

MENSCHENPFLEGE

Pflegeethik und christliches Menschenbild¹

Von

Ulrich H.J. Körtner

1. Pflegeethik als praktische Anthropologie

Alle Ethik – also auch Pflegeethik – ist praktische Anthropologie, will sagen: Jeder Ethik liegt eine bestimmte Auffassung vom Menschen zugrunde. Wir können auch sagen: ein Menschenbild. Man könnte auch sagen: Ethik ist angewandte Anthropologie, aber das könnte das Missverständnis erzeugen, als würde man zunächst eine bestimmte Sicht des Menschen entwickeln – gewissermaßen eine Theorie vom Menschen – und diese dann in einem zweiten Schritt in die Praxis umsetzen. Anthropologie und Ethik verhalten sich aber nicht zueinander wie Theorie und Praxis, schon deshalb nicht, weil die Ethik selbst eine Form der Theorie und nicht etwa der Praxis ist.

Ethik ist von Moral oder Ethos zu unterscheiden. Moral ist die Gesamtheit aller sittlichen Prinzipien und Normen einer Gesellschaft oder einer Gruppe. Vom Ethos sprechen wir eher, wenn wir die sittliche Einstellung oder Grundhaltung des Einzelnen oder einer bestimmten Gruppe meinen. Wir sprechen zum Beispiel vom Ethos der Pflege, d.h. vom Berufsethos der Pflegeprofession. Nun kann auch dieses Ethos kodifiziert werden, wie es beispielsweise im Ethikodex des International Council of Nurses (ICN) geschieht. Beim Wort Ethos denken wir aber nicht so sehr an kodifizierte Regeln und Prinzipien als an die innere Einstellung zum Beruf der Pflege, an die Motivation zur Berufswahl und zur alltäglichen Berufsausübung, an Haltungen und Verhaltensweisen, die man traditionellerweise als Tugenden bezeichnet. Neudeutsch: *professional attitudes*. Heute wird gern auch von Werten gesprochen, wengleich der Wertbegriff – worauf ich noch kommen werde – einer genaueren Klärung und Prüfung bedarf.

Ethik ist nun nicht mit Moral oder Ethos identisch, sondern die Theorie der Moral bzw. die Theorie des Ethos. Sie fragt nach der Begründung für moralische Normen und Werte, und sie unterzieht eine vorgängige Moral der Kritik, d.h. der Prüfung. Die Stunde der Ethik schlägt, wenn eine bestimmte Moral sich nicht mehr von selbst versteht, oder wenn die praktische

¹ Vortrag auf der 42. Generalkonferenz der Kaiserswerther Generalkonferenz am 25.9.2015 in Gallneukirchen.

Bedeutung moralischer Prinzipien, Normen und Werte in einer konkreten Situation unklar oder strittig ist. Ethik ist, wenn man so will, eine Konfliktwissenschaft. Sie sucht nach Verfahren, wie man moralische Konflikte im Diskurs und mit Argumenten bearbeiten und lösen kann. Das ist z.B. die Aufgabe der Ethik im klinischen Alltag und im Alltag der Pflege im Rahmen eines Ethikkonsils oder eines Ethikkomitees.

Handelt es sich bei der Ethik allgemein um eine kritische Theorie der Moral, so ist Gegenstand und Aufgabe der Pflegeethik die kritische Reflexion pflegerischen Handelns und Planens unter sittlichen Gesichtspunkten.² Es geht nicht allein um die Frage, ob sich das pflegerische Handeln und das Verhalten von Pflegepersonen im Allgemeinen wie im konkreten Einzelfall ethisch begründen oder im Nachhinein ethisch rechtfertigen lassen. Ethisch zu prüfen sind auch die institutionellen und organisationalen Rahmenbedingungen, unter denen pflegerisches Handeln stattfindet. Pflegeethik als ethische Theorie des pflegerischen Ethos befasst sich außerdem mit den Einstellungen und Haltungen von Pflegepersonen und ihrer Einbettung in die ethische Kultur von Einrichtungen oder Organisationen, in denen Pflege stattfindet.

Die Pflegeethik gehört zu den sogenannten Bereichsethiken. Weitere Beispiele für Bereichsethiken sind Wirtschaftsethik, Rechtsethik, Politische Ethik, Medienethik und natürlich auch die Medizin- und Bioethik. Zwischen Pflegeethik und anderen Bereichsethiken besteht eine Reihe von Verbindungen oder Schnittstellen.³ Ethik in der Pflegepraxis überschneidet sich nicht nur mit Ethik in der Medizin, sondern auch mit Ethik in der sozialen Arbeit. Ethik im Pflegemanagement hat gemeinsame Schnittmengen mit Wirtschaftsethik, Sozialethik und politischer Ethik. Ethik in der Pflegepädagogik steht im Austausch mit einer allgemeinen Pädagogischen Ethik. Ethik in der Pflegewissenschaft ist ein Teilbereich von Wissenschaftsethik und Forschungsethik.

Nun gibt es unterschiedliche Grundverständnisse von Ethik. Eine gewichtige Tradition versteht Ethik als Theorie des guten Lebens, wobei mit einem guten Leben nicht unbedingt ein angenehmes und bequemes Leben gemeint ist, sondern ein Leben, von dem man aufs Ganze betrachtet sagen kann, das es ein sinnvolles, ein sinnerfülltes und glückliches Leben ist. Letztlich kann man das – wenn überhaupt! – freilich erst am Ende eines Lebens sagen, ob es tatsächlich in diesem Sinne gut und sinnerfüllt war. Heute spricht man gern von einem gelingenden Leben. Ob die einzelnen Handlungen und Entscheidungen, die jemand in seinem Leben für sich und andere getroffen hat, gut waren, ergibt sich nach dieser Theorie, die auf

² Vgl. Ulrich H.J. Körtner, Grundkurs Pflegeethik, Wien ²2012.

³ Vgl. Reinhard Lay, Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hannover ²2012, S. 144ff.

den griechischen Philosophen Aristoteles zurückgeht, eigentlich überhaupt erst, wenn das Leben zu seinem Ende gelangt ist, im Grunde also eigentlich erst, wenn jemand gestorben ist.

Auch medizinische und pflegerische Entscheidungen können in solch eine Theorie des guten Lebens eingebettet werden. Dann fragt man nicht nur, ob eine bestimmte therapeutische oder pflegerische Maßnahme nach dem Stand der Forschung und der Technik – neudeutsch: *state of the art* – machbar ist, sondern ob sie für den betroffenen Patienten oder die zu pflegende Person in ihrer konkreten Lebenssituation sinnvoll und hilfreich ist, etwa wenn man die gesundheitliche Gesamtverfassung, den Krankheitsverlauf und die Lebenserwartung des Patienten berücksichtigt.

Solch ein Verständnis von Ethik ist anthropologisch enorm voraussetzungsreich. Es unterstellt, dass der Mensch ein vernünftiges Wesen ist, das nach dem wahren Glück und Lebenssinn strebt. Es setzt weiter voraus, dass der Mensch dem Guten, das er zu erkennen glaubt, auch immer nacheifern will. Er mag irren, aber er wird vernünftigerweise nicht gegen das handeln, was er als vernünftig erkannt hat.

