

## **Zwischen Fürsorge und Gewalt.**

### **Moraltheologische Erkundungen im Spannungsfeld von Nächstenliebe und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen**

Dem vielschichtigen, aber noch immer weithin tabuisierten Phänomen der *Gewalt im Kontext ambulanter und stationärer Pflege* kann man sich je nach Interesse aus ganz verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven nähern: Kriminologie und Psychologie, Pädagogik, Kommunikations-, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften – sie alle haben viel Hilfreiches zur Aufhellung dieser Thematik beizusteuern. Ich selbst werde mich im Folgenden aus dem Blickwinkel der theologischen Ethik mit der Gewalt-Problematik auseinanderzusetzen, um das normative Ziel einer möglichst gewaltfreien Interaktion in der Pflege zu begründen und die Voraussetzungen konkreter Verantwortungsübernahme auf individueller und institutioneller Ebene auszuloten.

Dazu ist es allerdings erforderlich, zunächst einmal eher grundsätzlich darüber nachzudenken, wie eine zeitgemäße *Ethik* – verstanden als Begründungstheorie des richtigen Handelns – überhaupt aussehen müsste, die sich in den vielfältigen moralischen Konflikten unseres Alltags tatsächlich als hilfreich erweisen könnte. In einem zweiten Schritt sollen diese prinzipiellen Überlegungen dann auf das spannungsvolle Verhältnis von *Fürsorge* und *Gewalt* im Bereich der stationären Pflege angewandt werden. Einige ganz kurze Bemerkungen zur Kategorie der ‚Nächstenliebe‘ beschließen dann meine Ausführungen.

#### **1. Ethische Grundlegung**

Von der philosophischen und theologischen *Ethik* erwartet man zu Recht, dass sie uns gerade in schwierigen – als subjektiv belastend empfundenen – Handlungssituationen eine verlässliche *moralische Orientierung* und damit *größere Handlungssicherheit* gewährt.

Die Ethik kann dieses wichtige praktische Ziel aber nur erreichen, wenn es ihr gelingt, *begriffliche Kategorien* zu entwickeln, die uns helfen, eine begründete Ordnung zwischen den verschiedenen moralisch relevanten Aspekten einer Konfliktsituation vorzunehmen.

Da gerade im Bereich der stationären Altenhilfe die Anzahl moralisch grundlegender Konflikte in den letzten Jahren aus verschiedenen (ökonomischen, kulturell-weltanschaulichen und politischen) Gründen immer größer geworden ist, stellt sich daher zunächst einmal die grundsätzliche Frage, ob wir derzeit überhaupt ein solches *Ethik*-Modell besitzen, das den speziellen Anforderungen in diesem Bereich gerecht wird.

Bereits ein kurzer Blick in die jüngere Entwicklung der moralphilosophischen und moraltheologischen Theoriebildung lässt erkennen, dass davon nicht ohne weiteres auszugehen ist. Grob schematisierend haben sich hier mittlerweile zwei unterschiedliche moraltheoretische Konzeptionen etabliert, deren jeweilige Stärken und Schwächen sich weithin komplementär zueinander verhalten. Das eine – primär an Fragen der *Gerechtigkeit* orientierte – Modell ist stark auf die *Subjektivität* des Einzelnen und die Absicherung seiner *individuellen Autonomie* ausgerichtet, während der andere Ansatz stärker den *Fürsorge*-Gedanken und die *Relationalität* des Menschen in den Mittelpunkt stellt. Werfen wir daher zunächst einen kurzen Blick auf beide Konzepte und fragen wir dann nach der Möglichkeit, die berechtigten Anliegen beider Denkmodelle in einem *integrativen* Ansatz zu vereinen.

### **1.1 Ethik im Zeichen von *Autonomie* und *symmetrischen* Beziehungen**

Die allmähliche Bewusstwerdung der *Subjektivität* und *Individualität* des Einzelnen im Zuge der neuzeitlichen Geistesgeschichte hat unter anderem dazu geführt, Ethikmodelle zu entwickeln, die den Menschen im Rahmen ihrer Begründungsbemühungen zunächst einmal unabhängig von allen sozialen Bezügen als isolierten Träger *praktischer Vernunft* und *elementarer Grund- und Freiheitsrechte* begreifen. Der Mensch soll aus *eigener Einsicht* – also *autonom* – handeln, wobei die vernunftbegründeten Handlungsregeln zugleich normative Geltung für jedermann besitzen, also streng *universal* verpflichten. Eng damit verbunden ist der *emanzipative* Charakter und die *liberale* Stoßrichtung dieser Denkansätze: Denn wenn sich sittlich qualifiziertes Handeln vor allem dadurch auszeichnet, dass es durch die autonome Vernunft Einsicht des handelnden Subjektes selbst zustande kommt, dann liegt es nahe, den Einzelnen aus allen fremdbestimmenden – *heteronomen* – Bindungen und Traditionen zu befreien. Dem *liberalen Rechtfertigungsprinzip* zufolge lassen sich prinzipiell nur solche Freiheitsbeschränkungen als moralisch legitim erweisen, die den davon betroffenen Subjekten mit zwingenden Vernunftargumenten plausibel gemacht werden können und daher auch seine

Zustimmung finden. Alle sozialen Arrangements werden dabei als grundsätzlich begründungspflichtiges Regelwerk begriffen, das sich idealtypischerweise einem *Gesellschaftsvertrag* zwischen gleichberechtigten freien Individuen verdankt, also nicht nur *symmetrischen* Argumentationsbedingungen entspringt, sondern diese auch i.S. eines demokratischen Rechtsstaates auf Dauer stellt.

