

An wessen Hand ...

das Leiden des Menschen in Gottes Hand.

Theologische Reflexion zu Grundfragen der Pflege.

von Prof. Dr. Erny Gillen, Luxemburg

Vortrag im Rahmen des 10. Bundeskongresses der Caritas-Gemeinschaft für Pflege- und Sozialberufe e.V. vom 20.-24. Mai 1993
in Freiburg i.Br., gehalten am 22. Mai (9.30 Uhr).

Meine sehr verehrten Damen und Herren

1. Einleitung

Mit diesem Vortrag möchte ich Sie anregen, sich - mit mir zusammen - auf den Weg einer philosophisch-theologischen Innenansicht Ihres Berufes als Krankenschwester und Pfleger zu begeben. Vielleicht fragen Sie sich wieso Sie sich bei einem solchen Unterfangen gerade einem Fremden anvertrauen sollten. Warum soll gerade ein Ethiker Sie durch Ihre eigene Welt führen, eine Welt, die Sie doch ungleich besser kennen als der Fremde dies je kann?

Ich habe mir diese Frage ebenfalls gestellt, um schließlich die damit verbundene Herausforderung anzunehmen. Mit dem Instrumentarium "Sprache" möchte ich mich an die Wirklichkeit der Pflege herantasten, um so ein Bild von der Pflege als Gesundheitsberuf zu entwerfen, das wir anschließend gemeinsam in den folgenden Diskussionen vervollständigen und ergänzen können.

Aus der Sicht theologischer Ethik werde ich also zuerst ein Bild von der Pflege entwickeln müssen. Weil ein solches Bild aber einen Rahmen braucht, in dem es erst als Bild verstanden und gesehen werden kann, muß ich zuerst noch weiter ausholen, und den Rahmen für das Bild erstellen. Dieser Rahmen wird das Phänomen "Krankheit" sein, da ja jeder pflegende Dienst nur eines zum Ziel hat, nämlich die Gesundheit gegen die Krankheit des Patienten zu stärken.

Nachdem das Bild mitsamt seinem Rahmen erstellt ist, werde ich dieses dann aus christlich-theologischer Perspektive auszuleuchten versuchen. Dabei möchte ich den Standpunkt der Bergpredigt, als Magna Charta des Christentums einnehmen, um von dort her Grundeinstellungen und Werthaltungen für den Beruf der Krankenschwester und des Pflegers herauszuschälen.

2. Der kranke Mensch - Ziel der Pflege

Der Mensch, der eine organische oder funktionelle Störung bei sich beobachtet, fragt sich schnell, ob er wohl krank sei. Irgend etwas bei ihm stimmt nicht. Er stellt bei sich selber eine Abweichung von dem, was man (das heißt unsere Gesellschaft) für normal hält. Wenn sein Organismus die Störung ohne Hilfe von einem Dritten selber

beheben kann, ist der Kranke erleichtert. Wenn er aber von der Gesellschaft als kranker Mensch anerkannt werden will (um etwa in den Genuß von Krankengeld oder Krankenurlaub zu kommen), muß er den hierfür von der Gesellschaft vorgesehenen Experten aufsuchen, dem allein es zusteht, jemanden "krank zu schreiben".

Hat der kranke Mensch erkannt, daß in seinem Organismus psychisch oder physisch etwas nicht stimmt, und ist dieser Eigeneindruck vom Gesundheitsexperten "Arzt" offiziell bestätigt worden, dann wird es - unter dem Impuls seines Lebenswillens (bzw. seines Selbsterhaltungstriebes) ebenso wie unter dem Druck der Gesellschaft - zur Aufgabe des Kranken, sich von seiner Krankheit zu befreien. Soziologisch gesehen ist die Medizin eine gesellschaftliche Institution gegen bestimmte Abweichungen. Nur wer in dem so definierten Sinn krank ist, von dem akzeptiert die Gesellschaft, daß er nicht allen seinen Verpflichtungen nachkommen muß, die er als Gesunder zu erfüllen hätte.

Durch diese soziale Rolle hat die Medizin im letzten Jahrhundert viel an Macht und Ansehen gewonnen. Der Medizin fiel es als ihre Aufgabe zu, Krankheiten am kranken Menschen zu entziffern, zu benennen und zu beheben. Um dieser noblen Aufgabe bestmöglichst nachzukommen, hat die Medizin sich immer stärker an naturwissenschaftlichen Erkenntnissen orientiert. Um dem kranken Menschen besser helfen zu können, hat sie sich immer stärker auf die einzelnen Krankheiten konzentriert, um diese als eigenes Phänomen wahrzunehmen und zu behandeln. Diesem Rutsch in die Objektivierbarkeit der Krankheiten verdanken wir die gewaltigen Fortschritte, die die Medizin heute zu verzeichnen hat.

Die Objektivierung des Menschen durch die biomedizinischen Wissenschaften hat zur Zerlegung des Menschen selbst geführt. Unter dem wissenschaftlichen Auge des Mediziners wird er zu einer kybernetischen Maschine, die als System auf ihr Dysfunktionieren hin untersucht und behandelt wird. Der Organismus wird von der Person abstrahiert und der Körper, den man hat, wird dem Körper, der man ist, fortgenommen.

Hier stellt sich die wahre Frage nach der Ethik des medizinischen Tuns. So würdevoll die Medizin kranke Menschen auch gesundmachen mag, so wenig vermag sie das Gespräch mit dem Patienten über dessen Lebensziele zu führen. Und dabei sind es doch gerade diese Ziele, denen die Medizin dienen will. Weil die Medizin - mindestens was die universitäre und Forschungsmedizin betrifft - sich objektiv mit der Krankheit des Kranken beschäftigt, riskiert sie den Kranken als Subjekt zu übersehen.

Indem die Medizin jedoch den Menschen als Person aus den Augen verliert, droht sie sich selber dabei zu verlieren. Was bleibt ist leistungsstarke Medizintechnik, die dem Arzt nun selber ihre Logik aufzwingt. Der Arzt wird ohne es zu wollen zum Operateur seiner von ihm entworfenen Möglichkeiten. Dabei vergißt er sich als Mensch.

Philosophisch ist damit der Grund beschrieben, weshalb heutige Medizin die Sprache verloren hat: sowohl der Behandelte als auch der Behandelnde begegnen sich nicht als Subjekt. Der Leidenschrei des Kranken findet kein Gehör beim Mediziner. Der Schmerz des Leidenden führt zum technischen Eingriff am Patienten, mit dem Ziel diesen von seinem Leiden zu befreien. Der Leidende wird somit zum Leidensobjekt, sein Schrei wird automatisch auf den Ausdruck eines medizinisch behebbaren Schmerzes herabgesetzt. Das durch den Schrei zum Ausdruck gebrachte Leiden bleibt jedoch ungehört, weil es durch eine technische Handlung nicht abgewendet werden kann.

Was die Sache schwierig macht, ist der Sog, in den die Medizin den Patienten mit ihrer gewaltigen Anziehungskraft und ihren großen Versprechen zieht. Oft genügt es dem Patienten, wenn sein Schmerz, seine Krankheit behoben ist. Die Fragen, die er sich anfänglich mit aufkommender Krankheit gestellt hatte, verwehen im Wind des Erfolgs. Er wird sich daran gewöhnen, so wie man sich an eine Droge gewöhnt, daß der Schmerz, die Krankheit technisch, und das heißt auch ohne Gespräch, zu beheben sind. Sein nächstes Leiden, sein nächstes Krankwerden wird er im Paradigma der naturwissenschaftlichen Medizin erkennen und lösen. Er wird sich damit selber den Weg zu sich als kranken Menschen versperren und die Krankheit nur als etwas erkennen, das ihn sozusagen von Außen befallen hat und somit auch unter Zu-Hilfe-Nahme der entsprechenden Experten von Außen beseitigt werden kann.