Überhaupt setzt jede Ethik voraus, dass der Mensch ein vernünftiges Wesen ist, das vernünftig handelt oder dazu fähig ist. Jede Ethik setzt voraus, dass der Mensch einen Willen hat, dass er nicht nur spontan reagieren, sondern mit Überlegung handeln kann, dass er also zwischen verschiedenen Handlungsmöglichkeiten wählen kann, was wiederum das Moment der Freiheit voraussetzt. Jede Ethik unterstellt, dass der Mensch Eigeninteressen verfolgt, aber doch auch in der Lage ist, die Interessen anderer zu erkennen, sich in sie hineinzusetzen und auf diese Rücksicht zu nehmen. Auch dass der Mensch ein Gewissen hat und im moralischen Sinne zwischen Gut und Böse unterscheiden kann, ist eine Grundvoraussetzung aller Ethik. Insofern stimmt es, dass jeder Ethik ein bestimmtes Menschenbild oder eine bestimmte Anthropologie zugrunde liegt.

Zwischen Menschenbild und Ethik vollzieht sich freilich ein komplexes Wechselspiel. Die praktische Erfahrung nötigt uns immer wieder dazu, unser Bild vom Menschen in Frage zu stellen. Die Erfahrung lehrt uns, dass Menschen keineswegs immer vernünftig handeln. Alle wollen z.B. gesund sein und möglichst lange leben, aber sie haben keineswegs immer eine gesunde Lebensweise. Der Weg zur Hölle ist bekanntlich mit guten Vorsätzen gepflastert. Und Patienten oder Bewohner einer Einrichtung der Pflege oder der Altenhilfe verhalten sich keineswegs immer „compliant“.

Die Geschichte ist reich an Beispielen für Menschlichkeit, Selbstlosigkeit und Güte, aber auch an Beispielen von abgründiger Bosheit, Gewalt und Menschenverachtung. So entstehen ganz gegensätzliche Bilder vom Menschen, die uns auf letzte Fragen führen: Ist der Mensch

im Grunde seines Herzens gut, hilfreich und edel, oder schlummert in ihm das radikal Böse, das nur mit Mühe zivilisatorisch domestiziert wird, jedoch immer wieder offen hervorbricht?

Und weiter gefragt: Verstehen wir den Menschen und das Menschsein in erster Linie vom Zustand der Gesundheit und einem Begriff des Normalen aus, oder begreifen wir das Menschsein erst dann richtig, wenn wir die Erfahrung des Leidens, der Behinderung, der Abweichung von der vermeintlichen Normalität zum Ausgangspunkt wählen?⁴ Was aber bedeutet das dann für das Ziel des guten oder gelingenden Lebens und mithin für die Zielsetzung von Ethik?

Praktisch gefragt: Welche Sichtweise leitet den Umgang der Pflege und der Medizin mit Krankheit, Leiden und Behinderung, von Altern, Sterben und Tod? Dominiert eine defizitorientierte Sicht, die den Blick auf das richtet, was alles nicht oder nicht mehr möglich ist? Oder richtet sich der Blick auf die vorhandenen Ressourcen, die es zu nutzen und zu stärken gilt? Sind kranke und gebrechliche Menschen, auch Menschen mit einer schweren körperlichen oder geistigen Behinderung zu bedauern, oder können auch sie ein sinnerfülltes, vielleicht sogar glückliches Leben führen, oder zumindest Momente des Glücks und der Lebensfreude erleben? Sind sie für andere Menschen oder die Gesellschaft im Ganzen eine Last? Oder stellen sie eine Bereicherung dar? Und gilt vielleicht manchmal beides zugleich: dass nämlich wie auch bei gesunden Menschen das Leben bisweilen Last und Glück zugleich sein kann?

Wenn wir nach dem Menschenbild in Pflege und Medizin und nach der Bedeutung des Menschenbildes für die Pflege- und die Medizinethik fragen, dürfen wir uns nicht auf die Sicht des Patienten oder der zu pflegenden Person beschränken. Es gilt auch, das eigene Selbstverständnis von Pflegekräften und Ärzten zu klären, die eigene Sicht des Menschseins, des Handelns und des Lebenssinns. Wie gehen wir mit unseren eigenen Stärken und Schwächen um, wie mit den eigenen Fehlern, mit Versagen und Schuld?

Zur ethischen Reflexion des eigenen Menschenbildes bzw. des Menschenbildes, das das pflegerische oder medizinische Handeln leitet, gehört auch die kritische Beobachtung der eigenen Sprache und der Kommunikation mit dem Patienten, den Angehörigen und im Team. Was sagen wir von einem Menschen, wenn wir ihn als verwirrte Person einstufen? Was sagen wir über jemanden, wenn wir ihn in die Rubrik „schwieriger Patient“ stecken? Was für Handlungsaufforderungen an Arzt und Patient stecken in der vermeintlich objektiven Bezeichnung eines Kranken als „dialyse-“, oder „beatmungspflichtig“? Wer definiert diese

⁴ Vgl. dazu *Ulf Liedke*, Gegebenheit – Gabe – Begabung? Systematisch-theologische Notizen zum Diskurs über „Behinderung“ und zu einer inklusiven Anthropologie für alle Menschen, PTh 98, 2009, S. 466–482.

Pflicht? Grundsätzlich gilt, dass Sprache Wirklichkeit nicht nur abbildet, sondern geradezu schafft. Wenn ich z.B. jemanden als geistig verwirrt einstufe, wird er sich zu dem entwickeln, was ich von ihm behaupte. Die Beispiele ließen sich vermehren. Wie wir von den Menschen sprechen, mit denen wir es im Alltag zu tun haben, sagt viel über unser Menschenbild aus und führt dazu, dass Menschen nach diesem Bild geformt werden. Wir können am Beispiel der Sprache aber auch nochmals gut sehen, dass Ethik keineswegs nur der Anwendungsfall einer bestimmten Anthropologie oder eines Menschenbildes ist, sondern dass die Kritik bestehender Menschenbilder zu den elementaren Aufgaben der Ethik gehört. Die Kritik von Menschenbildern aber beginnt bei der Sprache und unserer Kommunikation.

Das komplexe Wechselspiel von Ethik und Menschenbild zeigt sich auch anhand des medizinischen Fortschritts. Die moderne Reproduktionsmedizin ermöglicht die Zeugung in der Petrischale, und die moderne Intensivmedizin gibt die Möglichkeit, das Sterben immer weiter hinauszuschieben. Dadurch sind ganz neue anthropologische Fragen aufgebrochen: Ist schon eine befruchtete Eizelle in der Petrischale als Mensch zu betrachten, als Person mit unveräußerlichem Lebensrecht und Lebenswürde? Oder trifft das erst auf einen Embryo nach der Einnistung in der Gebärmutter zu? Oder gelten die Menschenwürde und das Personsein überhaupt erst nach der Geburt? Und was ist mit sogenannten Hirntoten? Sind sie wirklich schon tot, oder handelt es sich bei ihnen immer noch um Sterbende – und das heißt um Lebende? Lassen sich die überkommenen Vorstellungen, nach denen wir vermeintlich eine klare Grenze zwischen Leben und Tod ziehen können, noch aufrecht erhalten? Oder müssen wir – auch unter praktischen Gesichtspunkten, wenn es z.B. um die Organentnahme geht – unsere anthropologischen Überzeugungen überdenken?