Obwohl die Bedeutung dieser Denkströmung insbesondere für die politische Durchsetzung des *Menschenrechtsgedankens* sowie das *Selbstverständnis* des modernen Menschen kaum zu überschätzen ist, sei auf zwei für unsere Fragestellung besonders wichtige Grenzen dieser Konzeption ausdrücklich hingewiesen:

Erstens beruht diese Konzeption auf einem sehr starken Vertrauen in die *Vernünftigkeit* des Menschen und steht damit in der Gefahr, die Einsichtsfähigkeit des Einzelnen zu überschätzen. Nach Auskunft der modernen Entwicklungspsychologie ist längst nicht jeder Mensch (und schon gar nicht in allen Phasen seines Lebens) dazu in der Lage, sein Handeln nach selbst durchdachten Vernunftprinzipien zu gestalten. Vielmehr folgen die aller meisten Akteure rein *konventionellen* Regeln, die sie selbst weder geistig vollständig durchdringen noch jemals kritisch hinterfragen<sup>1</sup>. Entsprechend hat sich denn auch der Sinngehalt des ‚Autonomie‘-Begriffs sowohl im Bewusstsein der meisten Zeitgenossen als auch im Rahmen der modernen Medizin- und Pflegeethik mittlerweile dahingehend verschoben, dass er seine Bindung an eine starke universalistische Vernunft weitgehend verloren hat und zur reinen *Selbstbestimmung* degeneriert ist, die immer mehr die Züge *individueller Willkür* annimmt<sup>2</sup>. (Im pflegerischen Kontext führt dies dazu, dass Pflege zunehmend als rein wertneutrale Dienstleistung begriffen wird, deren Zweck allein darin besteht, die Erwartungen und Wünsche der Pflegebedürftigen möglichst effizient zu erfüllen.)

Zweitens wird gegen dieses Denkmodell eingewandt, dass die anthropologische Vorstellung vom Menschen als eines selbstbestimmten, weithin in *symmetrischen* Beziehungen lebenden Individuums bestenfalls einem Teil der sozialen Wirklichkeit entspricht. Über weite Strecken seiner Biographie (vor allem in der Kindheit und im Alter) sei der Mensch nämlich von

---

<sup>1</sup> Vgl. L. Kohlberg: Die Psychologie der Moralentwicklung, Frankfurt 1996.

<sup>2</sup> Vgl. G. Pöltner: Zur Bedeutung der sogenannten Pflichten gegen sich selbst für die Gewissensentscheidung von Ärzten und Patienten, in: F.-J. Bormann/V. Wetzstein (Hg.): Gewissen. Dimensionen eines Grundbegriffs medizinischer Ethik, Berlin 2014, 252.

gravierender *Abhängigkeit* betroffen, die ebenso wenig wie die tendentiell Autonomiegefährdenden Phänomene von *Krankheit* und *Behinderung* einfach aus der ethischen Theoriebildung ausgeblendet werden dürfe. So wichtig es sei, die wesentlichen Grundkoordinaten des Menschseins in notwendiger Abstraktheit einzufangen und den Menschen etwa als *Person* und damit als *vernunftbegabtes sittliches Subjekt* (d.h. als *animal rationale et morale*) zu bestimmen, so unverzichtbar sei es doch auch, die konkreten individuell höchst verschiedenen Verwirklichungsbedingungen einer personalen Lebensform in den Blick zu nehmen, was in der Denktradition der aufklärerischen Ethik aber kaum jemals wirklich umfassend geschehen sei.

## 1.2 Die Perspektive der modernen *Care-Ethik*

Die offenkundigen Defizite des stark auf *Autonomie*, *Gleichheit* und *sozialer Symmetrie* basierenden vorherrschenden Ethikmodells der Neuzeit möchten moderne Verfechter einer sog. *care-Ethik* dadurch überwinden, dass sie bewusst den Begriff der ‚*Fürsorge*‘ in den Mittelpunkt ihrer Reflexionen stellen. Ihnen geht es nicht nur darum, durch die bewusste Thematisierung von *Abhängigkeit* und *Unselbständigkeit* zu einem realistischeren Bild des Menschseins zu kommen und die Dimension der notwendigen Fürsorge gegen den Verdacht einer illegitimen *Bevormundung* und *Freiheitsberaubung* (i.S. eines schlechten *Paternalismus*) als notwendigen Bestandteil eines ‚*guten Lebens*‘ zu verteidigen. Sie versuchen vielmehr auch dem auffälligen sozialen Umstand gerecht zu werden, dass die sog. *helfenden Berufe* in den meisten Gesellschaften ganz überwiegend von Frauen ergriffen werden, wobei zumeist weder die finanzielle Entlohnung noch die gesellschaftliche Anerkennung der Bedeutung der von ihnen geleisteten Arbeit gerecht wird.

Einige radikale Vertreterinnen des *Feminismus* verfolgten anfangs sogar das Ziel, die ‚*Ethik der Fürsorge*‘ als typisch *weibliche* Denkform einer typisch *männlichen* ‚*Ethik der Gerechtigkeit*‘ gegenüberzustellen<sup>3</sup> und beide Ansätze so als geschlechtsspezifische Moralkonzepte zu interpretieren, die nicht aufeinander reduzierbar sind, sondern gleichrangige *Alternativen* darstellen. Spätestens hier wird allerdings deutlich, dass mit der

---

<sup>3</sup> Vgl. C. Gilligan: In a different voice: psychological theory and women's development, Cambridge, Mass. 1982; vgl. Dazu auch A. Maihofer. Forschungsgruppe Soziale Ökologie: Zu Carol Gilligans Thesen einer "weiblichen" Moralauffassung, Frankfurt 1989.

Profilierung einer eigenständigen Form der *care*-Ethik auch die Gefahr eines „weitreichenden ethischen Entuniversalisierungsprozesses“<sup>4</sup> verbunden ist, der in der Gefahr steht, hinter die kulturellen Errungenschaften der neuzeitlichen universalistischen Moral- und Rechtsentwicklung zurückzufallen. Es stellt sich daher die Frage, wie die berechtigten Anliegen beider hier grob skizzierten ethischen Traditionslinien so konstruktiv miteinander verknüpft werden können, dass sie sich wechselseitig sinnvoll ergänzen.

