worten die Klasse zur Ruhe ruft;
- das zweijährige Kind, das sich durch ein trotziges „nein“ von der Mutter abgrenzt (das „nein“ ist oft Voraussetzung für die Fähigkeit, „Ich“ zu sagen!);
- der Jugendliche, der sich gegen einen übergriffigen Mitschüler körperlich zur Wehr setzt;
- die Frau, die nach einer langen Zeit der Funkstille in ihrer Partnerschaft den Mann anschreit „nun sag endlich mal, was mit dir los ist“;
- der Berater, der einen Klienten mit einer schmerzlichen Beobachtung konfrontiert;
- jemand, der sich traut, die Wahrheit zu sagen, auch wenn das unangenehme Konsequenzen nach sich ziehen kann...

all' diese Verhaltensweisen leben von einem Schuss Aggression im Wortsinne des lateinischen *aggredi*: auf etwas oder jemanden entschieden zugehen, zupacken, der eigenen Kraft und Lebendigkeit energisch Ausdruck geben, sich behaupten, Grenzen setzen, sich wehren, ein Problem, ein Thema oder einen Konflikt angehen und damit Kontakt (wieder-)herstellen. Am Anfang steht in der Regel Ärger, Ärger als Gefühl, als Gestimmtheit, die viel mit dem Selbstwertgefühl einer Person zu tun hat<sup>2</sup>: Wenn man sich von anderen entwertet und übersehen erlebt, wenn man beleidigt oder beschimpft wird, wenn man sich ungerecht gesehen und behandelt fühlt, wenn einem Wertschätzung entzogen oder vorenthalten wird, reagiert man mit Ärger. Ärger ist in solchen Situationen der Versuch, den eigenen Selbstwert wieder herzustellen. Im Ärger fühle ich mich stark, wo ich mich doch gerade schwach gemacht erlebt habe – ob das lange vorhält, ist eine zweite Frage. Wenn man sich klar macht, dass Patienten im Krankenhaus oder Bewohnerinnen im Altenheim sich besonders schwach und machtlos erleben – und es de facto auch sind – kann man verstehen, dass Ärger und Wut Mittel sind, diese Schwäche und Machtlosigkeit vorübergehend zu kompensieren.

---

<sup>2</sup> Zum Folgenden vgl. Verena Kast, *Vom Sinn des Ärgers*. Freiburg 2014, 13ff.; Michael Klessmann, *Ärger und Aggression in der Kirche*. Göttingen 1992.

Ärger kann sich steigern zu Wut – man ist blind vor Wut, man könnte in die Luft gehen, explodieren – und / oder kann sich verstetigen und chronifizieren zu Groll: Das wird so ein untergründiges Gefühl, das einen in vielen Situationen ständig begleitet: Das Leben ist mir gegenüber ungerecht, ich kriege nicht, was mir eigentlich zusteht, ich komme zu kurz, ich werde benachteiligt etc. Es kommt zu einer Verbitterung oder Verbitterungsstörung, die das ganze Leben grundiert.

Ärger kann sich Ausdruck verschaffen in Aggression und Gewalt, also in einem Verhalten, das andere bedroht, schädigt und verletzt. Aggression und Gewalt können körperlich ausgeübt werden, durch Schlagen, stoßen, kratzen und beißen, aber es gibt natürlich auch die viel subtilere verbale Gewalt, mit der Menschen herabgesetzt, klein gemacht, beschämt werden. Das kann direkt und offen geschehen, indem jemand einen anderen beschimpft, es kann indirekt geschehen, durch Ironie, Mimik und Gesten, gegen die man sich viel schwerer wehren kann.

Ärger und Aggression bilden nicht immer, wie man es oft hört, das Gegenteil von Liebe und Freundlichkeit, sondern können durchaus Ausdrucksformen von Zuneigung, Interesse und Engagement sein. Der amerikanische Psychoanalytiker Rollo May hat Aggression in diesem Sinn als „power to be“, als Lebenskraft bezeichnet: Sich durchzusetzen, sich zu behaupten, Widerstände beiseite zu schaffen ist eine biologisch notwendige Fähigkeit, die wir brauchen, damit Leben sich in der ständigen Auseinandersetzung mit anderen Lebewesen und mit der Umwelt entfalten kann. Für die Selbstwerdung, für die Individuation ist Aggression in diesem Sinn eine unverzichtbare und lebensdienliche Kraft. Wer sie gar nicht leben kann, weil sie nicht vorgelebt wurde und sich nicht entfalten durfte, geht leicht unter. Es ist also zu kurz gegriffen, wenn Lexika und Handbücher immer nur destruktive, schädigende Verhaltensweisen als Aggression definieren. Ihre konstruktive Dimension dürfen wir auf keinen Fall übersehen. Aber – und das scheint mir entscheidend – diese Lebenskraft muss immer neu kultiviert und produktiv kanalisiert werden. Bereitschaft und Fähigkeit zu offener, ehrlicher Kommunikation ist dazu eine Bedingung.

Kultivierung und Kanalisierung aggressiver Lebenskraft misslingen leider häufig und entgleisen dann zu destruktiver Aggression, zu gewaltförmigem Verhalten. Sie misslingen vor allem dann, wenn Menschen in ihrer frühen Biographie eine Häufung von Bindungsstörungen, von verletzenden Beziehungserfahrungen gemacht haben, wenn sie selber Opfer von persönlicher und/oder struktureller Gewalt geworden sind. Der Erziehungswissenschaftler Peter Struck bringt es so auf den Punkt: „Niemand wird Gewalttäter, wenn er nicht zuvor selbst Opfer von Gewalt war.“<sup>3</sup> Familien spielen hier eine besonders wichtige Rolle: Gewalt in der Familie (als direkte Gewaltausübung, aber auch in Form von Vernachlässigung und Kränkung) stellt die am meisten verbreitete Form der Gewaltausübung dar.<sup>4</sup> Aber natürlich spielen darüber hinaus auch gesellschaftliche

---

<sup>3</sup> Peter Struck, Gegen Gewalt. Über den Umgang junger Menschen mit sich und anderen. Darmstadt 2007, 58.

<sup>4</sup> Vgl. Manfred Cierpka, Möglichkeiten der Gewaltprävention. Göttingen 2005, 19.

Ausgrenzung, Armut, Hunger, und Traumatisierungen durch Überfall, Unfall, Naturkatastrophen etc. eine wichtige Rolle.

### 3. Psychische, physische und strukturelle Formen von Aggression und Gewalt

Gewalt (oder destruktive Aggression) ist in psychische, physische und strukturelle Gewalt zu differenzieren. Von psychischer Gewalt ist da zu sprechen, wo Menschen durch Sprache und Gesten verunsichert, geängstigt, gedemütigt, erniedrigt und beschämt werden, durch kränkende, entwertende Anspielungen, Andeutungen, Lügen, Beschimpfungen, Unterstellungen und herabsetzende, gewalthaltige Wörter.<sup>5</sup> Im Krankenhaus oder Pflegeheim gehört zur psychischen Gewalt das Kommunikationsverhalten des Personals, gelegentlich sicher auch der Patienten: Bevormunden, lautes Reden, Schimpfwörter, Nichtbeachten, Unaufmerksamkeit, Desinteresse, Unterhalten mit Dritten über den Kopf der betroffenen Person hinweg, abfällige Bemerkungen, mit freundlicher Miene Unfreundliches sagen, Duzen, respektlose Anrede, vermeiden von Blickkontakt, Kritik üben vor anderen usw.<sup>6</sup>

Auf der Grenze zwischen psychischer und physischer Gewalt liegt, wenn etwa der Intimbereich von Menschen zu wenig geschützt wird, wenn beispielsweise vor einer großen Visitenrunde sich jemand nackt zeigen muss, also in einem Übermaß beschämt wird etc.

Physische Gewalt bedient sich der Überlegenheit körperlicher Kraft oder Waffen aller Art, um Menschen zu etwas zu zwingen, was die nicht wollen, um sie zu kränken, zu verletzen, ihre Möglichkeiten einzuschränken, im Extremfall sie zu töten. Angst vor Rechtsradikalen nährt sich in hohem Maß von deren Bereitschaft zuzuschlagen; martialisches Aussehen (Glatzen, Springerstiefel etc.) und eine entsprechende menschenverachtende Sprache sollen natürlich Angst auslösen und stellen insofern eine Mischung aus physischer und psychischer Gewalt dar. Eine besondere Spielart physischer Gewalt bildet sexualisierte Gewalt, in der eine andere Person mit sexuellen Mitteln dominiert und erniedrigt werden soll. Wenn Patienten (etwa in einer psychiatrischen Klinik) gewalttätig werden und ruhig gestellt oder fixiert werden müssen, ist natürlich physische Gewalt im Spiel.