Es gibt so etwas wie ein geheimes Bündnis zwischen Arzt und Patient, wenn sich beide bemühen, das Leiden auf den Schmerz zu reduzieren und das Kranksein auf eine bestimmte Krankheit. Beide werden es in diesem Bündnis vermeiden, dem Schmerzen oder der Krankheit eine andere Bedeutung zuzuerkennen als eine biophysiologische. Die Ahnung, daß Schmerz und Krankheit in ihrer Tiefenschärfe vielleicht doch auf den leidenden, kranken, sterblichen Menschen verweisen könnten, wird geschickt im Glanz des Erfolgs verdrängt, der genau der patriarchalischen Prägung der Medizin entspricht.

Wer den Schmerz als reines, ausschaltbares Symptom betrachtet, macht sich zum Komplizen einer Gesellschaft, die den Tod verneint, und damit eigentlich auch den Menschen, der ein stets sterbender ist. Mit dieser Einstellung begibt man sich auf den folgeschweren Weg der Unwahrhaftigkeit. "Wenn die Medizin Komplize dieser Lüge wird - oder noch schlimmer - diese Lüge entwickelt, verneint sie ihre Daseinsberechtigung und verwandelt sich in eine todbringende Ideologie. Denn aus dieser Lüge kommt der Tod des Subjekts, und der Behandelnde wie der Behandelte tragen daran Schuld. In der Tat beruhen Entfremdungsbeziehungen genau wie Beziehungen der Selbständigkeit auf Gegenseitigkeit"¹, wie Professor Jean-François Malherbe es in seinem sehr empfehlenswerten Buch "Medizinische Ethik" ausdrückt.

Um mögliche Mißverständnisse aus dem Weg zu räumen, muß ich hier deutlich sagen, daß ich nicht etwa gegen die Medizintechnik bin. Nein, aber ich wehre mich im Namen der Ethik gegen eine Verabsolutierung der medizinischen Möglichkeiten am Menschen vorbei. Der Mensch darf niemals zum reinen Objekt medizinischer Errungenschaften werden. Es wird immer zu fragen bleiben: Sollen wir diesen Eingriff vornehmen oder nicht? Und diese Frage, die eine menschliche Frage ist, kann wahrheitsgemäß nicht nur technisch beantwortet werden, sondern sie muß in einen Sinnhorizont eingebunden werden, der gerade nicht noch einmal medizinischer Art ist. Mit anderen Worten: Die Medizin darf sich ihren Handlungsrahmen nicht noch einmal selbst setzen. Dazu bedarf sie der Legitimation durch eine Person, wenn es um Einzelschicksale geht, oder der Legitimation durch die Gesellschaft, wenn es um kollektive Erscheinungen geht.

Bei der Organisation des Heilens als "Reparieren" oder "Flicken", bei der der Praktiker seiner eigenen technischen Arbeit vertraut wie der Patient einem Placebo, gerät sowohl der Arzt als auch der Patient in die Entfremdung. Beide isolieren sich unbewußt und gegenseitig, und zwar im Interesse einer unausgesprochenen, aber

¹MALHERBE, Jean-François, Medizinische Ethik, Würzburg 1990, 122f.

heimlich erhofften Unsterblichkeit.

3. Krankheit als Signalwirkung für die Kreatürlichkeit des Menschen

Die Dichter sind hier anderer Meinung. So heißt es aphorismenmäßig etwa bei Rainer Maria Rilke: "Der Tod ist groß. / Wir sind die Seinen / lachenden Munds. / Wenn wir uns mitten im Leben meinen, / wagt er zu weinen / mitten in uns." Auch das Christentum vertritt - wider manche Versuchungen - keine Unsterblichkeitslehre. Bedeutsamer für den Christen als die Unsterblichkeit ist der Glaube an die Auferstehung. "Damit verschiebt sich zugleich der Blick: Um die Dynamik geht es, um den Durchgang durch den Tod zum Leben. Totes wird wieder lebendig, und das "Leben nach dem Tod" gewinnt eine neue Qualität. Wie im Frühjahr die scheinbar tote Natur aufblüht, so kann ein Leben reicher werden, das durch den Tod hindurch gegangen ist. Diese Dynamik läßt vielschichtige Deutungen zu. Durch den Tod hindurch gegangen ist ein Leben, das um seine Vergänglichkeit weiß. Aber auch Beziehungen können reifen durch "Todeserfahrungen": Eltern erleben eine schwere Krise in ihrem Verhältnis zu einem ihrer Kinder. Über lange Wochen herrschen zwischen ihnen nur Fremdheit, Irritation, Mißverstehen. Und endlich, nach vielen Gesprächen und unter großer seelischer Anstrengung, finden sie zusammen einen Weg aus der Entfremdung. Nicht eine oberflächliche Kompromißformel, sondern ein tieferes Verstehen, das alle Beteiligten bereichert. Von dieser Art können Auferstehungserfahrungen im Alltag sein. Auferstehung heißt dann - wie im Gleichnis vom Verlorenen Sohn (Lk 15,24.32): An die Stelle der Beziehungslosigkeit tritt tiefere, verständnisvollere Gemeinschaft. In solchen Situationen stirbt in jedem Beteiligten etwas, damit neues Leben möglich wird. Es sterben Wunschvorstellungen, die den anderen belastet haben, es sterben vertraute Feindbilder, es sterben Heilungs- und Allmachtphantasien. Und gerade dadurch ist Befreiung möglich."² So formuliert Franz Niehl in der Schlußbetrachtung zum Lesebuch "Möchten Sie unsterblich sein?" die Auferstehungsbotschaft des Christentums.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, kommen wir zu einem vorläufigen ersten Ergebnis: Die moderne Medizin versteht und behandelt die Krankheit eines kranken Menschen unabhängig von dessen Persönlichkeit, als verallgemeinerungsfähiges, objektives Systemdefizit. Damit nimmt sie sich und dem Patienten methodologisch die Möglichkeit, sich mit seiner Krankheit als Lebenskrise auseinanderzusetzen. Es entsteht eine intersubjektive strukturelle Gesprächsunfähigkeit.

Nun werden mir sicher einige von Ihnen m.R. entgegenhalten, daß sie aber Ärzte kennen, die die Kunst des ehrlichen Gesprächs mit ihren Patienten sehr gut beherrschen. Ich kenne glücklicherweise ebenfalls solche Ärzte; aber ich wage zu behaupten, daß sie selten sind. Oder warum glauben Sie, daß etwa die Frage nach der Wahrheit am Krankenbett die Medizin derart beschäftigt? Ist es nicht gerade der ungewohnte Umgang mit der tiefer liegenden Wahrheit, die den Arzt und den Patienten bei einer schwierigen Diagnose mit vielleicht tödlichem Ausgang ins Schleudern bringen?

²Möchten Sie unsterblich sein?. Ein Lesebuch, hrsg. von Rüdiger Kaldewey und Franz W. Niehl, München (Kösel) 1992, 152f.

4. Das Gespräch über das Kranksein als Heilmittel

Gerade in diesem Konfliktfeld um die Wahrheit und Wahrhaftigkeit am Krankenbett geraten Sie als Pflegerinnen und Pfleger oftmals mit in das Spiel um die Verdrängung. Wenn die subjektive Krise, die die Krankheit beim Patienten auslöst, zeitlich nicht schnell genug mit den Mitteln der Medizin überlagert werden kann, rücken Sie sozusagen aus der zweiten Position in den Vordergrund. Der Patient wird nach dem erlernten Modell, daß sein Krankheitszustand sprachlich und technisch objektivierbar ist, versuchen, nun Sie nach seinem Zustand zu befragen.