### **1.3 Fähigkeiten-Ethik und das oberste Prinzip der *Handlungsfähigkeit***

Einen besonders vielversprechenden Anknüpfungspunkt für die Bewältigung dieser Aufgabe bildet die zeitgenössische *Fähigkeiten*-Ethik (sog. *capability approach*), die sich zum einen darum bemüht, auf der Basis allgemeiner Grundbestimmungen des Menschseins (i.S. eines schwachen Essentialismus) die gerechtigkeitsethisch zentralen Kategorien der ‚Menschenwürde‘ sowie bestimmter elementarer ‚Grundrechte‘ der Person für alle Menschen argumentativ abzusichern, die zum anderen aber mittels des *Fähigkeiten*-Begriffs auch eine hohe Sensibilität für die Entwicklungs-, Kontext- und Beziehungsdimension des menschlichen Lebens besitzt. Unter den verschiedenen, für das Menschsein charakteristischen Fähigkeiten nimmt die *Handlungsfähigkeit* m.E. aus den folgenden fünf Gründen einen besonders wichtigen Stellenwert ein, der es letztlich sogar gestattet, ein *oberstes handlungsleitendes Prinzip* auf der Basis dieses Begriffes zu formulieren:

Erstens erweist sich die *Handlungssituation* für den Menschen als schlechthin *unhintergebar*. Ein einigermaßen befriedigender Selbstvollzug unabhängig von einer mehr oder weniger planvollen *Praxis* ist für uns Menschen kaum vorstellbar. Wir können nicht dauerhaft nicht-handeln. Um die verschiedenen sozialen Rollen (im Privaten ebenso wie in unserem Berufsleben) erfüllen zu können, die für unser Selbstverständnis als Personen von größter existentieller Bedeutung sind, müssen wir in aller Regel eine Vielzahl von Handlungen ausführen, in denen wir uns selbst als verantwortliche Person ausdrücken und unsere individuelle Persönlichkeit zur Darstellung bringen.

Zweitens eignet sich der Begriff der ‚Handlungsfähigkeit‘ dazu, eine objektive *Güter*-Lehre zu entwickeln. Die Befähigung zum Handeln ist nämlich an verschiedene anspruchsvolle

---

<sup>4</sup> C. Schnabl: Ethik und Asymmetrie. Zur theoretischen Programmatik der Fürsorge, in: ThQ 184 (2004), 69.

Voraussetzungen gebunden, die teils die Person des Handelnden selbst (z.B. seine somatische Gesundheit, kognitive Kompetenz und affektive Ausgeglichenheit), teils aber auch die verschiedenen (z.B. sozialen, ökonomischen, politischen, klimatischen und ökologischen) Umweltbedingungen betreffen, denen der Handelnde ausgesetzt ist. All jene Voraussetzungen, die zwingend für den Schutz und den Erhalt der Handlungsfähigkeit erforderlich sind, lassen sich als ‚objektive Güter‘ von bloßen ‚Scheingütern‘ abgrenzen, denen ihrerseits rein subjektive Wünsche eines Menschen entsprechen.

Drittens hat der Begriff der ‚Handlungsfähigkeit‘ den Vorteil, dass er der *empirischen Überprüfung* gut zugänglich ist. Denn *ob* und *wie* sich eine bestimmte Handlungsweise als förderlich oder schädlich für den Erhalt der Handlungsfähigkeit eines Menschen auswirkt, ist eine empirische Frage, die sich mit Hilfe etablierter humanwissenschaftlicher Methoden eindeutig beantworten lässt.

Viertens scheint mir die Kategorie der ‚Handlungsfähigkeit‘ geeignet, das für die Ethik wichtige Problem einer angemessenen Verhältnisbestimmung von *Universalität* und *Partikularität* moralischer Regeln – und damit die Frage nach den Grenzen der Toleranz und des legitimen Pluralismus – einer Lösung zuzuführen: Denn *einerseits* weisen die allgemeinen Voraussetzungen der Handlungsfähigkeit eindeutig in eine universalistische Richtung. Da die *Handlungsfähigkeit* die notwendige Bedingung der Möglichkeit *jeder* Zielverfolgung ist, ist auch *jeder* Handelnde – völlig unabhängig von der konkreten Art seiner persönlichen Handlungsziele – dazu genötigt, seine eigene Handlungsfähigkeit sowie die Handlungsfähigkeit Dritter prinzipiell positiv zu bewerten. Der Schutz der individuellen Handlungsfreiheit ist also keinesfalls ein beliebiges kulturabhängiges Strebensziel, auf das der Einzelne gegebenenfalls auch aus guten Gründen verzichten könnte. *Andererseits* gilt aber auch, dass in die genauen Vorstellungen einer *optimalen Entfaltung* der eigenen oder fremden Handlungsfähigkeit stets auch individuelle und kulturelle Faktoren eingehen, die nicht einfach verallgemeinert (universalisiert) werden können, sondern das Ergebnis persönlicher lebensgeschichtlicher Erfahrungen und verschiedenster partikularer Traditionen darstellen. Der Einfluss solcher individuellen und kulturellen Faktoren auf das Handeln des Einzelnen ist – i.S. eines *begrenzten vernünftigen Pluralismus* – so lange kein moralisches Problem, wie die universalen Grundlagen der Handlungsfähigkeit selbst dadurch nicht in Zweifel gezogen werden.