Die Antworten fallen unterschiedlich, manchmal sogar gegensätzlich aus, weil wir es mit unterschiedlichen Menschenbildern und unterschiedlichen Ethikkonzeptionen zu tun haben. Ethik ist darum auch insofern eine Konfliktwissenschaft, als sie den Konflikt der Ethiken und der Menschenbilder zu bearbeiten hat.

In diesen Konflikt ist auch das christliche Menschenbild – oder sollten wir besser sagen: sind die christlichen Bilder vom Menschen – involviert.

2. Christliches Menschenbild

Ebensowenig wie *das* Menschenbild der Medizin oder der Psychotherapie gibt es *das* christliche oder *das* biblische Menschenbild, auf das man sich insbesondere in der Diakonie

gern beruft. Die stereotype Rede von *dem* christlichen Menschenbild ist eine unhistorische Konstruktion, unterliegt dieses Menschenbild doch dem geschichtlichen Wandel. Es ist unter anderem das Ergebnis der Auseinandersetzung mit der Aufklärung, mit den Ergebnissen und Fortschritten der modernen Natur- und Humanwissenschaften sowie gesellschaftlichen Umbrüchen, zum Beispiel dem Übergang von der Agrar- zur Industriegesellschaft und weiter zur postindustriellen Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Außerdem bestehen in anthropologischen Fragen ebenso wie auf dem Gebiet der Dogmatik zwischen den verschiedenen christlichen Konfessionen bezeichnende Unterschiede. Sie betreffen etwa den Naturbegriff, das Verständnis menschlicher Freiheit und den Sündenbegriff. Damit hängt zusammen, dass die Antworten der Kirchen und der einzelnen Christen in ethischen Fragen unterschiedlich ausfallen können. Die christliche Sicht des Menschen weist also eine gewisse Pluralität auf, die teilweise sogar quer zu den Konfessionen besteht. Insofern ist es sachgemäßer, statt von *dem* christlichen Menschenbild von christlichen Menschenbildern zu sprechen.

Von den Auswirkungen des medizinischen Fortschritts auf die Anthropologie war bereits die Rede. Auch sonst finden gesellschaftliche und kulturelle Umbrüche statt, die uns dazu nötigen, herkömmliche anthropologische Grundaussagen zu überprüfen. Erwähnt seien die Veränderungen im Geschlechterverhältnis, die Auflösung traditioneller Ehe- und Familienformen und das Entstehen neuer Modelle von Lebensgemeinschaften und Familialität, die heutige Sicht der Homosexualität, die zum Teil dramatischen Veränderungen in der Arbeitswelt und ihre Auswirkungen auf Berufsbiographien, die steigende Lebenserwartung, der Geburtenrückgang und die mit beiden verbundene demographische Entwicklung in den europäischen Gesellschaften, die Veränderungen des Alters und des Alterns, des Sterbens und der Sterbekultur in der postindustriellen Gesellschaft.

Der niederländische Schriftsteller Harry Mulisch gibt auf die Frage, was der Mensch ist, in seinem Roman *Selbstportrait mit Turban* (1997) eine paradoxe Antwort: „Die Antwort lautet: ‚Was ist der Mensch?‘“ Bei der Frage, worauf die Frage, was der Mensch ist, antwortet, handelt es sich um dieselbe Frage, „denn der Mensch ist keine Antwort, sondern eine Frage“⁵.

Anthropologie fragt nach der Frage, die der Mensch ist. Der Philosoph Ludwig Wittgenstein hat allerdings zu bedenken gegeben, zu einer Antwort die man nicht aussprechen könne, könne man auch die Frage nicht aussprechen.⁶ Wie also lässt sich der Mensch als

⁵ Zitiert nach *Jochen Hörisch*, Eine Geschichte der Medien. Von der Oblate zum Internet, Frankfurt a.M. 2004, S. 423.

⁶ Vgl. Ludwig Wittgenstein, *Tractatus logico-philosophicus* (edition suhrkamp 12), Frankfurt a.M. ¹²1977, Nr. 6.5 (S. 114).

Frage verstehen, wenn man die Antwort zu dieser Frage nicht kennt? Theologie fragt nach der Antwort, zu der der Mensch die Frage ist. Das religiöse Symbol für diese Antwort ist das Wort „Gott“. Die Antwort, auf welche das Wort „Gott“ verweist, bringt die Frage, die der Mensch ist, allerdings nicht zum Verstummen, sondern provoziert sie ständig auf neue Weise. So heißt es im 1. Johannesbrief: „Wir sind schon Gottes Kinder; es ist aber noch nicht offenbar geworden, was wir sein werden. Wir wissen aber; wenn es offenbar wird, werden wir ihm gleich sein; denn wir werden ihn sehen, wie er ist“ (1Joh 3,2f.). Rudolf Bultmann merkt zu dieser Bibelstelle an: „Wir sind nicht die, die wir zu sein scheinen, zu sein meinen. Wir sind die, die wir im Lichte der Gnade Gottes sind. Wir sind, was wir hier und jetzt nie sind, aber das, was wir hier und jetzt nie sind, *gerade das ist unser eigentliches Sein.*“⁷

In Psalm 8 nimmt die anthropologische Grundfrage, was der Mensch sei, eine überraschende Wende. Der alttestamentliche Beter fragt: „Was ist der Mensch, dass du, Gott, seiner gedenkst, und des Menschen Kind, dass du dich seiner annimmst?“ (Psalm 8,5). In der Form des Gebets wird die Frage nach dem Wesen des Menschen nicht an diesen selbst, sondern an Gott gerichtet. Nicht allein durch den Kontrast zwischen seiner Größe und seiner Nichtigkeit, die der Psalm anspricht, sondern dadurch, dass er der Mensch Gottes ist, wird der Mensch nach biblischer Auffassung im Letzten bestimmt. Seine Stellung im Kosmos ist nicht Verdienst aufgrund besonderer Eigenschaften und Fähigkeiten, sondern Gnade. Und aus der Frage des Psalmisten, womit es der Mensch überhaupt verdient hat, von Gott beachtet und umsorgt zu werden, spricht dankbares und demütiges Erstaunen. Nur wo solches Erstaunen mitschwingt, in das sich zum Beispiel der behandelnde Arzt oder die Pflegeperson einschließt, wird nach theologischer Überzeugung die Würde des Menschen in ihrer ganzen Tiefe erfasst.

Die Frage des Menschenbildes betrifft nicht nur die Wesensbestimmung des Menschen. Anthropologie sucht letztlich immer auch nach Gründen, die das Dasein des Menschen rechtfertigen. Wenn ein Mensch sich selbst bzw. das Daseinsrecht nicht rechtfertigen kann, z.B. weil er noch gar nicht geboren ist, weil er geistig schwer behindert oder verwirrt ist, weil er im Koma liegt und dauerhaft das Bewusstsein verloren hat, wer oder was rechtfertigt dann sein Recht auf Leben?