Weil Sie berufsethisch zum Schweigen angehalten sind, wenn es um die Mitteilung der Diagnose geht, wird der Patient auf der sachlichen Ebene nun auch von Ihnen zuerst einmal enttäuscht werden. Um dieses schmerzhafteste Problem bei den Pflegern und Patienten zu entschärfen, schlagen manche von Ihnen vor, es solle Ihnen berufsethisch erlaubt werden, dem Kranken ebenfalls seine Diagnose mitteilen zu dürfen. Ich denke, daß dies ein gefährlicher Vorschlag ist, weil er die Pfleger unweigerlich in dasselbe naturwissenschaftliche Fahrwasser der Ärzte hinein manövrieren würde. Das Problem der Wahrheit am Krankenbett jedenfalls würde so kaum gelöst werden. Es würde organisationstechnisch zwar verlagert, aber nicht an seiner eigentlichen Wurzel angepackt.

Die spezifische Gesprächsstärke der Pfleger am Bett eines kranken Menschen sehe ich im Dialog über die Bedeutung seiner ihm durch den Arzt mitgeteilten Krankheit, über die damit verbundene Unsicherheit, über seine Ängste. Sie sind keine kleinen Ärzte, sondern ein eigener Berufsstand mit eigenen Aufgaben, Chancen und Gefahren. Ihre Stärke und Spezifität liegen nicht in der Interpretation von ärztlichen Diagnosen, sondern im Gespräch mit dem Patienten, gerade wenn es um die existentielle Auseinandersetzung mit seiner Krankheit geht.

An diesem Punkt unserer Reflexion möchte ich nun noch einmal auf den kranken Menschen zurückkommen. Wer ist er? Und an wessen Hand möchte er gepflegt werden?

Heinrich Schipperges beschreibt wichtige Erwartungen des Patienten an sein ihn pflegendes Umfeld. Zuerst und wie selbstverständlich soll er in den Genuß sämtlich vorhandener medizinisch-technischer Möglichkeiten kommen. Darüber hinaus sind im Grunde "weder die Spezialisten noch medizinische Psychologen oder Soziologen (...) gefragt, sondern der persönliche Arzt" (...) und der persönliche Pfleger. "Was er (der Patient; eg) will und braucht, ist die Begegnung von Mensch zu Mensch und ein Gespräch unter vier Augen."³ In der Begegnung erwartet er die persönliche Zuwendung. "Geht es bei der Begegnung von Arzt und Patient doch um Not und Hilfe, wobei der Notleidende sein Vertrauen bringt und der Not Wendende seine volle Hilfsbereitschaft. Was hier zur Debatte steht, ist nicht die gekränkte Seele, ist nicht der kranke Körper; es ist der Mensch."⁴ Was Schipperges hier vom Arzt sagt, trifft selbstverständlich auch für den Pfleger und die Pflegerin zu.

³SCHIPPERGES, Heinrich, Die Technik der Medizin und die Ethik des Arztes. Es geht um den Patienten, Frankfurt am Main (Knecht) 1988, 125.

⁴ebd. 126.

5. Kranksein als Krise

Was aber geht in dem kranken Menschen vor sich? Er erlebt sich als krank und angeschlagen. Er steckt als kranker Mensch in einer subjektiven Krise, die er auszusprechen fähig ist oder noch nicht. Er erfährt sich als ein Mensch, der in seiner Autonomie und Selbständigkeit gefährdet ist. Gegenüber dem behandelnden Arzt erlebt er sich als Ziel diagnostischer oder therapeutischer Eingriffe; er läßt es über sich ergehen. Gegenüber dem Pfleger erlebt der Patient sich stärker als Hilfsbedürftiger, der unter Umständen bei alltäglichsten und intimsten Angelegenheiten auf einen Helfer angewiesen ist.

Während der Patient es noch verkraftet, vom Arzt auf seine Organe oder Krankheiten reduziert zu werden, wird es für ihn unerträglich sein, vom Pfleger auf seine Hilfsbedürftigkeit reduziert zu werden. Wenn er nicht resigniert, wird er vieles unternehmen, um Sie auf andere Aspekte seiner Person aufmerksam zu machen. Nette Patienten werden das verständnisvolle Gespräch mit ihnen suchen. Andere werden sie ärgern, damit sie doch endlich ihre Person wahrnehmen und nicht nur ihre Wunden. Die vielen phantasievollen Strategien der Patienten, um ihre Aufmerksamkeit auf sie als Person mit Verstand und Willen zu lenken, kennen Sie besser als ich.

6. Zum ethischen Ziel der Pflege

Es stellt sich hier dann die kruziale Frage, was das Ziel der Pflege ist. Grundsätzlich abstrakt formuliert lautet dieses in der Sprache der Ethik: "Handle immer so, daß du die Autonomie des anderen fördest".

Was heißt es, die Autonomie des anderen zu fördern? Mit Blick auf die körperlich-organische Dimension des Menschen könnte die verantwortungsvolle Aufgabe etwa lauten: Gehe so mit dem anderen um, daß er sein Dasein und seine Einsamkeit anerkennen kann. Weil die Pflege respektvoll mit seinem Körper umgeht, wird der Patient wieder Zugang zu seinem kranken und leidenden Körper finden. Sie zeigt dem Patienten, daß sie solidarisch mit ihm ist, ihn durch ihre Gesten und Griffe nicht verletzen will, daß sein Körper ihr etwas Wert ist und etwas bedeutet. Die Pflege wird die Einsamkeit und das Leiden des Patienten respektieren, und sie ihm nicht einfach ausreden. Sie wird ihn in seinem Leiden nicht allein lassen, auch wenn sie nicht für ihn leiden kann und wird. Weil die Pflegerin oder der Pfleger den Patienten nicht so behandelt, wie man "Blinddärme" oder "Schlaganfälle" halt behandelt, sondern ihn mit in die Pflege einbezieht, weil er besser weiß als sie, wie er am besten sitzt oder liegt, wird der Patient erkennen, daß nicht seine Krankheit kuriert wird, sondern daß er als Mensch individuell und persönlich gepflegt wird.

Mit Blick auf die psychische Dimension des Menschen wird es darum gehen, den Patienten zu seiner Andersartigkeit und zu seiner Begrenztheit stehen und finden zu lassen. Der Mensch wird als Kranker aus seiner Normalität herausgerissen und in ein neues ihm fremdes System gestoßen, das ihm neue Verhaltensregeln und -muster aufzwingt. Gerade in diesem Kontext wird er seine Andersartigkeit ganz bewußt erleben. Seine Begrenztheit wird ihm, der durch die Krankheit, sei dies für kurze oder lange Zeit aus seinem normalen Alltag herausgerissen wurde, deutlich und spürbar. Er wird diese erst dann anerkennen können, wenn er merkt, daß seine Begrenztheit ihm in der Pflege nicht zum Nachteil wird. Dann wird er seine Begrenztheit als

Andersartigkeit akzeptieren lernen, mit der er in Demut sein Leben - nach der Krankheit - weiterführen kann.