Fünftens – und das ist für die folgenden Überlegungen zur Gewalt-Problematik besonders wichtig – müssen wir uns der Tatsache bewusst sein, dass die Handlungsfähigkeit eine *dynamische* Größe darstellt, die einer komplexen *Entwicklung* unterworfen ist. Die Handlungsfähigkeit entfaltet sich gewöhnlich in unterschiedlichen *Schritten, Graden* und *Stufen*: Wie können *mehr* oder *weniger* handlungsfähig sein. Da der komplexe Bündelbegriff der ‚Handlungsfähigkeit‘ eine Vielzahl unterschiedlicher *kognitiver, emotional-affektiver* und *sozialer* Teilkompetenzen einschließt und alle diese Einzelfähigkeiten ihrerseits wiederum einer ganz spezifischen Entwicklungsdynamik unterliegen, die keineswegs zeitlich völlig parallel bzw. synchron verläuft, ist gerade in der Jugendzeit und im Alterungsprozess des Menschen damit zu rechnen, dass bestimmte *Asymmetrien* im jeweils aktuellen Zustand dieser Einzelfähigkeiten auftreten, die dann ganz besondere Anforderungen an das Verhalten der sozialen Umwelt stellen. Gerade für eine Biographie-sensible ethische Reflexion, die nicht nur das abstrakt *Menschliche im Allgemeinen* in den Blick nimmt, sondern auch das *Besondere verschiedener Lebensalter und Lebenslagen* berücksichtigt, bietet die empirisch gut operationalisierbare Kategorie der Handlungsfähigkeit m.E. eine gute Grundlage für die ethische Auseinandersetzung mit den speziellen Herausforderungen verschiedener Lebenssituationen.

Kurzum: Auf der Basis der Kategorie der ‚Handlungsfähigkeit‘ lässt sich daher m.E. das folgende oberste moralische Prinzip ableiten, an dem sich auch die Pflege orientieren sollte:

*Handle so, dass du deine eigene Handlungsfähigkeit sowie die Handlungsfähigkeit der von deinem Handeln Betroffenen nach Möglichkeit umfassend entfaltest und nicht ohne zwingenden Sachgrund beeinträchtigst oder gar zerstörst.*

Spätestens an dieser Stelle ist jedoch auf einen gewichtigen *Einwand* gegen dieses Prinzip einzugehen, der sich gerade im Rahmen einer *Pflege-Ethik* aufgrund des besonderen Zustandes der Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Behinderten- oder Altenhilfe-Einrichtungen geradezu aufzudrängen scheint. Muss dieser Grundsatz nicht zumindest in solchen Kontexten kläglich versagen, in denen Menschen infolge ihrer stark beeinträchtigten Gesundheit gar nicht mehr dazu in der Lage sind, sich durch ein einigermaßen freies, selbstbestimmtes und verantwortliches Handeln als Personen ausdrücken? Welche Bedeutung soll diesem Prinzip noch zukommen, wenn man an die vielen hochbetagten multimorbiden, bettlägerigen, geistig schwer verwirrten, dementen oder gar wachkomatösen Menschen denkt,

die gänzlich zum Objekt der Sorge professionellen pflegerischen Handelns Dritter geworden sind?

Eine überzeugende Antwort auf diese Frage sollte m.E. die beiden folgenden Überlegungen berücksichtigen:

Erstens ist davon auszugehen, dass es bezüglich der Möglichkeiten zum Gebrauch der eigenen Handlungsfähigkeit zwar große individuelle entwicklungsbedingte Unterschiede gibt. Doch rechtfertigt die Einsicht in den schrittweisen Aufbau der Handlungsfähigkeit in der Kindheit und Jugendzeit sowie ihrer fortschreitenden Einschränkung im Alterungsprozess keineswegs den Schluss, die Kategorie der ‚Handlungsfähigkeit‘ lasse sich auf die Lebenssituation alter oder hochbetagter Menschen gar nicht mehr anwenden. Obwohl in den allermeisten Fällen zwischen der Handlungsfähigkeit der Pflegekräfte und der Pflegebedürftigen ein gravierender Unterschied besteht, hebt diese Differenz den *praktischen Orientierungswert* des Grundsatzes keineswegs gänzlich auf. Auch bei einem durch Alter, Krankheit oder Behinderung in seiner Handlungsfähigkeit stark eingeschränkten Menschen bleibt es ein sinnvolles *Kriterium* für die ethische Beurteilung der *Qualität* der geleisteten Pflege, dass noch vorhandene Teilkompetenzen der Handlungsfähigkeit ‚möglichst umfassend entfaltet und nicht ohne zwingenden Sachgrund beeinträchtigt oder gar zerstört werden‘ sollen. Gute Pflege zeichnet sich dadurch aus, dass noch vorhandenen Restpotentiale der Handlungsfähigkeit gezielt gehoben und in ihrer Entfaltung gefördert werden, während *schlechte* Pflege den ohnehin schon gesundheitlich beeinträchtigten Menschen weiteren vermeidbaren Schädigungen derselben aussetzt, für die es keine vernünftige Rechtfertigung gibt<sup>5</sup>.

Zweitens ist im Blick auf den *moralischen Status* der pflegebedürftigen Menschen – gerade angesichts der in Deutschland besonders ausgeprägten negativen Bewertung von Zuständen altersbedingter Abhängigkeit – ausdrücklich daran zu erinnern, dass selbstverständlich auch der schwer kranke, geistig verwirrte und vielfach behinderte Mensch Träger von *Menschenwürde*, Inhaber grundlegender *Menschenrechte* und *Instanz der moralischen Verantwortung* bleibt, vor der wir unser Handeln an ihm argumentativ zu rechtfertigen haben.

---

<sup>5</sup> Und selbst in jenen sehr seltenen Grenzfällen (z.B. dem sog. Wach-Koma), in denen (etwa durch irreversiblen Bewusstseinsverlust) überhaupt keine Aussicht mehr auf zukünftige Handlungsmöglichkeiten seitens des zu Pflegenden besteht, besitzt der Grundsatz insofern immer noch Relevanz für das Handeln der Pflegenden, als diese ja möglichst reflektiert mit ihrer eigenen Handlungsfähigkeit umgehen sollen.