Die Antwort, welche hierauf die reformatorische Tradition des Christentums gibt, lautet: Gott rechtfertigt das Leben eines jeden Menschen. Der Mensch ist der von Gott

⁷ Rudolf Bultmann, Weihnachten (1953), in: *ders.*, Glauben und Verstehen, Bd. III, Tübingen 1960, S. 76–80, hier S. 79. Vgl. auch die Ausführungen Gerhard Sauters zur Verborgenheit des Menschen und seines neuen Lebens in Christus (*Gerhard Sauter*, Das verborgene Leben. Eine theologische Anthropologie, Gütersloh 2011, S. 147ff.).

gerechtfertigte Mensch, und eben darum braucht er sich selbst und sein Dasein nicht zu rechtfertigen. Das ist der Haupt Gesichtspunkt, den die protestantischen Kirchen in das ökumenische Gespräch über das christliche Menschenbild einbringen.

Doch ebenso strittig wie ein christliches Menschenbild im Allgemeinen ist nun gerade das reformatorische Menschenbild im Besonderen. Der Radikalität, mit welcher die evangelische Tradition von der Rechtfertigung des Sünders allein aus Gnaden durch den Glauben spricht, korrespondiert die Radikalität ihrer Sicht der Sünde. Das „radikal Böse“ (Immanuel Kant) wird derart radikal gesehen, dass selbst noch vom gerechtfertigten Sünder behauptet wird, er sei Gerechtfertigter und Sünder zugleich – „simul iustus et peccator“. Das jedenfalls ist die paradoxe und ärgerlich klingende Formulierung Martin Luthers, die bis heute von ihrer Anstößigkeit nichts verloren hat.

Erst wer sich als gerechtfertigten Sünder erkennt, d.h. als vergebungsbedürftigen und der Vergebung tatsächlich teilhaftig gewordenen Menschen, begreift nach evangelischem Verständnis erst wirklich das Wesen Gottes, das grundlose Liebe ist. Von hier aus erschließt sich auch die Welt als gute Schöpfung Gottes, deren Erkenntnis durch die Macht der Sünde verdunkelt oder durch Unglauben verstellt ist.

3. Gelingendes Leben?

Eine bis heute wirkmächtige Tradition, von der bereits die Rede war, versteht die Ethik als Theorie des guten oder des gelingenden Lebens. Auch in Kirche und Diakonie ist diese Redeweise anzutreffen. Nun kann man das Wort „Glück“ als säkulares Äquivalent zum Begriff der Seligkeit verstehen, von der in der Bibel gesprochen wird. Man denke nur an die Seligpreisungen der Bergpredigt (Mt 5,3–11). Dennoch stellt sich die Frage, ob die Rede vom gelingenden Leben tatsächlich so biblisch und christlich ist, wie gelegentlich behauptet wird.

Die evangelische Theologin Gunda Schneider-Flume weist die Vorstellung von einem Leben unter dem Vorbehalt des Gelingens aus guten Gründen als unbiblisch zurück und kritisiert die „Tyrannei des gelingenden Lebens“⁸. Schneider-Flume bezieht sich unter anderem auf die Kritik des evangelischen Theologen Henning Luther am Mythos der Ganzheitlichkeit.⁹ Tatsächlich ist mit Luther zu fragen, ob die modernen Ideale der

⁸ Gunda Schneider-Flume, *Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens*, Göttingen 2002.

⁹ Vgl. Henning Luther, *Identität und Fragment. Praktisch-theologische Überlegungen zur Unabschließbarkeit von Bildungsprozessen*, in: *ders.*, *Religion und Alltag. Bausteine zu einer praktischen Theologie des Subjekts*, Stuttgart 1992, S. 160–183.

Vollkommenheit und Ganzheit, die sich im utopischen Gesundheitsbegriff unserer Gegenwart widerspiegeln, nicht in Wahrheit zerstörerisch statt heilend sind. „Zerstören sie nicht das uns lebbare Leben? Unser Leben mit all seinen Brüchen, Fehlern, Unvollkommenheiten, Schwächen? Hindern uns nicht die Illusionen von Vollkommenheit und Ganzheit am Leben? Drohen wir nicht an unseren Illusionen zu scheitern? Ist der Mythos der Ganzheit nicht eine einzige Lebenslüge, die unsere schüchternen und unvollkommenen Tastversuche, unseren Versuch zu leben, im Keim erstickt und abtötet?“¹⁰

Kritische Rückfragen sind daher auch an das Postulat und Selbstverständnis einer sogenannten ganzheitlichen oder holistischen Medizin zu richten, auch wenn ihre Kritik an der in Theorie und Praxis der sogenannten Schulmedizin herrschenden Atomisierung und Entpersonalisierung des kranken Menschen grundsätzlich Zustimmung verdient. Nicht Krankheiten oder kranke Organe, sondern kranke Menschen sind das Objekt medizinischen Handelns. Der kranke Mensch aber ist, wie die psychosomatische Medizin völlig zu Recht geltend macht, nicht das bloße Objekt von Krankheit und Heilung, sondern deren Subjekt.

Gleichwohl ist das Konzept einer Ganzheitsmedizin kritisch nach seinen anthropologischen Prämissen und der Zielsetzung therapeutischer Maßnahmen zu befragen. Fragwürdig ist der Ansatz einer holistischen Medizin jedenfalls dann, wenn er auf der These beruht, der Mensch sei im Grunde seines Wesens heil und gut, so dass er sich eigentlich aus eigener Kraft heilen könne und die Aufgabe therapeutischen Handelns lediglich in der Beseitigung von Hemmungen auf dem Weg zu voller Selbstverwirklichung bestehe.¹¹ Theologisch wird man daher auch der psychosomatischen These von Krankheit als Selbstheilung nicht vorbehaltlos zustimmen können.¹² Sie impliziert nämlich ein Verständnis von Gesundheit und Heilung, welches Gesundheit mit selbstzentrierter Integrität, diese aber mit Heil im religiösen Sinne gleichsetzt, so dass Heilung bzw. Selbstheilung zur Erlösung bzw. Selbsterlösung wird.

Nicht dass es im Leben kein Gelingen geben kann oder darf. „Aber die Befähigung, Pläne erfolgreich zu verwirklichen und Unternehmen zum Gelingen zu verhelfen oder auch misslingen zu lassen, berechtigt nicht dazu, das Leben selbst als Ganzes unter das Urteil des Gelingens zu stellen und damit die Tyrannei des gelingenden Lebens als alles beherrschend zu

¹⁰ Henning Luther, *Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit*, WzM 43, 1991, S. 262–273, hier S. 263.

¹¹ Zur Kritik siehe auch Ulrich Eibach, *Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche*, Neukirchen-Vluyn 1991, S. 50ff.