Mit Blick auf die symbolische Dimension des Menschen wird es die Ungewißheit des Patienten sein, die ihm zu schaffen macht. Durch die neuen Daten der Krankheit und Begrenztheit, muß er sich neu orientieren. Viele Möglichkeiten stehen ihm offen, an die er vorher nicht hat denken können. Nicht sicher zu sein, wie es nun weitergehen wird, ob er noch skifahren, oder tanzen wird können, ob er noch fröhlich und ungezwungen lachen wird können, sind bedrängende Fragen, die den Patienten beschäftigen. Es stellen sich ihm Fragen, die sein Selbstverständnis zutiefst verändern können: werde ich meinen Kindern, meiner Familie nicht zu stark zu Lasten fallen? Werde ich die Schmerzen ertragen? Wenn in diesen existentiellen Fragestunden der Blick der Pfleger, ihr Umgang mit ihm, den Patienten begreifen lassen, daß sie ihn gerade in dieser Ungewißheit als gleichwertig anerkennen, wird er den Mut stärker aufbringen, zu seiner Ungewißheit zu stehen und die Fragen, die er sich stellt, zulassen. Er wird sich seiner Freiheit bewußt.

Zur Autonomie des Menschen gehören seine Vergangenheit und seine Zukunft. Sie bestimmen seine realen Alternativen der Gegenwart. Nicht dadurch, daß der Mensch sich völlig loslöst aus der Vergangenheit wird er frei und autonom. Er wird nach Wegen suchen müssen, auf denen er seine Vergangenheit integrieren kann. Auch die Zukunft, die es nach der Krankheit neu zu gestalten gilt, wird nicht die Zukunft der Phantasien und Träume sein, sondern die Zukunft der nüchternen, realen Möglichkeiten. Hier drängen sich Entscheidungen auf, die die Autonomie des Patienten fördern oder begrenzen können.

Wenn es gelingt, daß der kranke Mensch, sein Kranksein als subjektive Krise erleben kann, und nicht lediglich als behebbare Krankheit, wird er erkennen, daß er sich in einer ethisch relevanten Entscheidungssituation befindet. Die Krise "Krankheit" bringt ihn auf die Lebenskreuzung neuer Möglichkeiten, bewußteren und entschiedeneren Lebens. Diese Krise als Chance und nicht als Bedrohung zulassen, gehört zu den wichtigen Aufgaben der Pflegerinnen und Pfleger.

Dabei wird es entscheidend darum gehen, ob man die Situation des Krankseins nutzen möchte, um die alte Gesundheit wiederherzustellen oder ob man den Mut hat, sie als Durchgang in einen neuen Lebensabschnitt zu deuten und zu verstehen. In einer den alten Gesundheitszustand wiederherstellenden Theorie wird der Patient beschwichtigt, es werde schon wieder alles so wie es einmal war. Die Krankheit sei sozusagen nur ein versehentlicher Ausrutscher, müsse deshalb aber nicht gleich existentiell bewältigt werden. Mit diesem Ansatz macht man es dem Patienten schwer, in seiner Krankheit einen Anlaß zu neuen Entscheidungen zu erkennen. Man verwehrt ihm den Blick in die Tiefe seines Krankseins.

Wer die Autonomie der Patienten fördern will, wird ihre Fragen und ihre Ungewißheit aushalten, sind doch gerade Fragen und Ungewißheit das sichere Zeichen dafür, daß sich der Patient auf einer Lebenskreuzung befindet, wo er entweder die alte Richtung bewußt bekräftigen wird, oder aber in aller Freiheit und in Verbindung mit seinem alten Weg, eine veränderte Richtung einschlagen wird. Sein Kranksein wird für ihn zu einem persönlichen Erlebnis, das sein Veränderungspotential mobilisiert. Selbst sein geradliniges Weitergehen wird er bewußt noch einmal wählen und bestätigen. Daß dieser Entscheidungsprozeß nicht ohne Leiden von staten geht, liegt auf der Hand. Schließlich wird durch die

Bremswirkung, die die Krankheit auf den Lebenslauf eines Menschen hat, sein bisher gelebtes Leben in Frage gestellt, und seine lebbaaren und unlebbaaren Alternativen werden in einer neuen Perspektive wahrgenommen.

Die Wahl neuer oder alter Möglichkeiten bestätigt den alten Lebensweg, oder sie stellt diesen mindestens zum Teil in Frage. Damit gibt die Krankheit Anlaß zu einem katartischem Gesundungsprozeß, und das nicht nur körperlich oder psychisch, sondern auch persönlich-symbolisch. Das damit zusammenhängende Leiden hat mit dem körperlichen Schmerz nichts gemein. Es ist vielmehr das unfaßbare persönliche Leiden, vielleicht vor sich (und für den Gläubigen: auch vor Gott) versagt zu haben, seine Ziele nicht verfolgt und erreicht zu haben. Es ist das Leiden an sich selber, das Aufbrechen ethischer Fragen. Der Mensch wird sich bewußt, daß er sich selber entweder dabei ist zu verwirklichen oder zu verwirken. Er steht als Person höchstpersönlich auf dem Spiel. Selbstverständlich sind nicht nur Krankheiten Anlaß zu solch entscheidenden Lebensfragen. Für manche sind es Berufs- oder Partnerwahl, äußere Erlebnisse, starke Begegnungen, u.a.m. was solche existentiellen Fragen auslöst. In unserem Kontext geht es mir darum aufzuzeigen, daß die Krankheit strukturell ein solcher Anlaß zur persönlichen Änderung sein kann.

Durch diese Tiefendeutung der Krankheit als subjektive Krise, die die Autonomie des Patienten fördern oder lähmen kann, wird auch die Pflege in ein anderes Licht gestellt. Sie wird über die Gesten und Griffe der Pflege hinaus zu einer Begleitung von Menschen in Lebenskrisensituationen. Dabei wird sich für die Pflegenden dieselbe Gefahr auf tun, wie für die Ärzte. Sie können sich bewußt oder unbewußt dafür entscheiden, von der existentiellen persönlichen Situation des Kranken zu abstrahieren, um ihn zum Gegen-Stand der Pflege zu machen, und eben nicht zum Gegen-Über.

Es scheint mir völlig verfehlt zu sein aus dem soeben Gesagten eine Konkurrenzsituation zu konstruieren, in der gute Pflege gegen gute Begleitung durch Pflegenden stehen würde. Beides ist notwendig, denn sowohl der Pfleger als auch der Patient sind ganzheitliche Personen, die sich begegnen. Ein Gefahr würde ich darin sehen, wenn man im Sinne der Arbeitsteilung, die existentielle Begleitung der Patienten ganz der Familie oder den zuständigen Seelsorgern delegieren würde. Dies käme vor allem für die Pfleger einer Reduktion auf pflegende Gesten und Griffe gleich. Diese Reduktion würde die Pfleger in eine widersprüchliche Lage bringen, in der sie wohl gegen das menschliche Leid geschützt wären, das eigentlich jedoch ihre Motivation für diese Berufswahl ausmacht. Sie würden ihr Gesicht verlieren, und lediglich als Pflegekräfte oder noch schärfer formuliert als Pflegemaschinen um den Patienten und seine Wunden funktionieren. Lassen Sie sich die Begleitung der Patienten nicht nehmen!

Ein wichtiges Instrumentarium bei der Begleitung von Patienten, die ihre Krankheit als Lebenskrise erkennen, ist die Sprache als existentielles Kommunikationsmittel, das den Menschen spezifisch von anderen Lebewesen unterscheidet. Dort, wo der Mensch sein Leben erzählt, gewinnt er in der Sprache symbolisch Distanz zu sich selber. Er denkt sich selber für andere. Im Konstrukt der Sprache wird er für sich und andere zugänglich und besser verständlich. Mit Worten und Sätzen und Bildern ringt er um sein eigenes Verstehen, das sich immer wieder in seiner Lebenspraxis bewahrheiten und bewähren muß.

Christlichen Pflegern und Patienten bietet sich als Sprachmaterial zu ihrem eigenen Verstehen die jüdisch-christliche Offenbarung an, die einen symbolischen Verstehenshorizont geschaffen hat, in dem die ganze Welt, alle Menschen und alle

Situationen (im hegelschen Sinne) aufgehoben sind. Bei der existentiellen Begleitung von Patienten tun wir also gut daran, die universale Botschaft des Christentums auf ihre Relevanz für eine Spiritualität der Pflege zu untersuchen.