Obwohl der eigentliche *Seinsgrund* der Menschenwürde in der Tatsache besteht, dass der Mensch „Subjekt einer moralisch-praktischen Vernunft“<sup>6</sup> und damit Initiator freier zurechenbarer Handlungen ist, besteht der *Erkenntnisgrund* der Menschenwürde letztlich in nichts anderem als der Gattungszugehörigkeit. Unsere Verfassung bringt diese für unsere Moral- und Rechtsordnung basale Einsicht bekanntlich durch ein Definitionsverbot der Menschenwürde zum Ausdruck, demzufolge die Würde an nichts anderes als das bloße *Menschsein* selbst gebunden werden darf<sup>7</sup>. Die Gattungszugehörigkeit ist allein schon deswegen kein bloßes biologisches Datum, weil die „biologische Gemeinschaft der Spezies *Homo sapiens* ... immer auch eine Rechts- und Solidargemeinschaft“<sup>8</sup> ist, die den Menschen als potentiell *Subjekt* der Verantwortung vor anderen artverschiedenen Wesen (Pflanzen, Tiere) auszeichnet<sup>9</sup>. Der Umstand, dass ein Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt die Fähigkeit zum *aktuellen* Handeln phasenweise oder dauerhaft verloren hat, schließt ihn nicht aus der Gattungsgemeinschaft aus. Auch dadurch, dass ein Mensch aus welchen Gründen auch immer nicht dazu in der Lage ist, seine eigene Existenz und sein Leben wertzuschätzen, verliert er weder seinen Wert noch seinen Status als Person und Träger einer unveräußerlichen Menschenwürde. Der Besitz von *Würde* und grundlegenden *Menschenrechten* darf nicht vom *aktuellen* Besitz bestimmter physischer oder geistiger Eigenschaften abhängig gemacht werden, weil dies weder der leib-seelischen Einheit des Menschen und seiner personalen Identität (von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod) noch dem Zusammenhang von Gattungszugehörigkeit und Rechtssubjektivität gerecht würde.

Das *Prinzip der Handlungsfähigkeit* weiß sich diesem Erbe verpflichtet, indem es gezielt an dem eigentlichen Sachgrund der Menschenwürde anknüpft und diesen zum Maßstab einer würdevollen Behandlung macht. Was das für den Auftrag der *Fürsorge* und den ethisch

---

<sup>6</sup> I. Kant: MS 6,434.

<sup>7</sup> Das Bundesverfassungsgericht hat daher ebenso lakonisch wie folgenreich festgestellt: „Da, wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Würde zu“.

<sup>8</sup> F. Ricken: Warum moralisch sein? Beiträge zur gegenwärtigen Moralphilosophie, Stuttgart 2010, 92.

<sup>9</sup> Während Pflanzen und Tiere als reine *Objekte* der Moralität zwar intrinsischen Wert besitzen, aber keine Adressaten von Rechten und Pflichten sein können, da ihnen die Befähigung zum Handeln grundsätzlich fehlt, ist der Mensch kraft seiner Befähigung zu freiheitlichem verantwortlichem Handeln zugleich *Subjekt* der Moralität und *Instanz*, vor der andere Individuen ihr Handeln ihm gegenüber verantworten müssen.

reflektierten Umgang mit der *Gewalt*-Problematik in der Pflege bedeuten könnte, soll im folgenden zweiten Schritt kurz bedacht werden.

## **2. Pflege zwischen *Fürsorge* und *Gewalt***

Sowohl der Begriff der ‚Fürsorge‘ wie auch derjenige der ‚Gewalt‘ sind vieldeutig und bedürfen daher der näheren Bestimmung, für die sich m.E. eine Orientierung am Prinzip der Handlungsfähigkeit durchaus hilfreich erweist.

### **2.1 Fürsorge:**

Die komplexe Haltung der *Fürsorge* schließt nach allgemeiner Überzeugung wenigstens die folgenden fünf Elemente ein: erstens Aufmerksamkeit (*attentiveness*), zweitens Verantwortlichkeit (*responsibility*), drittens Kompetenz (*competence*), viertens Empfänglichkeit (*responsiveness*) und fünftens Respekt (*respect*). Auch wenn diese Elemente je nach Alter und gesundheitlichem Zustand des Menschen, für den Fürsorge zu übernehmen ist, gewiss unterschiedliche Akzentuierungen erhalten, dürfte grundsätzlich gelten, dass ‚Fürsorge‘ stets im Respekt vor der möglichen Selbstbestimmung des Betroffenen erfolgen sollte und nicht den Charakter einer schleichenden Entmündigung oder Zwangsbeglückung annehmen darf.

Was das z.B. für die Pflege von *Demenzkranken* bedeutet, hat der Deutsche Ethikrat in seiner Empfehlung zur ‚Selbstbestimmung bei Demenz‘<sup>10</sup> aus dem Jahre 2012 bekanntlich sehr detailliert beschrieben. An Stelle eines *engen* Verständnisses der ‚Selbstbestimmung‘, das ein hohes Maß an kognitiver Kompetenz (inklusive Reflexivität, Rationalität und Transparenz der jeweiligen Entscheidungsgründe) verlange, plädiert der Deutsche Ethikrat m.E. zu Recht dafür, die Grenze der Selbstbestimmungsfähigkeit „weit zu ziehen“, also „weder an die intellektuelle Fähigkeit zur Bildung eigener Entscheidungen noch an die Form ihrer Äußerung gegenüber anderen und an die Abschätzung der Folgen oder an eine Darlegung von Gründen allzu strenge Anforderungen“<sup>11</sup> zu stellen. Entsprechend der Mehrdimensionalität des *Person-* und *Selbst-*Begriffes lasse auch die Vorstellung menschlicher *Selbstbestimmung* verschiedene Grade oder Stufen zu: „Die Graduierungen reichen von einer *uneingeschränkten*

---

<sup>10</sup> Deutscher Ethikrat: Demenz und Selbstbestimmung, Berlin 2012.