Strukturelle Gewalt oder Systemgewalt bezeichnet, „die vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse“, so hat es Johan Galtung 1972 sehr umfassend definiert.<sup>7</sup> Dazu zählt beispielsweise, dass Menschen in Arbeitslosigkeit und Verarmung entlassen werden, weil ein Konzern die Renditeerwartungen steigern möchte; dass bestimmte Familien- und Wohnverhältnisse dazu beitragen, dass Kinder vernachlässigt werden und in gewaltförmige Lebensverhältnisse hineinwachsen; dass Menschen in

<sup>5</sup> Vgl. ausführlicher Claudia Stein, Seelische Gewalt in Paarbeziehungen. Interventionsformen und Bewältigungsstrategien. Marburg 2006.

<sup>6</sup> Vgl. Kornelia Garbers-Schumacher, Gewalt und Aggression in der Pflege – wenn der Umgangston mit Patienten nicht mehr stimmt. Manuskript 2007.

<sup>7</sup> Artikel „Strukturelle Gewalt“ aus Wikipedia vom 15.2.2008.

bestimmten Branchen so schlecht entlohnt werden, dass sie davon nicht ihren Lebensunterhalt bestreiten können; dass Migrantenkinder überdurchschnittlich häufig keinen Schulabschluss machen; dass in städtischen Quartieren mit preisgünstigen Mieten die Lärm- und Schmutzbelastung besonders hoch ist usw. Bertolt Brecht schreibt in „Me-Ti. Buch der Wendungen“: „Es gibt viele Arten zu töten. Man kann einem ein Messer in den Bauch stechen, einem das Brot entziehen, einen von einer Krankheit nicht heilen, einen in eine schlechte Wohnung stecken, einen durch Arbeit zu Tode schinden, einen zum Suizid treiben, einen in den Krieg führen usw. Nur wenig davon ist in unserem Staat verboten.“<sup>8</sup>

Die Verdecktheit dieser Formen struktureller Gewalt und die Allgegenwart von Gewalt in den Medien tragen entscheidend dazu bei, dass wir sie oft gar nicht mehr als solche wahrnehmen, nicht mehr über sie erschrecken und deswegen wenig zu ihrer Reduzierung oder Abschaffung tun. Hier stellt sich die Frage, ob nicht Kirchen und Diakonie bzw. Caritas (zusammen mit Gewerkschaften) noch viel deutlicher die Empörung über solche Zustände artikulieren müssten: Empörung über unhaltbare Lebens- und Arbeitsbedingungen scheint mir eine ausgesprochen konstruktive Form von Aggression zu sein. Sie resigniert nicht vor dem status quo, sondern hält an der Vorstellung, an der Utopie von der Veränderbarkeit der Zustände fest – auch Seelsorgende und Beratende sollten die Kraft dieser Empörung bewahren, indem sie beispielsweise enge Verbindungen mit Diakonie und Sozialarbeit pflegen.

Strukturelle Gewalt löst bei den Betroffenen Anspannung, Resignation und depressive Zustände aus, oder auch direkte Wut, die sich dann wiederum in Racheaktionen entlädt. Der Familientherapeut Manfred Cierpka benutzt in diesem Zusammenhang die Metaphern von Hintergrund und Vordergrund:<sup>9</sup> Der durch Angst und / oder Aggression gestörte Hintergrund versetzt Menschen in solche Spannungszustände, dass im Vordergrund in ihrer beruflichen Tätigkeit eine einfühlsame Beziehung zu Patienten oder Bewohnerinnen nicht immer gelingt.

Am Anfang der Kette aggressiven Verhaltens steht oft, dass einzelne oder eine Gruppe sich ohnmächtig, zurückgesetzt, verletzt, übersehen fühlen, daraufhin Ärger, Zorn, Wut, Hass empfinden, woraus u.U. gewalthaltiges Verhalten folgt. Das „unter Umständen“ weist daraufhin, dass Ärger/Zorn keine „blinden“ Gefühle darstellen, die zwangsläufig ausagiert werden müssen, sondern dass sie meistens mit einer kognitiven Einschätzung der Situation verknüpft sind und damit, wie jemand gelernt hat, auf bestimmte Kränkungerfahrungen zu reagieren. Eine konkrete Situation muss von den Beteiligten bewertet werden: Wenn ich in der Fußgängerzone plötzlich einen Schlag auf die Schulter bekomme, drehe ich mich sofort um und entscheide blitzschnell, ob das die etwas rauhe, aber freundlich gemeinte Begrüßung eines alten Bekannten darstellt oder den böartigen Beginn eines Überfalls – entsprechend fällt meine Reaktion sehr unterschiedlich aus. Dabei spielt natürlich auch die individuelle Lerngeschichte im Blick auf Aggression und Gewalt eine wichtige Rolle: War

---

<sup>8</sup> Bertolt Brecht, Gesammelte Werke in 20 Bänden, Bd. 12. Frankfurt 1967, 466.

<sup>9</sup> Cierpka 2005, 24.

Aggression in Form von Anschreien, Schubsen, Schlagen in der Herkunftsfamilie tabuisiert oder ein relativ normales Mittel der Konfliktlösung?

Ärger, Zorn, Wut können allerdings auch Gefühle sein, die andere, tiefer liegende Gefühle verdecken oder kompensieren sollen: Vor allem Männer tun sich in unserer Gesellschaft schwer, „weiche“ Gefühle wie Traurigkeit, Angst, Scham oder Hilflosigkeit zu spüren und anzuerkennen. Wenn einer sich im Kreis seiner Kumpel der eigenen Schwäche schämt, schlägt er lieber zu, um sein Ansehen wiederherzustellen und die schwer erträgliche Scham nicht aushalten zu müssen. Aggression ist ein verbreitetes Mittel der Angst- und der Schamabwehr! Aggressives Verhalten gilt in bestimmten Gruppierungen als männlich, verschafft den Akteuren Anerkennung.

Auch Abschied und Verlust können mit Aggression beantwortet und kompensiert werden: Wer sich zum Abschied noch kräftig streitet oder gar prügelt, muss den Schmerz der Trauer nicht ertragen. Auch der in vielen Familien nach einem Todesfall zu beobachtende Streit unter den Hinterbliebenen kann auch diesem Hintergrund verstanden werden.

Narzisstische Wut gilt als besonders schwer kalkulierbar: Im Hintergrund steht ein durch wenig kontinuierliche Empathieerfahrungen schwach ausgebildetes Selbstgefühl und eine entsprechend hohe Kränkbarkeit, die zwischen Minderwertigkeitsgefühlen und grandioser Selbstüberschätzung hin und her schwankt. Eine durch körperliche oder seelische Verletzungen ausgelöste Wut kann dann grenzenlos sein, schlägt in Hass um, bedient sich der frühen Abwehrmechanismen Spaltung und Projektion, so dass es besonders schwer ist, diese Wut, diesen Hass einer vernünftigen Bearbeitung zugänglich zu machen.

In bürgerlichen, speziell in christlich-kirchlichen Milieus begegnet uns allerdings auch die Kehrseite des Themas: Hier gelten Ärger und Aggression unverändert vorwiegend als verpönt; Aggression wird zu verschwiegener, heimlicher Aggression<sup>10</sup>, die sich subtil und oft unbewusst kommuniziert: Der beschämende Blick der Eltern, der vorwurfsvolle Gestus des Partners, die quälende Zwanghaftigkeit eines Menschen, mit der er seine Umgebung tyrannisiert, die ironisch-zynische Haltung, die andere geistreich und scheinbar witzig verletzt und herabsetzt, aber auch das übermäßig ängstlich-besorgte-überbehütende Verhalten einer anderen Person. Destruktive Aggression ist hier maskiert oder, wie in den verbreiteten Abwehrmechanismen, zur Unkenntlichkeit verzerrt:

- Bei der Projektion sind es nur die anderen, die ärgerlich-aggressiv sind; die eigene Aggressivität wird nicht wahrgenommen. Die Entstehung von Feindbildern verdankt sich solchen Projektionsmechanismen. Mit Hilfe von Feindbildern werden gezielt Menschen aus einer Gruppe ausgestoßen – Ausgestoßene werden dann leicht zu Opfern individueller und kollektiver Gewalt.
- Verkehrung ins Gegenteil könnte man mit H. Böll als „fürsorgliche Belagerung“ umschreiben. Sie kennen vermutlich solche Mütter, die ihre Kinder nicht loslassen,

---

<sup>10</sup> Vgl. den Titel der Jahrestagung der EKFuL „Verschwiegene Gewalt“. Abgedruckt in Fokus Beratung, Nov. 2004.

sie durch Überfürsorglichkeit unselbstständig machen oder halten. Lorient hat das glänzend filmisch dargestellt.