¹² Vgl. Dieter Beck, *Krankheit als Selbstheilung. Wie körperliche Krankheiten ein Versuch zur seelischen Heilung sein können*. Mit einem Nachwort von Elisabeth Kübler-Ross, Frankfurt a.M. 1985.

etablieren.¹³ Schon Dieter Schellong hat vor etlichen Jahren darauf aufmerksam gemacht, wie gemein im Grunde der Jargon des gelingenden Lebens sei, weil es dann ja offenbar auch misslingendes Leben gibt, über das nur ein negatives Gesamturteil gesprochen werden kann.¹⁴

Gegen die Totalperspektive des gelingenden Lebens steht der Tod Jesu am Kreuz, der gar nichts von einem gelingenden Leben an sich hatte. Zumindest nach der markinischen Darstellung ist es Jesus am Ende nicht gelungen, dem Leiden einen Sinn zu geben und das Sterben harmonisch und selbstbestimmt in das eigene Leben zu integrieren, wie es heute in der Seelsorge-, Lebenshilfe- und Sterbebegleitungsliteratur immer wieder propagiert wird.¹⁵ Die Osterbotschaft aber besagt, dass der Wert des Lebens und seine Würde gerade nicht vom Gelingen oder Misslingen menschlicher Lebensführung und Selbstverwirklichung abhängen, sondern von der Teilhabe am Leben Gottes und seiner Fülle.

Tatsächlich sind es doch gerade Erfahrungen eines fragmentierten Lebens, des Misslingens und von „Bruchbiographien“¹⁶, mit denen Diakonie und Seelsorge immer wieder konfrontiert werden. Nicht nur Konflikte bei der Lebensführung, sondern Erfahrungen von Versagen und Schuld, von Leiden und Ohnmacht lassen Menschen nach seelsorglichem Beistand suchen. So gewiss sie Rat und Lebenshilfe suchen, Hilfe bei der Klärung ethischer Fragen, so gewiss brauchen Menschen auch Trost und Solidarität in Situationen, die sich gar nicht oder jedenfalls nicht sogleich durch menschliches Handeln verändern lassen. Auch die sogenannten Kontingenzen des Lebens lassen sich nicht immer „bewältigen“, sondern können bestenfalls nur ausgehalten und von anderen Menschen mitgetragen und erduldet werden. Im Sinne Bonhoeffers die Grenze zwischen Widerstand und Ergebung im konkreten Fall auslotend,¹⁷ haben Seelsorge und Diakonie Menschen nicht nur bei der Suche nach neuen Handlungsmöglichkeiten zu helfen, sondern auch zur Trauer und zur Klage zu ermutigen.

Diese Überlegungen haben praktische Konsequenzen für Medizin und Pflege, sind doch Heil und Heilung nach christlichem Verständnis voneinander zu unterscheiden, auch wenn zwischen beiden eine Verbindung besteht. Entscheidend für das neutestamentliche Heilsverständnis ist freilich, dass ewiges Heil und irdisches Wohl nicht immer voneinander zu

¹³ G. Schneider-Flume, a.a.O. (Anm. 8), S. 12.

¹⁴ Dieter Schellong, Die Krise der Ehe und die Weisheit der Theologie, in: Einwürfe, hg. v. Friedrich-Wilhelm Marquard, Dieter Schellong, Michael Weinrich u. dem Chr. Kaiser Verlag, Bd. 1, 1983, S. 14–89, hier S. 68f.

¹⁵ Vgl. G. Schneider-Flume, a.a.O. (Anm. 8), S. 105: „Man muß immer wieder darauf hinweisen, dass Jesus von Nazareth diesem Ideal nicht gerecht geworden ist.“

¹⁶ G. Schneider-Flume, a.a.O. (Anm. 8), S. 49, im Anschluß an Ulrich Beck/Elisabeth Beck-Gernsheim, Individualisierung in modernen Gesellschaften – Perspektiven und Kontroversen einer subjektorientierten Soziologie, in: dies. (Hg.), Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften, Frankfurt a.M. 1994, S. 10–39.

¹⁷ Vgl. Dietrich Bonhoeffer, Widerstand und Ergebung. Briefe und Aufzeichnungen aus der Haft, hg. v. Chr. Gremmels, E. Bethge u. R. Bethge in Zusammenarbeit mit I. Tödt (DBW 8), Gütersloh 1998, S. 333f.

trennen, gleichwohl jedoch zu unterscheiden sind, wie auch zwischen der fragmentarischen Gegenwart und der noch ausstehenden Zukunft vollendeten Heils ein Unterschied besteht. Gesundung und Gesundheit werden im Neuen Testament nicht als Inbegriff, sondern als Angeld künftigen Heils verstanden, dessen Vollendung der noch ausstehenden Zukunft des Reiches Gottes vorbehalten bleibt. So legitim der Wunsch nach Gesundheit ist, so sehr kann doch das Heil paradoxerweise gerade im Leiden und in der körperlichen Schwachheit zur Wirkung gelangen.

Das Heil, von dem das Neue Testament spricht, besteht seinem Wesen nach in der Wiederherstellung nicht von individueller Integrität, sondern von Beziehung. Heil ist Teilhabe am Sein Gottes, dessen Wesen nach christlicher Auffassung Liebe ist.¹⁸ Die gegenwärtige Realisierung des Heils besteht darum primär nicht in körperlicher Unversehrtheit oder deren Wiederherstellung, sondern in der Teilhabe an der göttlichen Liebe, in der Fähigkeit zur Beziehung. Das Heil ist wesenhaft Liebesfähigkeit, welche nicht nur in der Fähigkeit zu lieben, sondern auch in dem Vermögen, geliebt zu werden und sich lieben zu lassen, besteht. Von hier aus relativiert sich der Gegensatz von Krankheit und Gesundheit, weil die neu geschenkte Beziehungsfähigkeit sowohl in Gesundheit als auch Krankheit gelebt werden und nichts den Glaubenden von der Liebe Gottes scheiden kann.¹⁹

Weil das Christentum Heil und irdisches Wohl nicht nur voneinander unterscheidet, sondern einander auch zuordnet, ist das Bemühen um Heilung, um die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit legitim und im Sinne der Nächstenliebe auch geboten. Die gleichzeitig zu vollziehende Unterscheidung von Heil und Gesundheit wie auch die Einsicht in die unaufhebbare Fragmentarität unseres Daseins entlasten aber jede Form des Heilens von allen offenen oder geheimen Heils- und Erlösungsansprüchen. Heil ist keine sinnvolle therapeutische oder pflegerische Zielsetzung, weder im Sinne der Ganzheitlichkeit noch im Sinne eines Optimierungswahns, der die Medizin in den Dienst einer technischen Vervollkommnung der menschlichen Gattung – das sogenannte *Enhancement* – stellt. Die Heilkunst darf nicht zur Heilslehre überhöht werden.

Wie das Leben selbst, so kann auch jedes Bemühen um Heilung nur fragmentarisch sein. Frühere Epochen haben darum deutlicher gewusst als eine Medizin, die im Bann eines utopisch aufgeladenen Gesundheitsbegriffs steht. Wie die Medizin von soteriologischen, so ist umgekehrt der Glaube von medizinisch-therapeutischen Ansprüchen zu entlasten. Sosehr der Glaube und seine Heilsgewissheit den ganzen Menschen einschließlich seiner leiblichen

¹⁸ Vgl. 1Joh 4,16.