<sup>11</sup> Deutscher Ethikrat: Demenz und Selbstbestimmung, Berlin 2012, 59.

Selbstbestimmungsfähigkeit bei voller Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit im Frühstadium der Demenz über eine *eingeschränkte* Selbstbestimmungsfähigkeit, bei der die Entscheidungs- und Einwilligungsfähigkeit auf bestimmte erlebnisnahe Handlungsfelder begrenzt ist und bei Entscheidungen außerhalb der Erlebnisnähe noch eine gewisse Mitbestimmungsmöglichkeit besteht, bis zu einer auf den Erlebnisraum eingeschränkten bloßen Mitwirkungsmöglichkeit im Spätstadium der Erkrankung<sup>12</sup>.

Besondere Beachtung verdient der Hinweis der Empfehlung auf die Möglichkeit einer sog. *„assistierten Selbstbestimmung“*<sup>13</sup>, die exemplarisch verdeutlicht, worum es in recht verstandener *Fürsorge* letztlich immer gehen muss. Statt einer primären Orientierung an den *Defiziten* des Pflegebedürftigen sollten Pflegekräfte eine *Ressourcen-orientierte* Haltung einnehmen, um den betroffenen Hilfeempfänger genau jene Art der Unterstützung zuteil werden zu lassen, die dieser gegenwärtig zur Nutzung seiner noch verbliebenen Selbstbestimmungspotentiale benötigt.

Was der Deutsche Ethikrat über die Selbstbestimmung gesagt hat, gilt *mutatis mutandis* auch für alle anderen Teilkompetenzen menschlicher Handlungsfähigkeit (wie z.B. die Urteilsfähigkeit oder die emotionale Erlebnisfähigkeit): Die größte Herausforderung für eine wirklich *fürsorgliche Pflege* besteht demnach darin, all diejenigen Potentiale der verschiedenen kognitiven, emotionalen und sozialen Einzelkompetenzen auf Seiten des Hilfeempfängers durch intelligente Pflegekonzepte zu entdecken und gezielt zu fördern, die für die *Handlungsfähigkeit* und *Lebensqualität* des Pflegebedürftigen von entscheidender Bedeutung sind. Statt eine Logik des *„alles oder nichts“* brauchen wir im Kontext wirklich fürsorglicher Pflege eine große Sensibilität für *graduelle Abstufungen* und viel Phantasie für die *Entwicklung* konstruktiver Hilfs- und Unterstützungsangebote, die den jeweils aktuellen Bedürfnissen der Betroffenen tatsächlich gerecht werden. Erst wenn wir uns in dieser Weise immer wieder neu auf das personale Gegenüber unserer Fürsorge-Bemühungen einlassen, werden wir das tatsächliche Orientierungspotential des Grundsatzes der *Handlungsfähigkeit* realistisch einschätzen und praktisch ausschöpfen können. Was aber bedeutet dies für den Umgang mit der *Gewalt*-Problematik innerhalb der Pflege?

---

<sup>12</sup> Deutscher Ethikrat: Demenz und Selbstbestimmung, Berlin 2012, 56f.

<sup>13</sup> Vgl. Deutscher Ethikrat: Demenz und Selbstbestimmung, Berlin 2012, 50 sowie S. Graumann: Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte, Frankfurt 2011.

## 2.2 Gewalt

Aus der Fülle der in der Literatur vorhandenen Versuche zur Bestimmung des Gewalt-Begriffs scheint mir immer noch der Definitions-Vorschlag von Johan Galtung am geeignetsten zu sein. Galtung zufolge liegt „Gewalt ... dann vor, wenn Menschen so beeinflusst werden, daß ihre aktuelle somatische und geistige Verwirklichung geringer ist als ihre potentielle Verwirklichung“<sup>14</sup>: „Gewalt ist das, was den Unterschied zwischen dem Potentiellen und dem Aktuellen vergrößert oder die Verringerung dieses Abstandes erschwert. ... Mit anderen Worten, wenn das Potentielle größer ist als das Aktuelle und das Aktuelle *vermeidbar* [ist], dann liegt Gewalt vor“<sup>15</sup>.

Galtungs Definition weist zwei Leerstellen auf: Erstens bezieht sie sich allein auf die ‚somatische‘ und ‚geistige‘ Dimension des Menschen und unterschlägt damit sowohl die emotional-affektive als auch die beziehungsmaßig-soziale Dimension. Und zweitens bietet sie keinen *inhaltlichen Bezugspunkt* dafür, worin die ‚Verwirklichung‘ des Menschen näherhin besteht. Um diese empfindliche systematische Leerstelle zu schließen, schlage ich vor, die *Verwirklichung* auf die menschliche *Handlungsfähigkeit* zu beziehen, so dass *Gewalt* immer dann vorliegt, wenn die aktuelle Realisierung der Handlungsfähigkeit geringer ausfällt als das im Blick auf die noch objektiv vorhandenen Handlungspotentiale nötig erscheint.

Von besonderer Aktualität bleibt dessen ungeachtet aber Galtungs wichtige Unterscheidung zwischen *personaler* (direkter) Gewalt und *struktureller* (indirekter) Gewalt, die sowohl für eine differenzierte *Verantwortungszuschreibung* als auch für eine wirksame *Gewaltprävention* besonders folgenreich erscheint.

Bereits auf der *personalen* Ebene der direkten Interaktion zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen haben wir es mit einer ausgesprochen *differenzierten Problemlandschaft* zu tun, die ganz unterschiedliche *Arten* und *Eskalationsstufen* der Gewaltausübung umfasst: von gezielter Nichtbeachtung und *sozialer* Ausgrenzung über verschiedene Formen der *verbalen* Gewalt (z.B. Beleidigung, Beschimpfung, Verleumdung, Bedrohung) bis hin zur *physischen* Gewalt, die wiederum über verschiedene Zwischenstufen ( z.B. Schlagen, an den Haaren Ziehen, Ohrfeigen, Tritte, gegen die Wand Schleudern, sexueller Missbrauch, Verbrennen, Würgen, absichtlichem Medikamentenmissbrauch) bis hin zur gezielten Tötung reicht.