- Passiv-aggressives Verhalten: Nicht hingehen, nicht hinschauen, jemand vernachlässigen, schlecht über jemanden reden (in dessen Abwesenheit).
- Wendung gegen die eigene Person äußert sich vor allem in psychosomatischen Symptomen, depressiven Stimmungen, Kopf- und Magenschmerzen; auch Müdigkeit, Langeweile und übertriebene Distanziertheit in einer Beziehung können Anzeichen abgewehrter Aggression sein.

Ein 42-jähriger Ehemann und Vater von 2 kleinen Kindern erzählt in der Paartherapie, wie ihn am Ende eines Arbeitstages schlagartig die Müdigkeit überfällt, wenn er nach Hause kommt. Schmidbauer, der diesen Fall berichtet<sup>11</sup>, interpretiert die Müdigkeit als unterdrückte Wut darauf, dass die Kinder die Aufmerksamkeit der Eltern völlig in Beschlag nehmen, so dass kaum noch Zeit und Energie für Gemeinsamkeit, Zärtlichkeit und Erotik bleibt. Nur wenn die Wut zum Thema wird zwischen Mann und Frau, haben die beiden eine Chance, die Beziehung zu retten.

Gegenüber struktureller Gewalt ist die erste Reaktion oft eine Art von Depression: Was soll man auch machen, wenn eine Firma dicht macht und die Arbeitenden in die Arbeitslosigkeit entlässt? Wie soll eine Frau sich verhalten, wenn ihr arbeitsloser Mann häufig zu viel trinkt und sie dann immer wieder bedroht und schlägt? Was soll ein Jugendlicher machen, wenn er auf 'zig Bewerbungen hin keine Lehrstelle kriegt? Seelsorge und Beratung können in solchen Situationen stützend und den Selbstwert stärkend arbeiten; gleichzeitig scheint es notwendig, dass sie von diakonischen Maßnahmen flankiert werden. Ein Wuppertaler Pastor hat einmal in einem meiner Seminare erzählt: Als er den sozialen Brennpunkt, der zum Bezirk seiner Gemeinde gehört, besser kennen gelernt hatte, wurde ihm schnell klar, dass er hier nicht nur Seelsorge im traditionellen Stil anbieten konnte. Mit benachbarten Industriebetrieben zusammen hat er eine Werkstatt für Jugendliche aufgebaut und Schulaufgabenhilfe für Migrantenkinder, deren Eltern von dieser Aufgabe überfordert waren, organisiert: Zeichenhafte Aktionen gegen die strukturelle Gewalt eines Stadtteils.

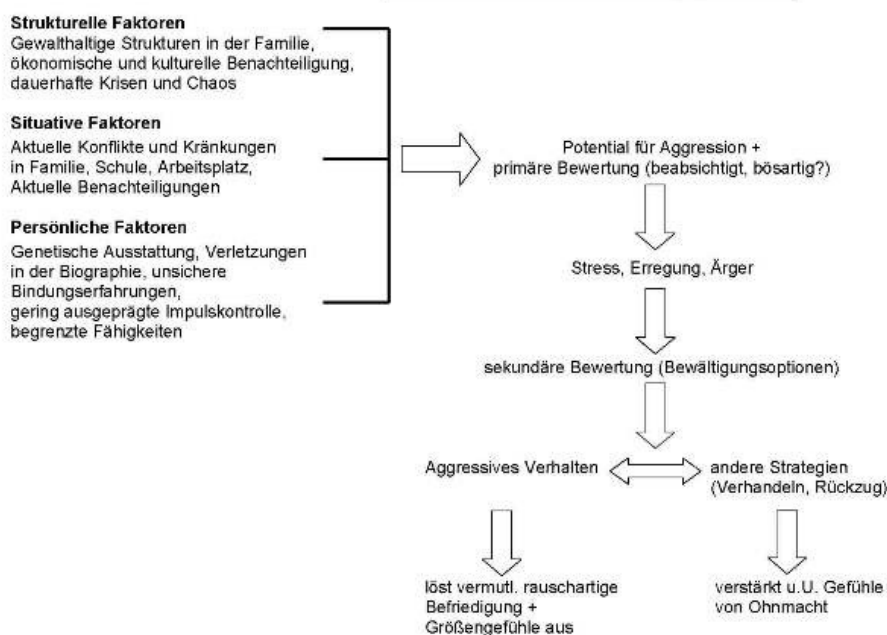
Zur Entstehung von Aggression und Gewalt gibt es eine Vielzahl von Theorien, auf die ich hier nicht eingehen will. Hilfreich erscheint mir ein Prozessmodell, das die Vielzahl der beteiligten Faktoren zu berücksichtigen sucht und Vieles, was ich schon gesagt habe, zusammenfasst<sup>12</sup>:

---

<sup>11</sup> Wolfgang Schmidbauer, Und so was von Müde. Warum es so schwierig ist, in einer individualisierten Gesellschaft Kinder großzuziehen. ZZ 2/2008, 8 – 10.

<sup>12</sup> Abgedruckt in Hans Werner Bierhoff/ Ulrich Wagner (Hg.), Aggression und Gewalt. Phänomene, Ursachen und Interventionen. Stuttgart/Berlin 1998, 16.

### Faktoren destruktiver Aggression



## 4. Faktoren bei der Entstehung von Aggression / Gewalt im Krankenhaus und Pflegeheim: strukturell, situativ, persönlich.

### 4.1 Strukturelle Faktoren<sup>13</sup>

Bei der Entstehung von aggressivem Verhalten sowohl bei den Mitarbeitenden wie bei Bewohnern und Patienten spielen strukturelle Faktoren eine zentrale Rolle:

- Krankenhäuser und Pflegeheime kann man als *totale Institutionen* kennzeichnen, wie sie der amerikanische Soziologe Erving Goffman beschrieben hat: Alle, die in einer solchen Einrichtung leben und arbeiten, sind *einem* übergeordneten Plan unterworfen, alle werden mehr oder weniger einheitlich behandelt, alle müssen ihre privaten Rechte und Bedürfnisse zeitweilig zurückstellen. Darin liegt einerseits eine Stärke des Systems, dass es keine ungerechtfertigten Bevorzugungen gibt; gleichzeitig ist das auch eine Schwäche, denn individuelle Eigenheiten, Wünsche, Bedürfnisse und Vorlieben können nicht berücksichtigt werden – was wiederum zu Ärger und Aggression führen kann. Totalen System haftet grundsätzlich etwas Gewalttätiges an.
- *Dünne Personaldecke*. Auf Grund des wirtschaftlichen Drucks und des Mangels an qualifiziertem Personal in Krankenhäusern und Pflegeheimen entsteht ein hoher Arbeitsdruck, der schon in normalen Zeiten belastend ist; wenn dann noch Ausfälle wg Krankheit oder Urlaub hinzukommen oder unvorhergesehene Ereignisse, wird es für das Personal kritisch.

<sup>13</sup> Vgl. Theo Kienzle, Barbara Paul-Ettlinger, Aggression in der Pflege. Stuttgart<sup>7</sup>2013, 47ff.



- *Verdichtung der Arbeit*: weniger Kräfte müssen mehr leisten. Eine Pflegekraft muss zu viele Patienten versorgen. Ständige Hetze, Nervosität, Anspannung, Überstunden, dazu ein hohes Maß an Dokumentation und Verwaltungsarbeit. Überlastung und Überforderung kann gewalttätige Reaktionen auslösen.
- *Sinkende Motivation*: Die ursprüngliche Motivation, alten und kranken Menschen zu helfen, wird durch die tatsächlichen Arbeitsverhältnisse im Lauf der Jahre immer mehr ausgehöhlt. Gerade das, was wichtiger Bestandteil der ursprünglichen Motivation für pflegerische Arbeit war, kommt zunehmend zu kurz und wirkt insofern demotivierend.
- *Ungünstige räumliche und technische Ausstattung*: lange Flure, auf denen man sehr viel laufen muss; technisches Hilfsgerät, das nicht funktioniert.
- *Hierarchische, autoritäre Strukturen* schränken selbstständiges Arbeiten ein und mindern damit die Berufszufriedenheit.
- *Öffentliches Ansehen des Pflegerufs ist gering*, was sich vor allem in der schlechten Bezahlung abbildet: Das Einstiegsgehalt als Altenpflegerin liegt bei 2400 – 2600 € brutto; außerdem hat man geringe Aufstiegschancen in diesem Beruf. (25% der Altenpflegerinnen geben bereits nach dem ersten Berufsjahr ihren Beruf auf!).
- Schließlich befördert das *grundlegende Abhängigkeitsverhältnis der Patienten oder Bewohner von den Mitarbeitenden* Aggression und Gewalt. Die Machtverteilung ist schlicht und ergreifend höchst ungleich, was bei den Mitarbeitenden der Versuchung, ihre Macht auszuspielen und zu genießen, Vorschub leistet und bei den Abhängigen die Angst verstärkt – die sich dann wiederum im Ausdruck von Aggression zeigt.