Der lange Zubringerweg auf das eigentliche Thema dieses Morgens rechtfertigt sich m.E. aus der Botschaft des Christentums selber. Zuerst mußte deutlich gemacht werden, daß der kranke Mensch ebenso wie der Arzt und die Pfleger in unserem technischen Zeitalter alle drei in der Gefahr sind, ihre Person hinter ihre Krankheit zurückzustellen und teilweise sogar der Effizienz wegen zu vergessen. Im Konkurrenzgerangel zwischen Ärzten und Pflegern wird dies allzu oft vergessen. Dann sollte klargestellt werden, daß der Patient, der Arzt und der Pfleger die persönliche Kommunikation nicht außerhalb des Krankheitsbereiches suchen müssen, sondern in Zusammenhang mit diesem. Drittens sollte gezeigt werden, daß diese Sicht der Krankheit keine spezifisch christliche ist, sondern ihren Sitz vielmehr in einer allgemein philosophischen Anthropologie hat.

7. Wesenselemente einer christlichen Pflegehaltung

Einleitend zur nun folgenden christlich-spirituellen Betrachtung der Pflege möchte ich - aus Sorge mißverstanden zu werden- betonen, daß diese Innenansicht nicht spezifisch christlich ist im Sinn von exklusiv christlich, sondern vielmehr im Sinn von "typisch" christlich. Das heißt: das was hier nun in der Sprache des Christentums formuliert wird, hat über das religionssoziologische Christentum hinaus universale Bedeutung. Mit anderen Worten: Die hier vorgestellten Standards einer christlichen Pflegerin oder eines christlichen Pflegers können durchaus auch von Nichtchristen anerkannt und gelebt werden. Die Wahrheit dieser Spiritualität liegt nicht darin, daß sie von Christus her begründet wird, sondern darin, daß sie die Beschaffenheit des Menschen wahrheitsgemäß zur Sprache bringt. Für den Christen wird es eine zusätzliche starke Motivation sein, sich diesen Forderungen zu stellen, weil er glauben darf, daß ihm das Können und die Kraft zur Umsetzung von Christus Jesus her selber geschenkt werden.

8. Das christliche Menschenbild als Begleiter der Begleiter

Christliche Ethik schlägt dort um in Spiritualität, wo es um die Tugenden, das heißt, um Werthaltungen geht, die das Leben des Christen spannen. Jedes Leben schöpft seine Kraft aus solchem Gespanntsein. Wie ein Segel spannt der Mensch sein Leben in der Geschichte der Menschen aus, um sich in ihr auf seine Ziele hin zu bewegen. Dabei wird die Qualität und die Präzision des Segels eine kaum zu überschätzende Rolle spielen, auch wenn man dieses während der Fahrt zwischen den Klippen und Riffen der Lebensentscheidungen kaum wahrnehmen wird. Die Werthaltungen sind jene intimen Lebensüberzeugungen, jene unausgesprochenen Absichten, die den Lebensweg im Ozean der Möglichkeiten zusammenhalten.

Für welche dieser Werthaltungen sich Jesus von Nazareth nun selber stark gemacht hat, wollen wir mit Blick ins neutestamentliche jesuanische Ethos untersuchen. Von seinem Vorbild her können wir als Christen m.R. erwarten, Anstöße für den Bau und das Spannen unseres Lebenssegels zu erhalten. Zwei Texte, von

denen die Bibelforscher annehmen, daß sie echte Jesus-Worte darstellen, sollen uns hierbei unterstützen: die Seligpreisungen und die Antithesen⁵.

Aus der Reihe der Seligpreisungen sollen folgende drei besonders hervorgehoben werden, weil sie mit größter Wahrscheinlichkeit zu den Grundaussagen von Jesus selber gehören (vgl. Mt 5,3.4.6 und Lk 6,20f):

Glücklich sind die Armen, denn ihnen gehört das Reich Gottes.

Glücklich sind die Hungernden, sie werden gesättigt.

Glücklich sind die Trauernden, sie werden getröstet werden.

Bereits ein erster Blick zeigt, daß Jesus nicht im allgemeinen vom Menschen spricht. Er redet vielmehr ganz konkret von Armen, Hungernden und Trauernden. Er spricht auch nicht über sie, sondern spricht ihnen etwas zu, daß sie glücklich sind. Auch das "glücklich sein" wird hier nicht abstrakt verstanden, sondern konkret und meint: Reich Gottes, Sattwerden, Getröstetwerden.

Während die Armen und die Hungernden zwei verschiedene Gruppen darstellen, sind mit den Trauernden alle Menschen gemeint, die einen Verlust zu beklagen haben. Die Seligpreisungen stellen einen Protest dar. Unabhängig von allen Ursächlichkeiten, unabhängig von aller Schuldzuweisung, wird aus der Betroffenheit für ihre konkrete Not, Stellung für diese Menschen bezogen.

Die kategorische Art von Jesus zu reden und Behauptungen aufzustellen, macht deutlich, daß die Seligpreisungen für sämtliche Zuhörer aller Zeiten eine Herausforderung darstellen, mit der Verwirklichung dieser Option für die Armen, Hungernden und Trauernden anzufangen. Auf dem Hintergrund der Beziehung zwischen Patient und Pfleger wird die Herausforderung, doch betroffen zu sein vom Leiden des anderen und ihn doch endlich zu trösten, unüberhörbar.

Diese direkte und aufdringliche Herausforderung wird gerade in den sogenannten Antithesen noch einmal verschärft. Jesus will nicht mißverstanden werden: Er will tatsächlich, daß die Armen, die Hungernden und Trauernden glücklich seien. Ähnlich wie bei den Seligpreisungen hat die Exegese auch bei den Antithesen, die ursprünglichen Worte Jesu herauszuarbeiten versucht (vgl. Mt 5,21f., 27f., 33-36). Das Ergebnis sieht folgendermaßen aus:

Ihr habt gehört, daß den Alten gesagt wurde:
Du sollst nicht töten, wer tötet sei dem Gericht verfallen.

Ich aber sage euch: Jeder, der seinem Bruder zürnt, sei dem Gericht verfallen.

Ihr habt gehört, daß gesagt wurde:
Du sollst nicht ehebrechen.

⁵Ich folge in diesem Kapitel einem Faden von Plasch Specha, dessen Augenmerk der Armut gilt.

Ich aber sage euch: Jeder, der eine Frau ansieht, um sie zu begehren, hat schon mit ihr Ehebruch begangen (in seinem Herzen)

Weiter habt ihr gehört, daß schon zu den Alten gesagt wurde:

Du sollst keinen Meineid schwören, sondern einlösen sollst du, was du dem Herrn gelobt hast.

Ich aber sage euch: Ihr sollt überhaupt nicht schwören ...

vielmehr sei euer Ja ein Ja und euer Nein ein Nein ...

In diesen Antithesen wird dem Mord der Zorn gegenübergestellt, dem Ehebruch das begehrlche Anschauen einer (verheirateten) Frau und dem Schwören der Verzicht auf den Schwur. Die gewählte sprachliche Form von Antithesen will den Sachverhalt bewußt pointiert ausdrücken.

In den Antithesen kommt ein wichtiger Aspekt des jesuanischen Ethos zum Vorschein, den man als Wandel von einer Gesetzesmoral zu einer Beziehungsmoral beschreiben könnte. Literarischer Ausgangspunkt bilden dabei die drei Thesen, die als Verbot formuliert sind: "Du sollst nicht töten", "Du sollst nicht ehebrechen" und "Du sollst keinen Meineid schwören". Wir haben es hier mit Normen zu tun, die für eine Gesetzesmoral typisch sind.