---

<sup>14</sup> J. Galtung: Strukturelle Gewalt. Beiträge zur Friedens- und Konfliktforschung, Reinbek 1975, 9.

<sup>15</sup> Ebd.

*Opfer* gewalttätiger Handlungen sind keineswegs nur die im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit stehenden *Pflegebedürftigen*, die infolge ihrer altersspezifischen mentalen und physischen Schwäche zu Recht als besonders vulnerabel gelten. Wie nicht zuletzt die Kriminalstatistik zeigt<sup>16</sup>, werden entgegen der medialen Darstellung auch *Pflegekräfte* regelmäßig zu Opfern vielfältiger gewalttätiger Übergriffe seitens der Pflegebedürftigen. Freilich gilt es auch hier – wie die nachfolgenden Vorträge ja noch zeigen werden –, zwischen ganz unterschiedlichen *Motiven*, *Ausdrucksformen* und *Zielrichtungen* der Gewaltausübung zu unterscheiden. Trotz der tendentiell asymmetrischen Machtverhältnisse zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen kann sich auf beiden Seiten ein sublimes gewaltträchtiges System von Belohnungen und Bestrafungen etablieren, in dessen Folge besonders vulnerable Einzelpersonen in beiden Gruppen zu Gewalt-Opfern werden können.

Soll *Verantwortung* nicht – wie es leider allzu oft geschieht – einfach auf der untersten Handlungsebene konzentriert und an die individuellen Pflegekräfte delegiert werden, dann muss vermittels einer Analyse der *strukturellen* Gewalt-Ursachen auch über die Verantwortlichkeit von kollektiven Akteuren auf übergeordneten Ebenen nachgedacht werden: Auf der mittleren sog. *Meso*-Ebene sind dies vor allem die *Träger* stationärer Altenhilfeeinrichtungen und auf der *Makro*-Ebene sind das die verschiedenen staatlichen Institutionen<sup>17</sup>, die die Rahmenordnung unseres Gesundheitssystems festlegen (und damit u.a. auch die finanziellen Spielräume der Pflegeversicherung definieren). Angesichts der weitgehenden Ungelöstheit der meisten, seit langem vorhersehbaren Gewalt-produzierenden Probleme im Rahmen des demographischen Wandels, des bereits gegenwärtigen Mangels an qualifizierten Pflegekräften sowie der drohenden Altersarmut vieler Bürgerinnen und Bürger wird zu Recht von einer ‚organisierten Verantwortungslosigkeit‘ auf politischer Ebene gesprochen.

Allerdings geht es hier längst nicht nur um die strukturelle Fehlallokation *finanzieller* Ressourcen im Gesundheitssystem insgesamt, an denen weder die einzelne Pflegefachkraft noch eine einzelne stationäre Pflegeeinrichtung momentan etwas ändern können. Es muss daher bei den notwendigen Überlegungen zur *Gewaltprävention* vorrangig um die Frage gehen, wie Einrichtungen und Einrichtungsverbände unter den gegenwärtigen Umständen

---

<sup>16</sup> Vgl. T. Görden/S. Herbst/S. Rabold: Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege, Hannover 2006, 63.

<sup>17</sup> Vgl. dazu Susanne Moritz: Staatliche Schutzpflichten über pflegebedürftige Menschen (Dissertation),

durch gezielte *Fortbildungsmaßnahmen* und eine verbesserte *Kommunikationskultur* ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter darin unterstützen können, besser mit den belastenden Rahmenbedingungen der Pflege umgehen zu können. Da das Pflegepersonal im Bereich der stationären Altenhilfe ständig und letztlich unvermeidbar mit menschlichem Elend, mit Leiden und Sterben konfrontiert ist und auch der größte Erfolg einer optimalen Pflege nur in der „Verlangsamung der Verschlechterung“<sup>18</sup> des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen besteht, benötigen die betroffenen Pflegekräfte geeignete *Coping-Strategien*, damit die immer wieder auftretenden Gefühle des Misserfolgs, der Sinnlosigkeit und der Frustration nicht schleichend in eine gefährliche Haltung der Distanzierung, Gleichgültigkeit und Gewaltbereitschaft übergehen.

### **2.3 Fixierungen:**

Obwohl es sicher richtig und notwendig ist, die Ebenen der *personalen* und der *strukturellen* Gewalt begrifflich sauber voneinander zu unterscheiden, wird man doch in der Praxis von einem *Zusammenhang* beider Ebenen ausgehen dürfen, wie gerade das besonders heikle Beispiel der *Fixierungen* zeigt. Zwar sind auch hier im konkreten Alltag je nach Kontext, Art, Häufigkeit und Dauer der freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ganz unterschiedliche moralische Konstellationen voneinander zu unterscheiden, doch dürften vor allem routinemäßig angewandte *körpernahe Fixierungen* (z.B. durch Bauchgurte etc.) ein deutlicher Hinweis auf eine *strukturelle* Gewalt-Problematik sein, die meistens ihren primären Grund in personellen Engpässen der Einrichtung hat. Nicht das objektive Sicherheitsbedürfnis des Bewohners erzwingt hier die Fixierung, sondern die subjektive Überforderung der Pflegekraft – zumeist gepaart mit der (weithin unbegründeten) Furcht der Einrichtungsträger vor haftungsrechtlichen Konsequenzen (insbesondere Schadensersatzforderungen seitens der Krankenkassen im Falle eines Sturzes von Bewohnern infolge einer vermeintlichen Vernachlässigung der Fürsorgepflicht).