### 3.2 Situative Faktoren

Ungünstige Strukturen werden überlagert und verschärft durch situative Faktoren:

- Beim Personal: Akute Konflikte mit KollegInnen, Pflegedienstleitung und Ärzten, die leicht einen kränkenden und entwertenden Charakter annehmen können.
- (Wiederholte) Konflikte mit (schwierigen) Bewohnern und Patienten, die reizbar machen.
- Enttäuschte Erwartungen im Blick auf Dankbarkeit und Anerkennung der Patienten.
- Hohe Belastung durch die ständige Auseinandersetzung mit Krankheit, Leiden und Sterben; die Sinnfrage wird für die Pflegenden relevant wenn sie den Eindruck bekommen, die zu Pflegenden nicht mehr gut begleiten, sondern nur noch abfertigen zu können.
- Bei Patienten Angst und Verunsicherung über ihre Erkrankung: Da ist jemand nach einer Krebsdiagnose zutiefst erschüttert, versteht den medizinischen Zusammenhang noch gar nicht, wird mit Entscheidungen konfrontiert, die ihn überfordern, fühlt sich sowieso in der Atmosphäre des Krankenhauses grundlegend verunsichert und ängstlich: Da ist aggressives Reagieren (oder der Rückzug) eine bewährte Form, um

die eigene Angst und Unsicherheit zu kompensieren. Auch der schwierige Zimmernachbar, dessen vieler Besuch oder dessen TV-Konsum, die Unruhe und Hektik im Haus insgesamt, können Patienten aggressiv machen.

### 3.3 Persönliche Faktoren

Diese Faktoren treffen wiederum auf die persönliche Ausstattung einer Pflegekraft, die sie im Lauf ihrer Biografie durch ihre familiären und schulischen Erfahrungen erworben hat:

- Unsicheres Selbstwertgefühl
- Generelle Reizbarkeit
- Geringe Impulskontrolle
- Erfahrung, dass Konflikte vorwiegend aggressiv gelöst wurden
- Gefühl, häufig überfordert zu sein, vielleicht auf Grund mangelnder Intelligenz oder zu geringer Qualifikation.
- Überlastung, Ärger, Enttäuschung, die man von zu Hause mitbringt aus Konflikten mit Partnern und Kindern.

Sie sehen aus dieser Aufzählung, wie viele Faktoren bei der Entstehung von Aggression und Gewalt eine Rolle spielen; dabei werden die strukturellen Faktoren besonders leicht übersehen, weil sie als gegeben und unabänderlich gelten, sie fallen als Hintergrund einer konkreten Konfliktsituation gar nicht mehr auf. Das führt aber zu einer falschen Personalisierung von Aggression und Gewalt.

### 5. Präventionsmöglichkeiten

Die strukturellen Faktoren geraten bei der Entstehung und Wahrnehmung von Aggression und Gewalt in Krankenhäusern und Pflegeheimen leicht in den Hintergrund, obwohl sie von besonderer Bedeutung sind. So spielen sie auch für die Prävention eine herausragende Rolle. Wenn die Arbeitsbedingungen schlecht sind, nützen alle Kommunikationsstrategien nur wenig. Unter schlechten Arbeitsbedingungen geraten auch fähige Personen schnell an die Grenzen ihrer Kompetenz und Belastbarkeit.

Für die Prävention heißt das: Totale Strukturen auflockern durch flache Hierarchien, mehr Personal, Entzerrung der Arbeit, mehr Freiraum, Zeit und Energie für direkte Patientenkontakte, bessere bauliche Ausstattungen usw. In der einschlägigen Literatur zu diesem Thema werden diese Faktoren und noch viele mehr immer wieder aufgezählt; es wird dabei an die Träger und leitenden Mitarbeitenden der Einrichtungen appelliert. Gleichzeitig wird dann gesagt, dass dies eine gesellschaftliche Aufgabe sei, also die gesamten soziokulturellen und ökonomischen Bedingungen der Krankenhaus- bzw. Pflegeheimarbeit betrifft<sup>14</sup>. Damit wird aber im Grunde die weitgehende Hilflosigkeit eingestanden: Denn es

---

<sup>14</sup> Barbara Bojack, Gewaltprävention. Quedlinburg 2001, 114ff; Kienzle / Paul-Ettliger, Aggression in der Pflege 2013, 56ff.

sind doch gerade die gegenwärtigen soziokulturellen und ökonomischen Bedingungen, die diese Lage auf dem Markt der Krankenhäuser und Pflegeheime herbeigeführt haben. Private Kliniken, Pflegeheime und Seniorenresidenzen gelten inzwischen als lohnende Zielobjekte für Immobilieninvestoren, die natürlich mehr die Steigerung der eigenen Rendite als die Qualität der Pflege in diesen Häusern im Sinn haben. Darüber hinaus: Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen, die Notwendigkeit, dass sich Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen auf dem Gesundheitsmarkt behaupten müssen, Gewinn erwirtschaften und expandieren müssen, zwingt zu einem kostensparenden Betrieb solcher Einrichtungen, aller wohlmeinenden humanitären Mahnungen zum Trotz. Diese generelle Einschränkung ist also vorweg zu bedenken: Die strukturellen Faktoren, die in hohem Maß zur Entstehung von Aggression und Gewalt in Krankenhäusern und Pflegeheimen beitragen, sind schwer zu verändern.

Trotzdem sind natürlich gewisse Gestaltungsmöglichkeiten gegeben, die wiederum Faktoren für die Attraktivität eines Hauses auf dem umkämpften Markt darstellen und auch zur Reduktion von Aggression und Gewalt beitragen: Eine attraktive Baulichkeit insgesamt, ansprechende Räumlichkeiten im Inneren, Möglichkeiten zur eigenen Ausgestaltung der Zimmer, Räume für Aufenthalt, Spiel und Bewegung, flexible Essens- und Schlafenszeiten, Freizeit- und Kulturangebote etc.

Darüber hinaus bleibt die Möglichkeit, am **Kommunikationsklima** eines Hauses zu arbeiten, ich nenne das einen quasi-strukturellen Faktor, weil es da um etwas Überpersönliches geht. Schulungen des Personals und kontinuierliche Teamsupervisionen können dazu beitragen, dass ein weitgehend aggressions- und auf jeden Fall gewaltfreies Klima entsteht<sup>15</sup>. Höflichkeit, Freundlichkeit, Respekt und Aufmerksamkeit gegenüber kranken und alten Menschen kann dem Personal beigebracht werden, gehört einfach zum professionellen Habitus; Hierarchien aufzulockern, Machtgehabe und autoritäres Auftreten abzubauen, kann man erreichen. Personal ermutigen, bei beobachteten Mißständen nicht zu schweigen, ggf. zur Heimleitung oder Heimaufsicht zu gehen (das gilt für die Seelsorge natürlich auch!). Die Analyse einer aggressiven Situation im Nachhinein kann dazu beitragen, dass Ähnliches in Zukunft nicht wieder passiert; hier ist die Leitung gefragt, mit Offenheit beide Seiten ernst zu nehmen und zu hören, sich gleichzeitig deutlich auf die Seite der jeweils Schwächeren zu stellen, in den meisten Fällen sind das die Patienten und Patientinnen, die Bewohner und Bewohnerinnen.

Da, wo Aggression und Gewalt von Patienten oder ihren Angehörigen ausgeht, kann und muss man mit Einzelnen sprechen, medizinische Sachverhalte und Notwendigkeiten aufklären, man kann Gruppenangebote machen, in denen auch solche Probleme zum Thema werden können etc.

Schließlich kann man mit dem Personal durch multiprofessionelle Fallkonferenzen an Bewältigungsstrategien für potentiell gewalthaltige Situationen im Voraus arbeiten: Im Voraus überlegen, was bei einzelnen unruhigen, verwirrten Menschen, die sich noch dazu kommunikativ schwer verständigen können, nötig ist, um die Eskalation bestimmter Situationen zu vermeiden: Vertrauen zu einer einfühlsamen und verlässlichen Bezugsperson aufzubauen gehört dabei zu den wichtigsten Maßnahmen.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Bojack 2013, 106ff.

<sup>16</sup> Vgl. das Fallbeispiel bei Bojak 110f.

Ähnliches gilt im Blick auf das Personal : Heim- und Pflegedienstleitung hat die Aufgabe darauf zu achten, dass Pflegende sich nicht übergriffig verhalten, professionelle Distanz halten, zuhören können, klar und freundlich kommunizieren, Auseinandersetzungen vermeiden statt sie anzuheizen, vorübergehend entlastet werden usw. Weiterbildungen und Supervisionen sind dazu wichtige Hilfsmittel.