Die Themen der eigentlichen Antithesen sind der Zorn, das besitzergreifende Begehren und die Wahrhaftigkeit im Reden. Diese Themen weisen gegenüber den Themen der Thesen eine markante Verschiebung auf. Es sind alles Themen, die die Haltung des Menschen betreffen, sein Inneres, seine Gefühle und Empfindungen. Es wird die persönliche Seite des Menschen angesprochen. Demgegenüber sprechen die Thesen von Sachverhalten, die auch von Außenstehenden festgestellt werden können. Die thematische Verschiebung, die Jesus mittels der Antithesen vornimmt ist Ausdruck einer Personalisierung des Ethos. Indem die Gefühle und Empfindungen, die Haltungen und das Innere der Menschen in das Ethos einbezogen werden, wird der Mensch ernster genommen als wenn man nur auf das äußerlich feststellbare Verhalten gegenüber einer bestimmten moralischen Norm achtet. In der Sprache moderner analytischer Ethik gesprochen, geht es hier um die Unterscheidung zwischen Intentionalität und Richtigkeit einer Handlung.

Es findet aber noch eine zweite Verschiebung statt, auf die aufmerksam gemacht werden muß. Es ist die Rede vom Zorn gegenüber dem Bruder und dem Begehren gegenüber der Frau. Dies bedeutet, daß von der unmittelbaren Beziehung zwischen Menschen gesprochen wird. Gleiches gilt auch für die dritte Antithese, denn alles, was die Sprache betrifft, spielt sich zwischen Menschen ab. Anders als in der Gesetzesmoral schiebt sich nicht eine dritte Größe, wie etwa das Gesetz, also eine Norm als Orientierungsmittel zwischen die Menschen. Beide Verschiebungen zusammengenommen - Personalisierung und Situierung des Ethos in der menschlichen Beziehung - kennzeichnen einen anderen Typ von Ethos als die Gesetzesmoral, nämlich ein Beziehungsethos.

Auch die Inhalte der drei Antithesen lohnen sich in unserem Kontext kurz beleuchtet zu werden: der Zorn gegenüber dem Bruder, das besitzergreifende Begehren gegenüber der Frau und der Eid. Ich möchte für unseren Zusammenhang lediglich auf den Eid eingehen, weil ja gerade in der Beziehung zwischen krankem

Menschen und Pfleger die Sprache eine so entscheidende Rolle spielt. Der Eid ist eine formelle Beteuerung der Wahrheit oder eines Versprechens. Er dient dazu, andere Menschen davon zu überzeugen, daß man es wirklich ernst meint. Man will wirklich nichts Falsches sagen. Das heißt umgekehrt aber, daß die Leistung eines Eides ebenso wie die Forderung nach einem Eid Ausdruck des Mißtrauens sind. Mit dem Eid wird die Sprache eingesetzt, um Vertrauen sicherzustellen, ja zu erzwingen. Hierin liegt die Lüge des Eides selber, sein Widerspruch.

Die drei Antithesen haben eine zentrale Botschaft: die Beziehungen zwischen den Menschen sollen gewaltfrei sein. Was Gewaltfreiheit im einzelnen heißt, wird nicht explizit gesagt, es kann nur implizit erschlossen werden.

Sozusagen als Warnung vor voreiligen Schlüssen, muß hier hervorgehoben werden, daß die Antithesen als Stilmittel, die Gesetzesmoral, also eine normative Ethik im Bereich dessen, was konkret richtig oder falsch ist, keineswegs aufheben wollen, sondern lediglich beabsichtigen, die Tiefendimension dieser Art der Moral als Beziehungsethos in den Vordergrund zu holen und diesem den Vorrang einräumen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß eine christliche Spiritualität in der Welt inkarniert sein muß, von dem was in der Welt vor sich geht, betroffen sein muß. Aus dieser Betroffenheit heraus wird der Christ dann gewaltfrei mit den Betroffenen zusammen nach konkreten Lösungen suchen.

9. Ethische Tugenden im Bereich "Pfleger"

Bevor wir nun zu einzelnen Tugenden übergehen, die als Leitbild für christliche Pflegerinnen und Pfleger stehen können, möchte ich ihnen zur Entspannung eine moderne Geschichte erzählen, die einzelne von Ihnen sicherlich an jene alte Geschichte des barmherzigen Samariters erinnern wird. In beiden Gleichnissen geht es um Betroffenheit und Beziehung jenseits von allen Vorschriften und Normen.

Die Parabel vom Sadhu

Vor einigen Jahren befanden sich drei Gruppen unterwegs, um im Nepal im Himalayagebirge eine ihrer größten Leistungen zu vollbringen, nämlich einen Paß auf etwa 5500 Meter zu überqueren. Nach bereits vielen anstrengenden Tagen mußten sie noch einmal früh aufbrechen, um noch vor der Mittagssonne die Höhe des Passes zu erreichen, da dies sonst im schmelzenden Gletscherschnee auf den Eistreppen nicht mehr möglich war.

Sie übernachteten auf 4400 Meter, und die erste Gruppe, es war eine Schweizer Gruppe, brach um halb vier auf, um den Paß rechtzeitig zu erreichen. Die zweite Gruppe kam aus den Vereinigten Staaten und war von vier Neuseeländern als Gepäckträger begleitet. Die dritte Gruppe war eine japanische.

Als die amerikanische Gruppe auf ihrem abenteuerlichen Marsch gerade die 4700 Meter Höhengrenze überschreiten wollten, kamen ihnen ein Schweizer entgegen, der einen alten, halbnackten, heiligen Sadhu auf seinen Schultern trug. Er habe ihn auf dem Eis halberfroren gefunden.

Er legte ihn den Amerikanern vor die Füße, gab ihm einige seiner warmen Kleider und lud diese ein, es ebenso zu machen. Weil er aber unbedingt den Paß überqueren wollte, meinte er, jetzt sei es an der Gruppe der Amerikaner sich des halberfrorenen Sadhu-Indianers anzunehmen. Sogleich machte er sich wieder auf, um die Paßhöhe noch vor der Mittagssonne zu erreichen.

Die Amerikaner gaben dem Sadhu weitere Kleider und baten einen der Neuseeländer, den Sadhu runter zur Hütte auf 4400 Meter zu bringen. Doch auch diesen hatte die Abenteuerlust gepackt. Er wollte ebenfalls über den Paß. Einer der beiden Amerikaner, ein Quaker, trug den Sadhu dann den Japanern entgegen, damit die sich seiner annehmen sollten. Diese waren jedoch nicht bereit, ihr Pferd für den Rücktransport des Sadhu's zur Verfügung zu stellen. Auch sie wollten noch vor der Mittagssonne über den Paß.

Schließlich trug er den Sadhu bis auf 4600 Meter runter, setzte ihn mit dem Gesicht der Hütte zugewandt und hoffte, daß der Sadhu es nun alleine schaffen werde, die Hütte, die nur noch 200 Meter tiefer lag mit seinen neuen warmen Kleidern zu erreichen. Anschließend machte er sich wieder auf den Weg, um die anderen kurz vor Mittag selber halb erschöpft auf der Paßhöhe wieder einzuholen.

Noch heute hat er ein schlechtes Gewissen und fragt sich, ob der Sadhu es nun wohl allein mit dem Abstieg geschafft hat, oder ob er unterwegs gestorben ist.