Dies ist umso fataler, als Mobilität und Aktivität menschliche Grundbedürfnisse darstellen und bestimmte körpernahe Fixierungen infolge der statisch belegten Strangulationsgefahr ein erhebliches Sicherheitsrisiko für die Betroffenen darstellen. Der BGH hat deshalb bereits im Jahre 2005 festgestellt, dass bestimmte freiheitsbeschränkende Maßnahmen und Fixierungen

---

<sup>18</sup> M. Meyer: Gewalt gegen alte Menschen in Pflegeeinrichtungen, Bern 1998, 71.

gegen die *Würde* des Menschen verstoßen können, so dass auch Pflegeeinrichtungen keine allzu strengen Auflagen hinsichtlich der Sturzprophylaxe der Bewohner gemacht werden dürfen<sup>19</sup>.

Zwar wird es seltene Fälle geben, bei denen zur Abwehr von akuter Selbst- und Fremdgefährdung auch freiheitsbeschränkende Maßnahmen als letztes Mittel (*ultima ratio*) zur Anwendung kommen müssen, doch haben verschiedenen Modellversuche (z.B. das *ReduFix*-Programm oder der *Werdenfelser Weg*) gezeigt, dass sich ein Großteil der Fixierungen vermeiden läßt, wenn die jeweilige Einrichtung dazu bereit ist, ihr bisheriges Pflegekonzept selbstkritisch zu reflektieren und zu verbessern. Die Liste der hier hilfreichen Maßnahmen ist lang und reicht von Methoden der Gesprächsführung (Validation, Biographie-Arbeit) über sinnvolle Bewegungs- und Beschäftigungsmaßnahmen, die Stärkung der Tages- und Nachtstruktur bis hin zu atmosphärischen und architektonischen Verbesserungen, die Spiel- und Bewegungsräume eröffnen – statt eine Fülle von Verbotsräumen zu schaffen. Die hier oft notwendigen Veränderungen können freilich nur dadurch erreicht werden, dass sich die Mitarbeiter sämtlicher Hierarchie-Ebenen gemeinsam mit den Einrichtungsträgern ihrer *gemeinsamen* Verantwortung für eine *fürsorgliche* und das heißt möglichst *gewaltarme* Pflege bewusst werden.

### **3. Christlicher Glaube und der Anspruch der Nächstenliebe**

Gestatten Sie zum Schluss noch eine kurze Bemerkung zur ‚Nächstenliebe‘, von der bislang bewusst noch nicht ausdrücklich die Rede war. Es ist gewiss eine der großen Stärken des Christentums, dass es im Grundgebot der *Nächstenliebe* den Gedanken der ganz praktischen *Selbsttranszendenz* in den Mittelpunkt seines gesamten Ethos stellt. Der christliche Glaube bietet damit eine qualifizierte Alternative zu dem in unserer mittlerweile weithin säkularen Gesellschaft verbreiteten Phänomen eines narzisstischen Kreisens des Menschen um sich selbst. *Nächstenliebe* ist freilich weder *sentimentales Gefühl* noch *reine Gesinnung*, sondern eine *praktische Haltung*, die in der konkreten Zuwendung zum Nächsten nicht nur alles das voraussetzt, was eine *kompetente fürsorgliche* Pflege ausmacht, sondern darüber hinaus auch ein bestimmtes Verständnis seiner Selbst als *Ebenbild Gottes* miteinschließt, das wichtige

---

<sup>19</sup> Vgl. BGH 2005 (Az: III ZR 399/04).

geistige Ressourcen zum Umgang mit eigener und fremder Kontingenz und Hinfälligkeit enthält.

Wer von Nächstenliebe spricht, sollte sich daher stets der Tatsache bewusst sein, dass der biblische Liebes-Begriff (*agape*) eine *dreigliederige* (tringuläre) Struktur aufweist, die *Gottes-, Nächsten- und Selbstliebe* in ein *harmonisches* Verhältnis zueinander setzt. So unmöglich es ist, Gott an den Menschen vorbei zu lieben, so wenig kann ich meinen Nächsten lieben, wenn ich nicht einen wertschätzenden Umgang mit mir selbst gelernt habe.

Soll die gerade für die Pflegeberufe so wichtige *intrinsische Motivation* zu einem altruistischen Handeln im Alltag wirklich dauerhaft Bestand haben, dann bedarf sie der beständigen *Nahrung* (z.B. durch eine gelebte Alltagsspiritualität), der gezielten *Weiterentwicklung* (z.B. durch geeignete Fort- und Weiterbildung) und der permanenten kritischen *Selbstreflexion* (z.B. im Rahmen einer kompetenten Supervision).

Der Begriff der ‚Nächstenliebe‘ eignet sich weder für moralische Appelle noch für die zynische Bemäntelung ungerechter sozio-ökonomischer Rahmenbedingungen bei der Erbringung von Pflegeleistungen – selbst wenn eine authentische Haltung der Nächstenliebe fehlende soziale Anerkennung durchaus zeitweise kompensieren kann. Der Begriff der ‚Nächstenliebe‘ sollte aber auch nicht zur Verdrängung eigener Überforderungs-, Wut- und Agressionsgefühle missbraucht werden, die ein Teil unserer menschlichen Wirklichkeit sind.

Recht verstandene Nächstenliebe verweist im Bereich der Pflege letztlich auf einen *Idealzustand* wirklich *umfassender ganzheitlicher Fürsorglichkeit*, die wir vielleicht nie ganz erreichen werden, der wir uns aber dadurch schrittweise annähern können, dass wir uns als Lernende immer wieder neu selbstkritisch sowohl mit unseren eigenen Stärken als auch mit den Unvollkommenheiten und Schwachstellen unserer derzeitigen Handlungswirklichkeit auseinandersetzen.

(Prof. Dr. Franz-Josef Bormann)