Alle Methoden, die dazu beitragen, Kommunikation zu verbessern, sind in diesem Zusammenhang hilfreich; besonders erwähnenswert ist dabei die sog. gewaltfreie Kommunikation nach Marshall Rosenberg<sup>17</sup>, die Ähnlichkeiten mit dem Ansatz von Carl Rogers aufweist. Die Grundidee ist: Menschen haben Bedürfnisse, die erfüllt werden müssen, wenn sie glücklich sein sollen; wenn das nicht möglich ist, reagieren sie mit negativen Emotionen, die Rosenberg „Wolfsprache“ nennt: Abwertung anderer, Vergleiche als Form der Verurteilung, Leugnen von Verantwortung und andere Formen entfremdender Kommunikation. Gewaltfreie Kommunikation, die er auch „Sprache des Herzens“ oder „Giraffensprache“ nennt, beobachtet statt zu bewerten, nimmt Gefühle ernst (was gerade in Institutionen ungewöhnlich ist), achtet auf die Grundbedürfnisse wie Gesundheit, Liebe, Autonomie, Wertschätzung, und ermutigt Menschen, um das zu bitten, was sie brauchen.

## 6. Biblische Perspektiven

Zum Abschluss will ich einen kurzen Blick auf biblische Zusammenhänge werfen: Als christliche Seelsorger und Seelsorgerinnen leben wir von diesen Traditionen, wollen sie nach außen kommunizieren und werden darauf angesprochen.

Die Bibel ist ein Buch, in dem viel von Gewalt die Rede ist; es werden schreckliche Ereignisse erzählt, unkommentiert, im Sinn von: So war das, so ist es, so ist der Mensch. Das beginnt mit der Ermordung Abels durch Kain und endet mit den schrecklichen Gewaltphantasien der Apokalypse des Johannes. Man kann das verstehen als Spiegelung dessen, was wir tagtäglich erleben: So ist die Welt – und sie war früher nicht grundsätzlich besser als heute. Aber nicht nur Menschen und Völker werden als aggressiv und gewalttätig dargestellt, auch Gott selbst wird als gewalttätig geschildert: In der Sintflut vernichtet er fast die gesamte Menschheit und Natur; in Sodom und Gomorrah lässt er Feuer und Schwefel auf eine ganze Stadt regnen; Mirjam, die Schwester des Mose, lobt Gott, weil er die Ägypter, Ross und Reiter, im roten Meer hat ersaufen lassen, nachdem das Volk Israel errettet worden ist. Wenn Gott so ist, können wir, die Menschen, anders sein?

Daneben – und das steht in deutlichem Widerspruch zu dem Vorangegangenen – gibt es zahlreiche Hinweise auf Gewaltlosigkeit und Ermahnungen zum Gewaltverzicht, Aufforderungen zum Frieden, zur Nächsten- und Feindesliebe. Zwei Exegeten schreiben in einem sehr abwägenden Buch zum Thema den Satz: „Doch ist, wenn nicht alles täuscht, der Grundton der Bibel ... der Ton der Gewaltüberwindung, nicht der Gewaltverherrlichung.“<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Zum Folgenden Marshall B. Rosenberg, Konflikte lösen durch gewaltfreie Kommunikation. Freiburg <sup>13</sup>2011; Markus Plate, Grundlagen der Kommunikation. Göttingen 2013, 79ff.

<sup>18</sup> Walter Dietrich / Moises Mayordomo, Gewalt und Gewaltüberwindung in der Bibel. Zürich 2005, 25.

Damit wird deutlich, in wie hohem Maß Aggression und Gewalt in unserer jüdisch-christlichen Tradition ambivalent besetzt ist. Im Lauf der Geschichte hat sich das moralische Urteil im Blick auf Gewalt glücklicherweise verändert, sie wird geächtet – obgleich das Ausmaß an Gewalt in unserer gegenwärtigen Welt, und nicht nur auf den großen politischen Bühnen, sondern eben auch im Nahbereich der Familien und Schulen – nicht unbedingt geringer geworden ist. Es ist in jedem Fall nicht mehr so sichtbar wie zu früheren Zeiten. Die Tatsache, dass Eltern und Lehrer nicht mehr schlagen (dürfen), heißt noch nicht, dass Gewalt prinzipiell überwunden ist.

In jedem Fall ist es unsere aller Aufgabe als Seelsorgende, die wertschätzenden und zur wechselseitigen Liebe, zum Respekt aufrufenden Akzente der Bibel im Blick auf den Umgang mit Menschen untereinander hervorzuheben und zu stärken. Dazu gibt uns wiederum die Bibel auch viele Anregungen: Gott droht Adam und Eva in der Paradiesgeschichte an, dass sie sterben müssten, wenn sie vom Baum der Erkenntnis essen; als sie es getan haben, werden sie nicht getötet, sondern „nur“ vertrieben. Nachdem Kain seinen Bruder totgeschlagen hat, schützt Gott ihn, indem er ihm ein Kainsmal gibt. Usw. In diesem Sinn sind wir aufgefordert, Aggression und Gewalt in Krankenhäusern und Pflegeheimen nicht zu übersehen und zu verharmlosen, sondern wahrzunehmen und bewusst und gezielt damit umzugehen und dagegen anzugehen. Dass es auch dazu einen Schuss Ärger oder Aggression braucht (wenn man z.B. einen Mitarbeiter mit einem bestimmten Verhalten konfrontiert oder sich bei der Leitung eines Hauses über unhaltbare Zustände beschwert oder, gleichsam prophetisch, für Einzelne oder Gruppen von Menschen, die im System benachteiligt werden, eintritt), verweist auf eine Dimension von Ärger und Aggression, die ich am Anfang ausgeführt habe: Wir brauchen Ärger und Aggression zum Leben, auch in der Seelsorge, aber in einer kultivierten und produktiven Art und Weise.

## Teil II: Was kann Seelsorge leisten im Blick auf den Umgang mit Aggression und Gewalt im Krankenhaus und Pflegeheim?

### 1. Handlungskonzepte der Seelsorge im Krankenhaus

In der Seelsorge im Krankenhaus im 20. und 21. Jahrhundert kann man im Wesentlichen und idealtypisch vier Handlungskonzepte unterscheiden, die jeweils charakteristische Konsequenzen im Blick auf unser Thema enthalten:

1. Traditionell und gleichsam klassisch wendet sich Seelsorge im Krankenhaus den einzelnen kranken und sterbenden Menschen und ihren Angehörigen zu und begegnet ihnen mit der Verkündigung des Wortes Gottes und den Sakramenten. Die Institution, die Mitarbeitenden und der Kommunikationsstil des ganzen Hauses, also auch das Thema Aggression / Gewalt, werden in diesem Modell weitgehend ignoriert.
2. In konfessionellen Häusern – und nur in ihnen (!) – besteht eine Möglichkeit darin, Seelsorge durch eine Stabsfunktion in die Leitung der Klinik zu integrieren und damit die ethische und kommunikative Orientierung des Hauses als Ganzes mit zu gestalten und zu beeinflussen<sup>19</sup>. Seelsorge wird dann zu einem Erkennungszeichen und Qualitätsmerkmal konfessionell geführter Kliniken. In dieser Struktur hat Seelsorge eine einflussreiche Stellung, die natürlich auch für die Bearbeitung des Themas „Aggression und Gewalt“ von Bedeutung ist. Eine solche Stabsfunktion der Seelsorge kann Weiterbildungen zum Thema Kommunikation und Aggression ansetzen und gezielt Veränderungen anstoßen.
3. Bei öffentlichen und privaten Trägern erscheint Seelsorge erst einmal fremd und befremdlich, („Seelsorge im Zwischenraum“<sup>20</sup>, habe ich das mal genannt), kann sich aber trotzdem punktuell und *aufgabenbezogen* produktiv einbringen: durch die Beteiligung an der Pflegeausbildung, an internen Fortbildungen des Hauses, durch das Angebot von Besinnungstagen für das Personal, durch punktuelle intensive Kooperation in einem Stationsteam etc. Auch auf diesem Weg kann Seelsorge Wichtiges zum Umgangsstil im ganzen Haus beitragen.
4. Seelsorge versteht sich mehr und mehr als *spiritual care* – als Antwort auf die gesellschaftliche Tatsache, dass sich zunehmend mehr Menschen nicht mehr an Kirche und Konfession gebunden fühlen, sondern frei vagabundierend nach einem sie tragenden und orientierenden größeren Ganzen, nach einem plausiblen und

---

<sup>19</sup> Vgl. dazu ausführlicher Christoph Schneider-Harpprecht, Das Profil der Seelsorge im Unternehmen Krankenhaus. WzM 54 (2002), 424 – 438. Der Anteil der konfessionellen Häuser bleibt seit Jahren relativ konstant bei etwa 1/3 des gesamten Krankenhausesektors, während der Anteil der privat getragenen Kliniken zu Lasten der kommunalen Träger kontinuierlich zunimmt.

