

LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

Nr. 1/2015

ISSN 2194-2730

Liebe Leserin, lieber Leser,

sie wollen nicht wirklich zu den Farben des Frühlings passen. Wenn Märzbecher und Krokusse in hellem Gelb oder Weiß und leichtem Lila aus dem Boden sprießen, sieht man sie wieder: Gekleidet in Neon-gelb, Pink oder Grell-grün, laufen Jogger entlang der Grünzonen; sei es in Parkanlagen oder am Flussufer, mal mehr, mal weniger schwitzend. Meistens jedoch motiviert von der Suche nach frischer Luft, Bewegung und wohlthuenden Sonnenstrahlen.

Ob Sie selbst nun dem Winterspeck zu Leibe rücken wollen, abschalten oder Ihrer Gesundheit etwas Gutes tun wollen – genießen auch Sie die farbenfrohe Natur und das wieder erwachende Leben!

Vielleicht finden Sie aber auch in einer Pause bei der Arbeit ein paar Minuten Zeit für einen kurzen Artikel aus der LER, die übrigens graphisch gut ins Frühlingsbild passt.

Unser Schwerpunkt dieses Mal ist die Care-Ethik. Bei der Lektüre werden Sie viele Anregungen erhalten, wie ein sorg- und achtsamer Umgang mit pflegebedürftigen Menschen gelingen kann.

Viel Freude dabei!

Ihr Jonas Pavelka

Die LER entsteht in Kooperation mit:



Katholischer
Pflegeverband e.V.



Katholischer Krankenhausverband
der Diözese Osnabrück e.V.

2 **Spezifika und Anwendungsfelder
der Care-Ethik**
Ruth Schwerdt

7 **Cure und Care. Unterscheidung zur
Profilierung professioneller Pflege?**
Thomas Klie

11 **Krankheit – Krise und Chance?**
Jonas Pavelka

14 **Care-Ethik in der klinischen Praxis**
Helen Kohlen

Fallbesprechung:

18 **Die Geschichte von Frau Peters –
Care-ethische Überlegungen**
Manfred Baumann / Helen Kohlen

Rezension:

22 **Rezension: »Das Geheimnis des Lebens
berühren. Spiritualität bei Krankheit,
Sterben und Tod« von Erhard Weiher**
Benedikt Schmidt

Das Zitat »

Geht es bei Gesprächen in den Komitees
um ethische Entscheidungen, dann singen
die Komiteemitglieder das Prinzip der
Autonomie im Chor.

Helen Kohlen, Seite 15

Spezifika und Anwendungsfelder der Care-Ethik

Der Begriff »Care« kann als »Sorge« oder »Fürsorge« übersetzt werden. Diese Worte werden jedoch mit Altväterlichkeit gegenüber passiven Hilfebedürftigen in Verbindung gebracht. Der Terminus »Care« hingegen umfasst Obhut, Pflege, Sorgfalt, Aufmerksamkeit, Sorge, betroffen sein, Zuneigung fühlen. In der Pflegewissenschaft liegt der Fokus auf Care oder Caring als Wirkfaktor und Essenz professioneller Pflege. Bevorzugt wird der Begriff »Caring«, mit dem das sorgende Handeln selbst als Charakteristikum professioneller Pflege hervorgehoben wird.

In der Forschung wurde der Begriff untersucht. J. M. Morse und ihr Team (1990) unterscheiden fünf »epistemologische Perspektiven«: Caring als natürlicher, essentieller Aspekt menschlicher Existenz, Caring als moralischer Imperativ oder moralisches Ideal, Caring als Affekt des Mitleids, Caring als interpersonale Pflegebeziehung und Caring als therapeutische Intervention, die flexibel auf die Bedürfnisse und Werte der Gepflegten antwortet.

Auch in der Medizintheorie gibt es Beispiele, in denen die Sorge für den kranken Menschen im Mittelpunkt steht (z.B. Paul Sporken, Die Sorge um den kranken Menschen 1977). Wie in der Pflegewissenschaft wird dabei ein holistisches (ganzheitliches) Menschenbild entfaltet, in dem körperliche, soziale, psychische und spirituelle Aspekte einbezogen sind. Edmund Pellegrino (1979) hebt die Nichtfreiwilligkeit der Behandlung und die Verletzlichkeit des Patienten bzw. der Patientin heraus.