¹⁹ Vgl. Röm 8,31–39.

Dimension betreffen, sosehr ist doch vor einem therapeutischen Verständnis des Glaubens zu warnen.²⁰ Zweifellos haben das Gebet und die Seelsorge ihren Ort im Konzept eines mehrdimensionalen heilenden und pflegerischen Handelns. Heilungsgottesdienst und Glaubensheilungen sind aber keine therapeutische Alternative zur Medizin. Auch ist die kritische Frage zu stellen, ob die Propagierung von Geistheilungen nicht im Grunde derselben Gesundheitsideologie wie die übrige Gesellschaft aufsitzt und diese lediglich theologisch überhöht.²¹

Die Begrenztheit aller Heilkunst zeigt sich spätestens in der Konfrontation mit der Realität der Unheilbarkeit und des Todes. Wie barmherzig oder unbarmherzig therapeutische Konzepte sind, bemisst sich nicht zuletzt am Umgang mit den Unheilbaren. Die Solidarität mit den Unheilbaren und Sterbenden führt auch die Gesunden ins Leiden. „Um gesund zu bleiben“, so hat Heinrich Schipperges erklärt, „muß man der Welt im Ganzen zustimmen“²². Die Treue zu den Unheilbaren aber macht diese Zustimmung unmöglich. Nicht Einverständnis, sondern Protest gegen den Tod und das Leiden ist dem Glauben wie einer aus dem Glauben motivierten Heilkunst angemessen.

Wenn das alte Motiv von Christus, dem Arzt (*Christus medicus*) als Sinnbild und Vorbild eines christlichen Verständnisses von Heilkunst und Pflege dienen kann, so ist es jener Christus, der den toten Lazarus beweint:²³ Im Weinen Christi mischen sich Trauer und Zorn. In der Auferweckung des Lazarus meldet sich der Protest gegen den Tod und seinen Vorboten, die Krankheit. Zugleich verweist sie auf jene höhere Vollendung unserer fragmentarischen Existenz, welche von menschlicher Heilkunst keinesfalls zu leisten ist, für welche diese aber zum Zeichen werden kann. Indem jede Heilung fragmentarisch bleibt, weist sie über sich hinaus.

4. Würde, Respekt und Mitgefühl

²⁰ Zur Kritik am Heilungsverständnis Drewermanns vgl. U. Eibach, a.a.O. (Anm. 11), S. 117ff.

²¹ Zur Kritik siehe vor allem *Ulrich Bach*, „Heilende Gemeinde“? Versuch, einen Trend zu korrigieren, Neukirchen-Vluyn 1988.

²² *Heinrich Schipperges*, Gesundheit – Krankheit – Heilung, in: *Franz Böckle* u.a. (Hg.), *Christlicher Glaube in moderner Gesellschaft*, Bd. 10, Freiburg/Basel/Wien 1980, S. 51–84, hier S. 81.

²³ Vgl. Joh 11,35.

Grundlegende Begriffe eines Ethos und einer Ethik der Pflege sind Würde, Respekt und Mitgefühl. Daher fragen wir im Folgenden, welche Impulse von einem christlichen Menschenbild für das Verständnis dieser drei Begriffe ausgehen.²⁴

Man spricht in diesem Zusammenhang gern von ethischen Werten. Das ist allerdings ein ungenauer Sprachgebrauch. Würde oder genauer gesagt die Menschenwürde ist im Sinne Immanuel Kants gerade kein Wert, der sich messen und gegen andere Werte aufgewogen oder eingetauscht werden kann. Dass jeder Mensch eine unverlierbare Würde hat, besagt, dass er nicht zum bloßen Objekt degradiert oder für fremde Zwecke instrumentalisiert werden darf. Pflegepersonen sind, um es konkret zu machen, einmalige Personen, ausgestattet mit Würde und Individualität, sie sind niemals bloße Arbeitskräfte oder nur Humankapital. Patienten sind Menschen und nicht ein Gut, wie es der Ausdruck „Patientengut“ insinuiert. Man kann aber die Freiheit oder das Recht auf Selbstbestimmung wie überhaupt die Menschenrechte als ein moralisches Gut bezeichnen.

Es ist aber auch irreführend, wenn Respekt und Mitgefühl als Werte bezeichnet werden. Die ethische Tradition unterscheidet zwischen moralischen Gütern, Pflichten und Tugenden. *Respekt oder Achtung* ist kein Wert, sondern, klassisch gesprochen, eine *Pflicht*, eine ethische Forderung also, während *Mitgefühl oder Empathie* nach traditioneller Begrifflichkeit eine *Tugend* ist.

Wenden wir uns zunächst dem Begriff der Würde zu. Zwischen einem allgemeinen Begriff von Würde und der Menschenwürde ist zu unterscheiden. Jemand oder etwas, das Würde hat, wird dadurch gegenüber anderen Personen oder Dingen ausgezeichnet. Wir sprechen z.B. von der Würde eines Amtes. Wenn wir uns etwa in einer Versammlung erheben, wenn der Bundespräsident den Saal betritt, gilt unser Respekt in erster Linie nicht der Person, sondern dem Amt, das die Person verkörpert. Die mit dem Stand, dem sozialen Rang oder einem Amt verbundene Würde markiert einerseits einen Unterschied zwischen den Menschen, und sie kann andererseits verlorengelassen, sei es, weil man ein Amt verliert, sei es, dass man sich der eigenen Stellung nicht als würdig erwiesen hat.

Verglichen mit diesem Begriff von Würde hat der Begriff der Menschenwürde einen zutiefst demokratischen Grundzug. *Alle Menschen*, so heißt es in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, sind gleich an Würde und Rechten geboren. Vor Gott und vor dem weltlichen Gesetz sind alle Menschen gleich. In der Sprache der Bibel: Vor Gott gilt kein Ansehen der Person (Apg 10,34). Alle sind Gottes Ebenbild. In säkularer Sprache

²⁴ Vgl. ausführlicher Ulrich H.J. Körtner, Würde, Respekt und Mitgefühl aus Sicht der Pflegeethik, in: Österreichische Pflegezeitschrift 66, 2013, H. 11, S. 24–27.

ausgedrückt: Die Menschenwürde kommt einem Menschen zu, einfach weil er ein Mensch ist. Sie kann weder erworben noch verloren werden. Es handelt sich um eine angeborene und unverlierbare Würde.

Um es praktisch zu machen: In Medizin und Pflege sind Menschen in gleicher Weise der Hilfe und Pflege bedürftig und haben Anspruch auf unsere Zuwendung, ob sie nun reich oder arm sind, ein Herr Doktor, eine Frau Magister oder ein einfacher Arbeiter, ob sie einen österreichischen Pass haben oder nicht, ob sie an den Gott der Christen, der Muslime oder an gar nichts glauben. Und alle haben sie das gleiche Anrecht auf unsere Achtung, unseren Respekt, die alte Frau aus dem Wiener Gemeindebau nicht weniger wie ein prominentes Mitglied der Seitenblicke-Gesellschaft.