<sup>20</sup> Michael Klessmann (Hg.), Handbuch der Krankenhauseelsorge. Göttingen <sup>4</sup>2013, 15ff.

irgendwie erfahrbaren Sinnzusammenhang suchen. Spiritual care – oder wie ich übersetzen würde – existentiell relevante Kommunikation – wird nicht nur von professionell Seelsorgenden ausgeübt, sondern, wie in der Palliativmedizin, von allen im Krankenhaus Tätigen; die professionell Seelsorgenden sind diesbezüglich die Experten, die sich mit den anderen Berufsgruppen vernetzen, für die Organisation und die Weiterbildung der spiritual care Anbietenden zuständig sind. Spiritual care scheint auf den ersten Blick individuumszentriert, doch kann man sich leicht vorstellen, dass sie auch am Thema „Aggression und Gewalt“ arbeitet, weil und sofern es vorrangig um die emotionalen, existentiellen bzw. spirituellen Bedürfnisse derer geht, die in einer solchen Institution leben und arbeiten.

## 2. Die Systemfremdheit der Seelsorge im Krankenhaus und Pflegeheim als Chance

Seelsorge im Krankenhaus und Pflegeheim ist auf mehrfache Weise fremd und befremdlich im System, kann diese Fremdheit nutzen:

- Seelsorge in der naturwissenschaftlich-technisch ausgerichteten Institution Krankenhaus geschieht ganz überwiegend im Auftrag der beiden großen christlichen Kirchen. Die Kirchen bilden das Seelsorgepersonal aus und bezahlen es in der Mehrzahl der Fälle. Selbst da, wo Kliniken re-finanzieren oder ko-finanzieren, sind es in aller Regel die Kirchen, die das Personal stellen und Dienst- und Fachaufsicht wahrnehmen. Allein dieser Status macht die Seelsorge fremd und befremdlich im System Krankenhaus.
- Das seelsorgliche Personal ist überwiegend theologisch ausgebildet, d.h. Seelsorge arbeitet *verstehend*, *hermeneutisch*, in einer Institution, die vorrangig kausal-erklärend denkt und vorgeht<sup>21</sup>. Seelsorge, zumal pastoralpsychologisch qualifizierte Seelsorge, hat konkrete einzelne Menschen und ihre Beziehungen im Blick, die ganzen Menschen, wie wir in der Theologie gerne sagen, ihre Biografie, ihre Krankengeschichte, ihr Befinden, ihren Glauben, ihr soziales Umfeld; seelsorgliche Heilmittel sind Beziehung und Begegnung – während die Schulmedizin den kranken Menschen zum Patienten machen und objektivieren muss, auf seine Krankheitsgeschichte, seinen Befund, seine erkrankten Organe oder Zellen fokussiert, vom Einzelfall notwendigerweise abstrahiert und ihn auf das Allgemeine bezieht, um zu einer tragfähigen Diagnose als Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie zu gelangen. Medizin und Pflege arbeiten streng zielorientiert, Seelsorge geschieht „absichtslos“, ist offen für alles, was den anderen Menschen bewegt und umtreibt. Seelsorge bietet einen Raum der unbedingten Wertschätzung an, praktiziert Empathie und ein gewisses Maß an Solidarität mit dem Leiden des anderen Menschen und seiner Angehörigen; Seelsorgende wollen und sollen sich anrühren lassen und aus dieser Mit-Betroffenheit heraus begleiten. Für medizinisches und

<sup>21</sup> Diese von Wilhelm Dilthey eingeführt Unterscheidung zwischen verstehen und erklären ist umstritten, verdeutlicht aber m.E. die unterschiedlichen Zugangsweisen von Medizin und Seelsorge.

pflegerisches Personal gehört dagegen weitgehende „affektive Neutralität“ zur professionellen Identität, weil sie sonst im Mit-Leiden untergingen und diesen Beruf nicht ausüben könnten. Dieser Kontrast der Arbeitsweise ist spannungsvoll, kann aber natürlich produktiv genutzt werden.

- Seelsorge erscheint fremd und befremdlich gegenüber den ökonomischen Prioritäten des Krankenhauses und des Pflegeheims. Die Würde des Menschen und seine Bedürfnisse, sowohl die der Patienten als auch die der Mitarbeitenden, begrenzen aus der Sicht einer christlichen Anthropologie eindeutig das ökonomische Kalkül. Die Ökonomie ist für den Menschen da, nicht, wie man heutzutage oft meinen könnte, der Mensch für die Ökonomie. Hier braucht Seelsorge eine kritische Perspektive, und gleichzeitig das Wissen, dass gerade auf diesem Feld nur wenig zu bewegen ist: Denn Krankenhäuser und Pflegeheime agieren auf einem großen Gesundheitsmarkt, sie müssen Gewinn erwirtschaften, um bestehen zu können. Müssen sie auch, wie das bei privaten Trägern inzwischen gang und gäbe ist, Anteilseignern Dividenden ausschütten und das ursprüngliche Anliegen des Krankenhauses, kranke Menschen zu pflegen, zu versorgen, zur Heilung beizutragen ökonomischen Prioritäten unterwerfen? Dieser durch die ökonomischen Vorgaben entstehende Druck erzeugt viel Aggression – oder Depression und burn-out.
- Seelsorge stellt eine *Form religiöser oder spiritueller Kommunikation* dar. Der katholische Theologe Johann Baptist Metz hat Religion einmal schlicht als „Unterbrechung“ charakterisiert<sup>22</sup>. Religion, Spiritualität, Glaube – was immer man darunter versteht – unterbrechen die medizinischen und pflegerischen Sachzwänge, indem sie den Blick auf den Menschen richten, auf den (transzendenten) Ursprung und das Ziel seines Lebens, darauf, dass er ein von Gott geschaffenes Geheimnis mit einer unverlierbaren Würde darstellt. Diese Unterbrechung bedeutet keine Abwertung ärztlichen und pflegerischen Handelns, wohl aber die Anregung, in bestimmten Situationen einen Moment inne zu halten und das selbstverständliche, etablierte Procedere aus einer Distanz heraus noch einmal zu bedenken. Auch strukturelle Gewalt im Krankenhaus und Pflegeheim kann auf diese Weise unterbrochen werden. Gelingt eine solche momentane Unterbrechung, eröffnet sich die Möglichkeit der Reflexion und damit der Unterbrechung von Automatismen und vermeintlichen Selbstverständlichkeiten.

### 3. Seelsorge als Begegnung

Meinem Lehrbuch der Seelsorge habe ich den Untertitel gegeben: Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens<sup>23</sup>. Das wir in der Seelsorge schwerpunktmäßig Begleitung kranker Menschen, ihrer Angehörigen und auch dem Personal anbieten, ist uns vertraut: Das Mitgehen und Mitfühlen mit einem oder mehreren anderen,

<sup>22</sup> Johann Baptist Metz, Glaube in Geschichte und Gesellschaft. Mainz <sup>4</sup>1984, 150f.

<sup>23</sup> Michael Klessmann, Seelsorge. Begleitung, Begegnung, Lebensdeutung im Horizont des christlichen Glaubens. Neukirchen <sup>4</sup>2015.



die auf irgendeine Weise leiden. Die Emmaugeschichte wird für diesen Vorgang immer wieder prototypisch herangezogen.

Der Aspekt der Begegnung ist uns weniger vertraut, aber deswegen nicht weniger wichtig: Wir sind als Seelsorgende auch Gegenüber für Patienten, Mitarbeitende und das ganze Haus. Aus der oben beschriebenen Fremdheit erwächst die Verpflichtung oder die Chance, auch Gegenüber zu sein und damit zum Diskurs anzuregen. Der Psychiater Klaus Dörner hat einmal pointiert gesagt: „In der Begegnung begegnen sich Gegner“. Er will mit diesem Satz romantische Konnotationen, wie sie sich im Gefolge des Personalismus von Martin Buber – „echte Begegnung“, „tiefe Begegnung“ – eingeschlichen haben, entlarven. Es geht in der Begegnung wirklich auch um Gegnerschaft, um Fremdheit, um Distanz. Verbunden damit ist dann u.U. auch Kritik, Konfrontation, Streit um die Wahrheit. Und, das ist die zweite Pointe von Dörner, diese Fremdheit und Distanz können sich als produktiv erweisen. Wer zu schnell von Annahme, Verstehen und unbedingter Wertschätzung spricht, hat vielleicht die Fremdheit des Gegenübers gar nicht richtig wahrgenommen, scheut die Auseinandersetzung und die eigene Profilierung. „Begegnung mit dem Fremden führt zur Begegnung mit sich selbst“, formuliert der Religionswissenschaftler Theo Sundermeier<sup>24</sup>. Indem wir unsere theologische und hermeneutische Fremdheit zum Ausdruck bringen, fordern wir die anderen heraus, Stellung zu beziehen, ihre Position zu definieren und sich zu uns in Beziehung zu setzen. Entsprechend werden wir dabei selbst auch herausgefordert. Natürlich werden das längst nicht alle wollen, aber Sie kennen sicher alle solche Begegnungen, wo andere neugierig fragen, wer wir sind, was wir in der Seelsorge machen, was wir denken und glauben – und daraus ergeben sich fruchtbare Diskurse, auf Patientenebene, auf Personal- und Leitungsebene. Und Sie kennen auch Begegnungen, wo Sie auf Menschen in der Institution zugehen und ein feedback geben, vielleicht positiv und affirmativ, vielleicht aber auch kritisch. Solche Kontakte kann man dann ebenfalls nutzen, um Probleme mit aggressions- oder gewalthaltiger Kommunikation zum Thema zu machen. Das ist das Paradoxe an der Situation in der Institution: Einerseits braucht es Fremdheit und Distanz, damit einem bestimmte Dinge überhaupt auffallen, andererseits braucht es ein gewisses Maß an Zugehörigkeit und Vertrautheit, um problematische Dinge ansprechen zu können, ohne dass sie als verletzend gehört und gleich abgeschmettert werden.