Die Parabel ist eine Geschichte über den Umgang mit menschlicher Energie angesichts selbstgesteckter Ziele. Sie zeigt uns das Dilemma zwischen der individuellen Betroffenheit und einer Gruppenethik, die zielgerichtet nach einer "corporate identity" funktioniert: Die Gruppe hat sich vorgenommen, die Wanderung um das Himalaya-Gebirge erfolgreich zu beenden. Wer hat angesichts des höheren Zieles hier letzte Verantwortung für wen? Reicht es, wenn ich meinen Teil zum Überleben des Sadhu's geleistet habe, ihm also zum Beispiel Kleider gegeben habe, oder ihn ein Stück Weg hinunter getragen habe? Wieviel Vertrauen in die eigenen Kräfte des Sadhu's ist sinnvoll und verantwortlich? Wer darf die Ziele eines Projektes in Frage stellen? Wer darf das Ziel, hier die Gipfel-Ideologie, aufstellen?

Diese und viele ähnliche Fragen stellen sich sicher immer wieder im Krankenhaus, wo das therapeutische Team sich zum Ziel setzt, die Gesundheit seines Patienten wieder herzustellen. Jeder leistet seinen Beitrag, aber niemand ist für den Patienten persönlich verantwortlich. Gegen diese Art des Funktionierens wendet Jesus sich entschieden mit seinem Ansatz der Betroffenheit und seines Beziehungsethos. Wie beim barmherzigen Samariter der Priester und der Levite sicherlich gute Gründe hatten, um am von den Räubern überfallenen Menschen vorbei zu gehen, so hatten die drei Gruppen von Bergwanderer ebenfalls ihre guten Gründe, um sich dem Sadhu nicht ganz anzunehmen. Aber gerade diese Gründe verblassen, wenn die Betroffenheit durch das Leid des anderen in den Vordergrund gestellt wird.

Kommen wir nun zu einzelnen Tugenden, die das Segel des Christen als Pfleger und als Patient am Mast der Nächstenliebe spannen sollten. Ich greife einzelne heraus und versuche sie am Verhältnis Patient - Pfleger zu veranschaulichen. Sie stellen Gewohnheiten dar, die nicht angeboren sind, sondern an Vorbildern und durch persönliche Einübung erst erlernt werden müssen. Für den Ethiker stellen sie die Innenansicht der Moral dar, weil sie als Grundhaltungen direkt mit der Intention des

handelnden Subjektes gekoppelt sind. Für den Gläubigen, sind sie ein konkreter Ausdruck seiner gelebten Spiritualität.

Weil die Tugenden (Glaube, Hoffnung, Liebe, Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Maß) im Laufe der Zeit als wenig aussagekräftig in die Vergessenheit gedrückt wurden, müssen sie heute wieder neu entdeckt und beschrieben werden.

Nennen wir die erste Werthaltung einmal **"Gewaltverweigerung"**. Es ist jene Einstellung, die darum weiß, daß Gewalt in unserer Gesellschaft auf vielfältige Weise präsent ist, aber bewußt und aktiv auf deren Einsatz verzichtet. Die Faszination der Gewalt besteht ja gerade in der Illusion, rasch zu klaren Lösungen zu kommen. Sie setzt auf die Sachkompetenz und übersieht das Objekt des Handelns in seinem Subjektsein.

Die Beziehungen im Krankenhaus sind allzu oft voller Gewalt. Der Fachkompetente schreibt dem Laien vor, wie dessen Krankheit zu beheben ist. Dabei setzt er als Kriterium, sein Wissen um die Krankheit des Kranken, und beansprucht, dieses sein bestes Wissen im Kampf um die Krankheit umsetzen zu können. Dabei legt er dem Patienten kaum eine Palette von Behandlungsvorschlägen vor, aus der dieser dann aufgrund einer persönlichen Güterabwägung die Therapie wählt, die seiner Person am besten angepaßt zu sein scheint. Das mag nicht unbedingt jene sein, die der Arzt naturwissenschaftlich als die optimalste einstuft, aber es ist die, die dem Patienten in *seinem* Kranksein am meisten entgegen kommt.

Dieselbe Gewalt besteht zwischen Arzt und Pfleger, und Pfleger und Patient. Der Arzt kann den Pfleger zwingen gegen dessen Einschätzung und Einverständnis diese oder jene Pflege dennoch zu leisten. Wenn er sich jedoch im Rahmen der Tugend der Gewaltfreiheit bewegt, wird er auch als hierarchisch Höhergestellter zuerst einmal auf den Einsatz seiner Gewalt, das heißt seines Befehls verzichten, um den Argumenten des Pflegers mit offenen Ohren zuzuhören. Auch der Pfleger wird sich bei der Ausübung seiner Pflegetätigkeit von den individuellen Bedürfnissen der Patienten leiten lassen, und bewußt und aktiv auf seine mögliche Machtausübung über den Patienten verzichten. Dasselbe gilt ebenfalls für die Patienten, die etwa auf ihre beziehungsreiche Gewaltausübung gegenüber Pflegern und Ärzten verzichten. Am meisten wird man auf mögliche Gewaltspiralen achten, zu denen gerade streng hierarchisch geordnete Gebilde einladen - wie das etwa im Krankenhaus oder in religiösen Orden der Fall ist.

Eine zweite typisch christliche Werthaltung möchte ich hier als **"Versöhnungsbereitschaft"** umschreiben. Es ist die Fähigkeit gemeint, sich selber aus der Verstrickung in Gewaltsituationen zurückzunehmen. Versöhnung und Verzeihung werden als Handlungsmöglichkeiten höher eingeschätzt als Schuldzuweisung. Gerade die Versöhnung setzt Gegenseitigkeit voraus. Der gewalttätige Pfleger entschuldigt sich, und der Patient nimmt die Entschuldigung an, indem er verzeiht, und umgekehrt. Was an diesem gegenseitigen Verzeihen wächst, ist Versöhnung. Sie läßt sich allerdings nicht erzwingen, sondern entsteht dann, wenn die Zeit reif dafür ist, bzw. reif gemacht worden ist.

"Verständigungs- und Argumentationsbereitschaft" könnte die dritte Tugend heißen, die ich hier anführen möchte. Hier geht es um die prinzipielle Offenheit für die Argumente, die jemand für sein Handeln oder für seine Überzeugungen anführt. Es geht um die Einfühlsamkeit in die lebensgeschichtlichen Zusammenhänge, aus denen heraus jemand handelt und denkt. Man denke hier etwa an Behandlungsverweigerungen aus bestimmten weltanschaulichen Überzeugungen

heraus. Hier wird Verständnisbereitschaft auf beiden Seiten viele Wunden vermeiden. Wohl gemerkt geht es bei dieser einfühlsamen Einstellung dem Andersdenkenden oder Andershandelnden gegenüber nicht um die normative Richtigkeit oder Falschheit dessen, was er tun oder lassen möchte. Es geht vielmehr um den Vorrang des dialogischen Verstehens vor dem gewalttätigen Durchsetzen einer Norm, die nur eine der Parteien anerkennt.

Eng mit dieser Werthaltung verbunden ist die Tugend der **"kritischen Toleranz"**. In einer pluralistischen Gesellschaft, in der verschiedene Überzeugungen aufeinanderprallen, reicht es nicht aus, wenn jeder jedem Verständnis für seine Position entgegen bringt. In der pluralistischen Gesellschaft wird auch um die Wahrheit gerungen. Dies trifft auch für das Krankenhaus zu. Der Arzt und der Pfleger sollen eine eigene Meinung, eine eigene Überzeugung haben, wie der Patient behandelt oder gepflegt werden soll. Damit der Patient jedoch nicht einfach zum Objekt ihrer Überzeugung wird, sollten sie ihre Option der Zustimmung bzw. der Ablehnung des Patienten aussetzen, und sich dabei aller guten Argumente bedienen, nicht jedoch ihrer Machtposition gegenüber dem kranken Menschen. Ohne eine solche Überzeugung wäre das Geschick des Patienten ihnen gleichgültig. Sie darf jedoch nicht - wie schon gesagt - einfach aufgezwungen werden, sondern soll dem Patienten in fairer Argumentation plausibel gemacht werden, weil es des Patienten Plausibilität ist, die einer bestimmten Behandlung Sinn und Bedeutung verleiht oder verweigert.