Zum Kern der Menschenwürde wird das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung gerechnet. Wir sprechen auch von der Autonomie. Die Prinzipien der Patientenautonomie und des *informed consent* beruhen auf dieser Grundannahme. Sie gelten nicht nur für Therapie und Pflege, sondern auch für die medizinische Forschung und die Pflegeforschung. Strittig ist aber in der philosophischen, theologischen und juristischen Diskussion, ob Autonomie und Menschenwürde im Grunde gleichbedeutend sind. In diesem Fall kann der Verlust der Autonomie als Verlust der Menschenwürde gedeutet werden, was für die Frage, ob und unter welchen Umständen das Leben eines Menschen – z.B. im irreversiblen Wachkoma – beendet werden darf, oder für das Problem des Hirntodes erhebliche Konsequenzen hat.

Im Anschluss an Immanuel Kant lässt sich Autonomie als wesentlicher *Ausdruck* der Menschenwürde interpretieren, diese ist aber – zumindest nach einem biblisch begründeten theologischen Verständnis – von der Autonomie nochmals zu unterscheiden. Die biblische Tradition spricht an dieser Stelle von der Gottebenbildlichkeit des Menschen, die sich nicht auf seine Moralfähigkeit reduzieren lässt, so gewiss der Mensch seinem Wesen nach zu einem selbstbestimmten und bewussten Leben bestimmt ist. So betrachtet ist allerdings die Weise, in der Kant die Menschenwürde an die Autonomie bindet, problematisch. Unser Personsein, das in der Fähigkeit zu zwischenmenschlicher Kommunikation besteht, ist bereits mit unserer leiblichen Existenz gegeben. Auch Menschen im sogenannten Wachkoma, auch Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz sind ebenso wie ungeborene Kinder nach diesem Verständnis Personen, die ein Recht darauf haben, auch dann als Personen in unsere menschliche Kommunikationsgemeinschaft einbezogen zu bleiben, wenn sie sich nicht an moralischen Diskursen beteiligen oder überhaupt nicht verbal kommunizieren können. Auch nonverbale Kommunikation ist eine Form der *menschlichen* und das heißt der *personhaften* Kommunikation.

Gegen ein abstraktes Autonomieverständnis, das Menschen als isolierte Einzelwesen betrachtet, wendet sich das Konzept der relationalen Autonomie, das in der feministischen Ethik entwickelt worden ist.²⁵ Der Mensch ist ein Beziehungswesen, wie besonders die Philosophie des dialogischen Personalismus bewusst gemacht hat. Diese Sicht des Menschen entspricht auch der biblischen Tradition. Ein Ich kann nicht ohne ein Du existieren. Auch die moderne Entwicklungspsychologie und die Psychoanalyse weisen nach, dass das menschliche Selbst in seiner Individualität immer auch ein soziales Selbst ist. Der Begriff der relationalen Autonomie besagt, dass das Selbst auch in seiner Selbstbestimmtheit auf andere verwiesen und angewiesen ist. Das gilt auch für die Bereiche von Medizin und Pflege.

So verstanden besteht auch kein notwendiger Gegensatz zwischen Autonomie und Abhängigkeit, wie sie in gewisser Weise jede Arzt-Patienten-Beziehung kennzeichnet. Überhaupt ist eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie, auch für einen erfolgreichen Pflegeprozess das Vorhandensein von Vertrauen. Vertrauen aber, so der Medizinethiker und Theologe Dietrich Rössler, ist akzeptierte Abhängigkeit.²⁶ Die faktische Abhängigkeit des hilfsbedürftigen Menschen darf freilich nicht zur Entmündigung des Patienten führen. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist vielmehr so zu gestalten, dass die Selbstbestimmung des Patienten im Rahmen seiner akzeptierten Abhängigkeit gestärkt wird.

Wer Menschenwürde besitzt, hat Anspruch auf Achtung und Respekt, Respekt vor der Person wie auch vor ihren Überzeugungen und Entscheidungen. Existentielle und soziale Konflikte erklären sich nicht allein aus dem Kampf um Selbsterhaltung, sondern auch aus dem Kampf um Anerkennung. Auch in Medizin und Pflege findet täglich ein Kampf um Anerkennung statt. Es geht eben nicht allein um Geld und Macht, sondern nicht minder um Anerkennung und Achtung der eigenen Person sowie um die Wertschätzung der geleisteten Arbeit. Nicht nur Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch Pflegepersonen, Ärzte und sonstige Berufsgruppen im Gesundheitswesen kämpfen um Anerkennung, und zwar nicht bloß auf der individuellen Ebene, sondern auch auf der Ebene von Berufsvertretungen und Interessensverbänden.

Die neutestamentliche Botschaft von der bedingungslosen Rechtfertigung und Annahme des Menschen durch Gott spricht genau in diesen Kampf um Anerkennung hinein. Das sollte auch in der diakonischen Arbeit erfahrbar und erlebbar werden.

²⁵ Vgl. *Catriona Mackenzie/Natalie Stoljar* (Hg.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford 2000.

²⁶ Vgl. *Dietrich Rössler*, *Akzeptierte Abhängigkeit. Gesammelte Aufsätze zur Ethik*, hg. v. Friedemann Voigt, Tübingen 2011, S.116.

Ich möchte mich an dieser Stelle auf folgende Gesichtspunkte beschränken: Zum einen möchte ich die Bedeutung des Leibes für die Person ansprechen, zum anderen den Zusammenhang zwischen Respekt und Selbstachtung.

Was den Leib oder den menschlichen Körper betrifft, so liegt mir an der Feststellung, dass das menschliche Personsein stets an die leibliche Existenz gebunden ist.²⁷ Menschenwürde kommt der Person des Menschen zu, die aber raumzeitlich und das heißt leiblich existiert. Eben darum gehören das Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit und Gesundheit zum Kern der Menschenwürde. Der Philosoph Georg Wilhelm Friedrich Hegel stellt mit Recht fest, dass die Gewalt, die meinem Körper angetan wird, stets mir selbst angetan wird.²⁸ Indem Pflegepersonen oder Ärzte mit dem Körper eines Patienten umgehen, pflegen sie einen bestimmten Umgang mit der Person, die Träger dieses Körpers ist. Insbesondere die Pflege von bewusstlosen Patienten oder Patienten im Wachkoma hat sich dessen bewusst zu sein. Körperpflege, pflegerische und medizinische Behandlung bedeuten nicht bloß die Versorgung eines menschlichen Organismus, sondern die Sorge um eine Person. Körperkontakte sind eine Form der zwischenmenschlichen Kommunikation. Der Respekt vor dem Menschen und seiner Würde schließt also den respektvollen körperlichen Umgang ein. Diese Pflicht des Respekts reicht über den Tod von Patienten hinaus. Der respektvolle Umgang mit dem Leichnam ist Ausdruck unseres Respekts gegenüber der Person, die in diesem Körper leibhaftig präsent war und deren Körper die Spuren ihrer Lebens- und Leidensgeschichte an sich trägt.