#### **4. Gibt es ein prophetisches Selbstverständnis der Seelsorge ?**

Seelsorge ist bekannt für ihre annehmende und wertschätzende Grundhaltung; viele derer, die im Bereich der Seelsorge arbeiten sind, aus christlichen Motiven, durchdrungen von dieser Grundhaltung. Dazu steht in Spannung das, was wir eine „prophetische Dimension“ in der Seelsorge nennen.

Im AT sind die Propheten diejenigen, die Missstände und Ungerechtigkeiten aufdecken, die unter die scheinbar heile Oberfläche schauen, Korruption, Ungerechtigkeit und

---

<sup>24</sup> Theo Sundermeier, Den Fremden verstehen. Eine praktische Hermeneutik. Göttingen 1996, 128.

Machtmissbrauch beim Namen nennen und Partei ergreifen für die Schwachen und Benachteiligten. Exemplarisch für dieses Verständnis ist die Figur des Propheten Nathan, der dem König David gegenübertritt und zu ihm sagt „Du bist der Mann...“ der in der erzählten Symbolgeschichte dem Armen das einzig verbliebene Schaf geraubt hat (2 Sam 12). Das befreiungstheologische Diktum von der „Option für die Armen“, für die Benachteiligten und Übersehenen, wird hier konkret<sup>25</sup>.

Eine solche Prophetische Dimension kommt zum Ausdruck als eine widerständige, kritische Haltung gegenüber allen Strukturen und Einstellungen, durch die Menschen klein und verächtlich gemacht, benachteiligt und zurückgesetzt und in ihrer Würde verletzt werden. Konkret kann sich das auf die ökonomische Ausrichtung eines Krankenhauses und ihre Folgen für die medizinisch-pflegerische Arbeit beziehen, auf potentiell gewaltförmige Strukturen, auf menschenverachtende und abwertende Einstellungen und Verhaltensweisen bei Mitarbeitenden und Bewohnern. Auch Patienten und Bewohner gehen gelegentlich verachtend und aggressiv mit Leuten vom Personal um. Aber grundsätzlich sind Patienten und Heimbewohner immer die schwächeren und abhängigen Partner, sie fühlen sich fremd, müssen sich unverständlichen Anweisungen beugen, haben nur eine ganz reduzierte Privatsphäre, haben vorübergehend die Merkmale ihrer bürgerlichen Identität verloren: All das kann Quelle von Aggression und Gewalt sein. Diesen Zusammenhang gilt es zunächst einmal wahrzunehmen, um dann angemessen damit umgehen zu können.

Darüber hinaus gibt es in jedem Krankenhaus, in jedem Pflegeheim besonders benachteiligte und am Rand stehende kleine Gruppen und Einzelne: Menschen, die die Erfahrung von Krankheit unruhig, ängstlich, aggressiv verarbeiten; Nörgler, die aus eigener Lebensunzufriedenheit mit allem um sie herum unzufrieden sind und es dem Personal schwer machen; unheilbar kranke und sterbende Menschen, die das Personal besonders belasten und ihr eigenes Schicksal u.U. aggressiv verarbeiten<sup>26</sup>, psychisch auffällige und gestörte Personen, an Demenz Erkrankte, Menschen mit Migrationshintergrund, die sich durch Sprache und andere Sitten im Krankenhaus besonders fremd fühlen. Bei solchen Gruppen von Patienten oder Bewohnern, die meistens selber keine Fürsprecher (mehr) haben, kann und muss Seelsorge Partei ergreifen und für sie eintreten und für sie sprechen. Seelsorge macht sich damit nicht beliebt, aber das kann wiederum kein Kriterium sein für das, was Seelsorgende tun sollten.

Außerdem arbeiten Seelsorgende auf der Basis eines anderen Menschenbildes als die meisten derer, die im naturwissenschaftlichen Krankenhaus tätig sind: Auf der Basis dieses Menschenbildes hat jeder Mensch, wie schwierig und lästig, wie krank und behindert er ist, eine unverlierbare Würde, die in jedem Fall zu respektieren ist. Was das in Einzelnen und Konkreten bedeuten kann, will ich im nächsten Abschnitt zeigen.

---

<sup>25</sup> Vgl. ausführlicher Michael Klessmann, Die prophetische Dimension der Seelsorge im Krankenhaus. In: Ders. (Hg.), Handbuch der Krankenhauseselsorge. Göttingen 2013, 283 – 295.

<sup>26</sup> Vgl. Elisabeth Kübler-Ross nennt in den von ihr beschriebenen Sterbephasen ausdrücklich Ärger und Zorn als Verarbeitungsformen.

Vorher scheint mir aber noch eine Bemerkung zu dem Begriff der prophetischen Dimension von Seelsorge notwendig. Ein Prophet fühlt sich mit besonderer, mit göttlicher Autorität ausgestattet und meint von daher, autoritativ sprechen zu können. In der Vergangenheit hat es Seelsorger gegeben, die meinten, mit einer solchen eindeutigen Autorität auftreten zu können. Das ist heute sicher so nicht mehr möglich. In vielen Fällen, gerade wenn es etwa um ökonomische Entscheidungen einer ganzen Institution geht, sind die Sachverhalte so komplex, dass man sich gut einarbeiten sollte, ehe man diesbezüglich Stellung nimmt. Außerdem geht es in demokratischen Zeiten eher darum, Fragen zu stellen, Beobachtungen mitzuteilen oder feedback abzugeben – und nicht mit autoritativem Gestus aufzutreten.

### **5. Was und wie kann Seelsorge konkret zum Kommunikationsklima eines Hauses und zum Abbau von Aggression und Gewalt beitragen?**

Zwei Stichworte scheinen mir angesichts dieser Fragestellung von besonderer Bedeutung:

Seelsorge kann zum *Kommunikationsklima* eines Hauses beitragen und Seelsorge kann Mitarbeitenden und Bewohnern *Feedback* geben bzw. sich auf angemessene Formen von Konfrontation einlassen.

5.1 Kommunikation ist die große Schwachstelle in der Pflegebeziehung, schreibt eine Pflegeforscherin<sup>27</sup>. Seelsorgende in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind (oder sollten sein) Spezialisten in Kommunikation. Wenn eine Seelsorgerin in der Krankenpflegeschule einer Klinik unterrichtet, dann vermittelt sie hoffentlich nicht nur einen bestimmten inhaltlichen Stoff (etwa zu Themen der Ethik oder der Spiritualität), sondern zugleich so etwas wie angemessenes Kommunikationsverhalten im Umgang mit Patienten und der Lernenden untereinander. Und auch da geht es nicht nur um technische Aspekte von zwischenmenschlicher Kommunikation (etwas die vier Seiten einer Nachricht von Schulz von Thun); das oberste Ziel muss in allen Sachthemen sein, dass Pflegenden (und natürlich auch Mediziner) lernen, mit wertschätzendem Respekt mit Patienten und Bewohnern umzugehen, diesen Respekt, diese Wertschätzung als zentrales Merkmal ihrer Professionalität zu sehen und zu praktizieren. Dem Unterricht in Krankenpflegeschulen kommt hier eine herausragende Bedeutung zu, nicht zuletzt durch die Möglichkeit, sich mit anderen Lehrkräften zu vernetzen, um eine solche Grundhaltung immer wieder zu vermitteln. Wer also als Seelsorgeperson in einer Pflegeausbildung mitarbeitet, sollte seine Lernziele daraufhin prüfen, ob sie zu einer konstruktiven, gewaltfreien Kommunikation beiträgt.

Darüber hinaus kann Seelsorge Fortbildungen organisieren (z.B. zum Thema Umgang mit Sterbenden, Umgang mit Trauernden) oder an ihnen mitarbeiten, kann spezielle Besinnungs- oder Einkehrtage organisieren, kann regelmäßig an Teamgesprächen auf

---

<sup>27</sup> Garbers-Schumacher 2007 (Anm. 6), 4.