Es versteht sich, daß von ethischer Warte aus die kritische Toleranz ihre Grenze am Gewissen des Streiters hat. Hier wird die Nähe der Tugenden zur normativen Ethik deutlich. Doch ist es heute nicht meine Aufgabe, die Beziehungen zwischen normativer Ethik und Tugendethik zu erläutern.

Ich komme somit bereits zu einer fünften Tugend, die in der Kurzformel etwa **"gelassenes Engagement"** heißen könnte. Jenseits von allem Erfolgszwang und Leistungsdenken ist hier der lange Atem gemeint, der beharrlich am Engagement für den Patienten und sein Wohl festhält, ohne jedoch in einen oberflächlichen Aktivismus abzurutschen. Das gelassene Engagement weiß um die Erfahrung, daß Ungeduld und Drängen dem angestrebten Ziel manchmal auch im Wege stehen können. Sie setzt sich aber auch entschieden von einer Schicksalsgläubigkeit ab, die jedem Engagement die Spitze brechen würde, und dieses als unsinnig hinstellen würde.

Die nächste Tugend bedarf wohl kaum weiterer Erläuterung. Es handelt sich um die **"Zuverlässigkeit"**, eine Grundhaltung, ohne die ein humanes und gerechtes Zusammenleben weder im Großen noch im Kleinen möglich ist.

Etwas mehr Kommentar bedürfen die Zwillingtugenden der **"Geburtlichkeit"** und der **"Abschiedlichkeit"**. Die Einstellung der "Geburtlichkeit" schärft den Blick für neue Anfänge, für kleine Aufbrüche, für Hoffnungen, die sich im Alltagsleben erfrischend zeigen. Dabei wird Neuerungen oder Änderungen nicht negativ abwehrend begegnet, sondern positiv bejahend. Gerade der kranke Mensch braucht diese Einstellung gegenüber seinen kleinen Fortschritten. Das anerkennende Wort, der zustimmende Blick, wenn er in der Rehabilitation einen Schritt weitergekommen ist. Es geht um eine Einstellung, die nicht nur Änderung und Einsatz fordert, sondern diese auch in ihren ersten Anzeichen erkennt, wahrnimmt und gutheißt. Die Pädagogen sprechen von positiver Verstärkung.

Mit dieser Tugend der "Geburtlichkeit", des erkannten Neubeginns, hängt direkt

auch jene der "Abschiedlichkeit" zusammen. Gemeint ist die Fähigkeit zu Trauern, um das, was verloren geht und so nicht mehr wiederkommt. Die Abschiedlichkeit ist der Weg aus der Fixierung auf den Verlust. Sie bleibt nicht am Verlorenen hängen, sondern geht trauernd den neuen realen Möglichkeiten nach. Sie ermöglicht dem Menschen, der aus diesen Werthaltungen heraus lebt, eine besondere Aufmerksamkeit gegenüber dem Leben, das Kommen und Gehen ist.

Eine letzte Tugend ist die "**Sinnlichkeit**". Sie betont den ganzheitlichen Menschen in seiner Körperlichkeit und kultiviert die Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der Sinne. Gerade im Verhältnis zwischen Patient und Pfleger hat diese Werthaltung eine wichtige Rolle zu spielen. Ein Händedruck, ein Augenzwinkern, ein Lachen und eine Träne, bestätigen das Bewußtsein um eine Beziehung; sie holen den Patienten und den Pfleger zurück in den zwischenmenschlichen Austausch. Beide werden hierbei anerkannt als Mensch, und nicht nur als Patient oder Pfleger behandelt.

Diese acht ethischen Werthaltungen sind aufgehoben in den drei theologalen Tugenden: Glaube, Hoffnung, Liebe. Weil wir über die Liebe als Ausdruck der Betroffenheit, der Gewaltverweigerung und eines Beziehungsethos' bereits gesprochen haben, soll hier ergänzend nun vom Glauben und von der Hoffnung die Rede sein.

Im Glauben, der dem Christen immer wieder geschenkt wird, nimmt Gott selber teil am Leben, Denken, Tun und Lassen des Menschen. Im Leben der Gläubigen schreibt er die Heilsgeschichte mit den Menschen fort. Er läßt sie an seinem Heiligen Geist teilhaben, um mit ihnen als kirchliche Gemeinschaft seine Befreiungsgeschichte in der Nachfolge Christi zu vollenden. Jede Herrschaft soll gebrochen werden zugunsten von freien Beziehungen zwischen gleichberechtigten Menschen. Nur einer ist der Herr: Jesus Christus selber, wie dies in wunderbarer Weise im Brief an die Philipper (Phil 2,5-11) zum Ausdruck gebracht wird.

"Seid untereinander so gesinnt, wie es dem Leben in Christus Jesus entspricht:

Er war Gott gleich,
hielt aber nicht daran fest, wie Gott zu sein,
sondern er entäußerte sich
und wurde ein Sklave
und den Menschen gleich.
Sein Leben war das eines Menschen;
er erniedrigte sich
und war gehorsam bis zum Tod,
bis zum Tod am Kreuz.

Darum hat ihn Gott über alle erhöht
und ihm den Namen verliehen,
der größer ist als alle Namen,
damit alle im Himmel, auf der Erde und unter der Erde
ihre *Knie beugen* vor dem Namen Jesu
und *jeder Mund bekennt*:

"Jesus Christus ist der Herr"
-zur Ehre Gottes, des Vaters."

Die Tugend der "Hoffnung" setzt neue Maßstäbe in der Zeit. Weil Gott selber die Geschichte der Menschen mitschreibt, und seine Macht im Kreuz und in der Auferstehung seines Sohnes ein für alle Male besiegelt hat, dürfen die Gläubigen

immer wieder hoffend darauf vertrauen, daß sich diese Macht endgültig durchsetzen wird, auch dann, wenn es augenscheinlich anders aussieht. Diese Hoffnung macht sie stark, sich gelassen und engagiert für das Gute und Richtige einzusetzen, was immer auch geschehen mag.

Damit sind einige Konturen einer christlichen Persönlichkeit gezeichnet, die zusammengesetzt, ein hervorragendes Segel abgeben, um sich im Leben dieser Welt gezielt für das Gute einzusetzen. Diese Konturen sollten christliche Pfleger auszeichnen. Wer bereit ist, in sich selber Raum zu schaffen, um sich von diesen Werthaltungen formen und prägen zu lassen, der wird für seine Mitmenschen als Person erkennbar und erfahrbar. Er verliert seine professionelle Maske, um als Persönlichkeit aufzutreten. Dabei wird er es nicht leicht haben, auf dem Maskenball der Krankenhäuser; er wird selber verletzlich und angreifbar sein. Er wird ein eigenes Profil haben, mit dem der Patient und die Kollegen rechnen müssen.

Solche unbequemen doch hochqualifizierten Pfleger werden es sein, an deren Hand kranke Menschen ehrlich bereit sind, als Personen zu leiden, zu weinen und manchmal auch zu sterben: Menschen, die anteilnehmen am Leid, und die ihr Ich als Du für den Patienten einbringen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Erny Gillen

Lenzerheide, am 11. April 1993

Luxemburg, am 3. Mai 1993