Der zweite Gesichtspunkt, den ich noch ansprechen möchte, ist der Zusammenhang von Respekt und Selbstachtung. Die Würde des Menschen in der Person des anderen wie der eigenen zu achten, setzt voraus, dass man sich selbst mit Achtung begegnet und achtsam mit sich selbst, seinem eigenen Leben, seinem eigenen Körper und seiner eigenen Gesundheit umgeht. Die Forderung des Respekts ist nur dann ethisch begründet, wenn zugleich die Selbstachtung dessen respektiert wird, von dem Respekt verlangt wird.

Nun mag es durchaus Situationen geben, in denen wir an die Selbstachtung eines Menschen appellieren. Aber mit bloßen Appellen allein wird die Selbstachtung eines Menschen, die mit seinem Selbstwertgefühl zusammenhängt, kaum zu mobilisieren und zu fördern sein. Wenn wir über die ethische Pflicht des Respekts im Umgang mit Patienten und Angehörigen wie auch im Umgang untereinander nachdenken, sollten wir eben auch die Frage einschließen, wie sich das Selbstwertgefühl von Menschen und ihre Selbstachtung

²⁷ Siehe dazu ausführlich *Ulrich H.J. Körtner*, Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit (APTLH 61), Göttingen 2010.

²⁸ Vgl. *Georg Wilhelm Friedrich Hegel*, Grundlinien der Philosophie des Rechts (1821), Werke 7, Frankfurt a.M. 1996, S. 112.

fördern lassen und welche Faktoren Selbstachtung und Selbstwertgefühl schwächen oder gar ernsthaft gefährden.

Ich denke konkret an das Thema der Patientensicherheit. Nachdem lange Zeit über Behandlungsfehler der Mantel des Schweigens gelegt wurde oder im Fall, dass Fehler publik wurden, nach den Schuldigen gesucht und ihre Bestrafung gefordert wurde, setzt nun allmählich ein Umdenken ein. Wenn heute die Forderung nach einer Fehlerkultur im Gesundheitswesen erhoben und auch praktische Konzepte zu ihrer Verwirklichung erprobt werden, steht als eine wesentliche Erkenntnis am Beginn, dass man das Entstehen wie das Vermeiden von Fehlern als Problem der gesamten Organisation einer Klinik oder einer Pflegeeinrichtung betrachten muss; dass es nicht darum geht, einzelne Schuldige ausfindig zu machen und bloßzustellen, sondern darum, wie alle aus Fehlern lernen können, um sie künftig zu vermeiden. Und nicht zuletzt geht es darum, das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung einer Person, die nachweislich fehlerhaft gehandelt hat, zu stützen oder auch neu aufzubauen, damit sie weiter als respektiertes Mitglied in einem Team arbeiten kann, statt sie hinauszudrängen oder ins Burnout zu treiben.

Gehen wir nun noch kurz auf den Grundsatz des Mitgefühls ein. Wer anderen helfen, sie z.B. pflegen will, kann dies wohl kaum ohne Mitgefühl oder Empathie tun. Nun ist die Rolle von Gefühlen in der Ethik höchst umstritten. Gegenwärtig wird die Rolle von Empfindungen und Gefühlen besonders von Konzeptionen einer narrativen Ethik betont.²⁹ Narrative Ethik stellt nicht nur die Bedeutung der Lebensgeschichte moralischer Akteure heraus – wir alle sind in Geschichten verstrickt –, sondern sie argumentiert darüber hinaus, dass sich die Erfahrung und Wahrnehmung moralischer Phänomene vornehmlich durch Erzählungen, durch die Schilderung von emotional gefärbten Einzelsituationen erschließt, die paradigmatische Bedeutung haben.

Auch Empathie kann durch entsprechende Beispielgeschichten und Erfahrungsberichte gefördert werden. Gerade biblische Erzählungen haben eine enorme Prägekraft. Man denke nur an Jesu Gleichnisse vom barmherzigen Samariter oder vom reichen Mann und vom armen Lazarus. In solchen Erzählungen finden wir auch eine narrative Anthropologie. Empathie ist freilich keine hinreichende Basis für ein Ethos und eine Ethik der Pflege. Man kann aus reinem Mitgefühl das ethisch wie pflegerisch Falsche tun, bis dahin, dass Menschen bereit sind, aus Mitleid zu töten. Man kann vom Mitleid oder Mitgefühl derart überwältigt werden, dass die Distanz, die für professionelles Handeln nötig ist, verlorengeht.

²⁹ Siehe z.B. *Johannes Fischer*, *Sittlichkeit und Rationalität. Zur Kritik der desengagierten Vernunft* (Forum Systematik 38), Stuttgart 2010, bes. S. 146ff.

5. Zu guter Letzt

Menschenwürde, Respekt und Mitgefühl charakterisieren sicher wesentliche Züge eines pflegerischen Ethos, und zwar auch eines christlichen Pflegeethos. Sie sind aber um Prinzipien wie Fürsorge und Gerechtigkeit zu ergänzen. Allerdings können die genannten Größen auch in Spannung zueinander treten. Der Respekt vor der Würde und der Autonomie des Patienten kann in Konflikt mit dem Gebot der Fürsorge treten, Mitgefühl oder Empathie wiederum kann in Paternalismus umschlagen, d.h. in Bevormundung und einen manipulativen Umgang mit dem Patienten. Umgekehrt kann die einseitige Betonung der Autonomie dazu führen, dass dem Patienten die gebotene Zuwendung und Hilfe vorenthalten wird. Es gibt Situationen, in denen es ethisch gerechtfertigt ist, einen Menschen vor sich selbst zu schützen, und das nicht nur, wenn möglicherweise Dritte zu Schaden kommen. Allerdings stößt heute ein medizin- und pflegeethisches Ethos, das grundsätzlich davon ausgeht, besser als der Patient zu wissen, was für ihn gut ist, mit Recht auf Ablehnung. Mit dem Prinzip der Gerechtigkeit kann das Fürsorgeprinzip oder die Haltung der Fürsorglichkeit in Konflikt geraten, weil Fürsorge-Beziehungen auf ambivalente Weise mit Parteilichkeit (mit dem Patienten) und Partikularität einhergehen. Christliche Anthropologie und christliche Ethik wissen in besonderer Weise um die Ambivalenzen des Lebens und auch um die Ambivalenzen aller Ethik. Mit solchen Ambivalenzen, Spannungen und möglichen Konflikten in Pflege und Medizin umzugehen, dazu kann ein christliches Menschenbild einen wichtigen Beitrag leisten.

Autor

O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Ulrich H.J. Körtner

Vorstand des Instituts für Systematische Theologie und Religionswissenschaft, Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien, Schenkenstraße 8–10, 1010 Wien;

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Spitalgasse 2–4, Hof 2.8, 1090 Wien

E-Mail: ulrich.koertner@univie.ac.at

Homepage: <http://etfst.univie.ac.at/team/o-univ-prof-dr-dr-hc-ulrich-hj-koertner/>