Station teilnehmen und dabei immer auch auf diesen Kommunikationsaspekt achten. In solchen Zusammenhängen sind keine dramatischen Veränderungen zu erwarten, aber doch Wirkungen nach dem Motto „steter Tropfen höhlt den Stein“.

5.2 Eng verbunden damit ist der zweite Punkt: **Feedback geben**. Feedback geben bedeutet, ich teile möglichst konkret, bezogen auf ein kürzlich zurückliegendes Ereignis, möglichst beschreibend und damit wertfrei der anderen Person eine persönliche Beobachtung mit. Feedback sollte verstärkend und ermutigend sein, es kann aber natürlich auch kritischen Charakter annehmen, dann wird feedback zur Konfrontation.

**Konfrontation** ist ein Bestandteil von Kommunikation<sup>28</sup>, durch den Person A etwas Neues, Befremdliches, Unklares, Störendes oder Anstößiges einer Person B mitteilt. In unserer Alltagskommunikation vermeiden wir es, Befremdliches oder Unklares zu thematisieren, wir legen Wert darauf, dass – mit Hilfe unserer Höflichkeitsregeln – alles möglichst harmonisch und störungsfrei abläuft. Seelsorge übergeht in bestimmten Situationen diese alltäglichen Höflichkeitsregeln absichtlich und macht gelegentlich Menschen auf Dinge aufmerksam, die ihnen erst einmal unangenehm oder sogar schmerzlich sind. Konfrontation ist in diesem Sinn eine Art feedback, das zunächst in Frage stellen und weh tun kann. Konfrontation macht beispielsweise auf Widersprüche im verbalen und nonverbalen Verhalten aufmerksam, Konfrontation regt durch genaues Nachfragen zu Konkretion und Differenzierung an (statt eine Äußerung im Nebel des Allgemeinen zu belassen), Konfrontation hinterfragt Wertmaßstäbe, spricht Gefühle an, markiert Grenzen, schützt die eigene Person. Konfrontation deckt etwas auf, was bisher unausgesprochen war, in der Annahme, dass das Aussprechen etwas Klärendes und Heilsames haben könnte.

Konfrontation ist nicht eo ipso mit Aggression gleich zu setzen; sie muss nicht aggressiv, mit lauter Stimme und bedrohlicher Geste, daher kommen. Im Gegenteil: Eine sachliche, vielleicht sogar empathische Haltung (die z.B. in der Konfrontation mit einer Pflegekraft von vornherein die belastenden strukturellen Faktoren mit in Rechnung stellt) , ermöglicht es, dass der Inhalt der Konfrontation von der anderen Person gehört und angenommen werden kann. Trotzdem bedarf es eines gewissen Muts (und insofern einer Portion Aggression im Sinn der ursprünglichen Bedeutung: auf jemanden zugehen, etwas in Angriff nehmen), um mit einem Gegenüber vielleicht unangenehme Sachverhalte anzusprechen.

Beispiel: In dem zu Anfang erzählten Fall (Bewohnerin muss lange auf die Bettpfanne warten) ging die Betreuerin (mit Zustimmung der Bewohnerin) zu dem genannten Pfleger und sagte in einem sachlichen Ton, sie hätte von Frau M. gehört, dass die manchmal sehr lange auf die Bettpfanne warten müsse und darüber unglücklich sei.

---

<sup>28</sup> Zum Folgenden ausführlicher Michael Klessmann, Konfrontieren und Position beziehen in Seelsorge und Beratung. In: Transformationen 22 / 2015, 3 – 30.

Der Pfleger stritt dies zunächst ab, er achte eigentlich immer sehr darauf, schnell die Bettpfanne zu bringen, aber es könne natürlich mal vorkommen, wenn er gerade in einem anderen Zimmer beschäftigt sei, dass es ein klein wenig länger dauere. Gleichzeitig erzählte er wiederum der Betreuerin, dass es auch manchmal mit Frau M. schwierig sei, man könne es ihr oft nicht recht machen, sie sei ungeduldig und fordernd, das sei nicht so einfach mit ihr. Damit schiebt der Pfleger einen Teil der Verantwortung Frau M. zu. Hier scheint es mir aber wichtig, nicht in eine Auseinandersetzung mit dem Pfleger, wer nun Recht hat, einzutreten, sondern die beiden Beobachtungen so stehen zu lassen. Die Betreuerin erzählt wiederum Frau M von ihrem Gespräch mit dem Pfleger (mit dessen Zustimmung) und von dessen Eindruck. Als sie nach vier Wochen wieder mal bei Frau M nachfragt, erwähnt die keinen weiteren Fall, wo sie lange hätte warten müssen. Man kann das so deuten: Der Pfleger weiß jetzt, dass die Betreuerin – sicher gefiltert durch die Beobachtungen von Frau M. – sein Verhalten beobachtet und Einspruch erhebt, von daher wird er sicher etwas vorsichtiger werden – und Frau M. wiederum vielleicht etwas geduldiger.

Dieses Beispiel kann man nun auf die verschiedenen Ebenen in der Institution anwenden:

Bei problematischen, aggressiven Verhaltensweisen sollte wohl immer als erstes das feedback, das Gespräch mit den direkt Betroffenen stehen: Mit Ärzten, Pflegekräften, Patienten bzw. Bewohnern und / oder deren Angehörigen. Aufmerksam machen, Beobachtungen mitteilen, nachfragen, um die andere Sicht bitten – das sind zweifellos gute und nicht allzu schwierige Möglichkeiten, um mit aggressiv aufgeladenen Situationen klärend weiter zu kommen.

Das Ansprechen Einzelner reicht nicht, wenn ein bestimmter unfreundlicher oder unpersönlicher Stil auf einer Station gehäuft vorkommt oder wenn sich eine Konfliktkonstellation (zwischen einem Pfleger und einer Patientin) als nicht auflösbar erweist. Dann bedarf es eines Gesprächs im Team als Ganzem oder mit der Stationsleitung oder der Pflegedienstleitung. Dazu kann Seelsorge anregen, indem sie eigene Beobachtungen vorlegt. Erzwingen kann sie das natürlich nicht.

Als letztes Mittel – und wenn es um bestimmte die ganze Institution betreffende Themen geht – ist das Gespräch mit der Leitung – ärztliche Leitung, Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung – sinnvoll. Seelsorge sollte sowieso in regelmäßigen Abständen solche Gespräche verabreden und kann dann die Gelegenheit nutzen, um wahrgenommene Problemstellungen oder Fragen weiter zu geben. Und zwar nicht im Sinn von „ich petzte hier etwas dem Chef“, sondern ich versuche ihn / sie zu sensibilisieren für bestimmte Problemstellungen, die sie vielleicht so noch nicht wahrgenommen haben.

5.3 Bei diesem Thema ist auch der Aspekt der Selbstbeobachtung, der Selbsterfahrung von Bedeutung. Jede und jeder von uns bringt aus der eigenen Sozialisation eine bestimmte Einstellung zu Aggression und Gewalt mit, die noch einmal durch christliche

Wertvorstellungen überlagert sind. Viele haben Angst vor möglichen Aggressionen, fantasieren schnell großen dadurch entstehenden Schaden und halten sich deswegen sehr zurück mit kritischen Beobachtungen. Gerade in der Seelsorge arbeiten Menschen, die ein ausgeprägtes Nähe- und Harmoniebedürfnis haben, so dass es ihnen schwer fällt, Distanz, Konflikt, Streit auszuhalten oder gar aktiv anzugehen. Anderen fällt das leichter, die haben in der Familie erlebt, dass man konstruktiv streiten kann, die tun sich diesbezüglich leichter.

Also wir einzelnen müssen uns fragen: Welche Einstellung bringe ich zu diesem Thema mit? Was erleichtert mir den Umgang, was erschwert es? Wo gibt es bei mir Schwachstellen, die ich durch Weiterbildung, Supervision, Selbsterfahrung verändern kann und möchte, und in wie weit muss ich lernen, mit dem zu leben, was ich mitbringe?

Darüber hinaus gilt es, die eigene Gegenübertragung zu prüfen: Wenn ich als Seelsorger über das Verhalten eines Pflegers empört bin: Stammt diese Empörung wirklich aus dessen Verhalten oder bringe ich diese Empörung schon mit: Aus einem Streit zu Hause, aus einem Konflikt mit einer Kollegin etc.

Seelsorge kann, so fasse ich zusammen, durchaus Einiges bewirken und anstoßen im Blick auf einen verbesserten Umgang mit den Themen von Aggression und Gewalt. Gleichzeitig sind ihr deutliche Grenzen gesetzt, zum einen durch ihre strukturell relativ bedeutungslose Stellung im Ganzen der Institution, zum anderen durch die personell sehr begrenzte Präsenz in einer Klinik.

Prof.em. Dr. Michael Klessmann

[klessmann@thzw.de](mailto:klessmann@thzw.de)