Auffällig ist die deutlich weitere Verbreitung des Care- bzw. Caring-Selbstverständnisses in der Pflegewissenschaft im Unterschied zur Medizinwissenschaft. Eine Erklärung dafür bietet die Unterscheidung der Gegenstandsbereiche der



Prof. Dr. Ruth Schwerdt ist Expertin im Bereich Pflegewissenschaft an der Fachhochschule in Frankfurt. Dort lehrt sie neben vielen anderen Tätigkeiten z.B. im Master-Programm: Advanced Practice nursing.

beiden Professionen: Während die Medizin sich der Krankheit (Disease) widmet, ist Pflege auf Kranksein (Illness) bzw. Pflegebedürftigkeit ausgerichtet. Dazu gehört die Einbeziehung der Lebenswelt der Pflegebedürftigen, der Bezug auf ihr personnahes Umfeld, ihre Werte und ihren Lebensentwurf.

Auffällig ist die deutlich weitere Verbreitung des Care- bzw. Caring-Selbstverständnisses in der Pflegewissenschaft im Unterschied zur Medizinwissenschaft.

Kennzeichen der Care-Ethik

Die Care Ethik geht davon aus, dass moralische Beurteilung und Handlungsnormen immer durch die beteiligten Personen und Situationen geprägt sind. Gute Problemlösungen kommen daher nicht ohne konkrete Informationen über die Voraussetzungen der Konfliktsituation zustande. Ihr Fokus liegt auf dem Wohlbefinden des Menschen, der Sorge empfängt. Care wird als Prozess verstanden.

Der Diskurs um die Care-Ethik wurde von der Entwicklungspsychologin Carol Gilligan in den 80er Jahren angestoßen. Sie kritisierte die einseitige Abwertung von Sorge gegenüber der Priorität auf Gerechtigkeit in dem Stufenmodell moralischer Entwicklung von Lawrence Kohlberg, die nach Gilligans Ansicht auf der alleinigen Berücksichtigung männlicher Erfahrungswelten beruhe. Sie forderte den Einbezug der Handlungsfelder, wie die der Kindererziehung und der Pflege von Kranken, in denen sich überwiegend Mädchen und Frauen bewegten. Sie stellte die Orientierung am Leitwert Sorge als gleichrangige, parallele Perspektive neben die Orientierung an der Gerechtigkeit. Die Abhängigkeit einer Care- oder Gerechtigkeitsorientierung von der Geschlechtszugehörigkeit konnte in empirischer Forschung allerdings nicht bestätigt werden. Im weiteren Diskurs wurde gegenüber dem Autonomieideal als Vorstellung autarker Selbständigkeit rationaler Individuen die gegenseitige Abhängigkeit und die Verletzlichkeit menschlichen Lebens herausgestellt.

Einen viel beachteten Care-ethischen Ansatz hat die Stuttgarter Care-Ethikerin Elisabeth Conradi entwickelt: Sie charakterisiert ihre Care-Theorie durch den Schlüsselbegriff »Achtsame Zuwendung«. Diese sei nicht etwa eine Zugabe, die notfalls weggelassen werden könne, sondern

Gegenüber dem Autonomieideal als Vorstellung autarker Selbstständigkeit wurde die gegenseitige Abhängigkeit und die Verletzlichkeit menschlichen Lebens herausgestellt.

die Essenz »sozialprofessionellen Handelns«: »das Knüpfen und die Pflege von Beziehungen, Aufmerksamkeit für andere Menschen und die tatsächliche Zuwendung – verbinden sich in meinem Verständnis einer Ethik der Achtsamkeit«.

Anwendungsgebiete der Care-Ethik

Die Care-Ethik kann gemäß dem von ihr deklarierten Geltungsbereich auf alle privaten und gesellschaftlichen Kontexte angewendet werden. Auch in der Politikwissenschaft wurde Care als allgemeines gesellschaftliches Phänomen entfaltet.

Augenfällig ist die Anwendbarkeit im Privatbereich. Aber auch im beruflichen Bereich ist der Sorge als einem ethischen Leitprinzip leicht zu folgen, insbesondere in Bereichen, in denen ein Macht- und Abhängigkeitsverhältnis besteht: in Pädagogik, Pflege, Sozialer Arbeit, Medizin und in weiteren Berufen, die sich der Gesundheit, dem Wohlbefinden und der Lebensqualität anderer Menschen widmen.

Doch auch andere gesellschaftliche Sektoren neben dem Gesundheits- und Sozialwesen sind Anwendungsfelder einer Care-Ethik: Im Verkehrswesen, im Bildungs- und im Arbeitssektor wird z. B. durch Integrationsgesetze in der Folge der UN-Konvention Sorge dafür getragen, dass die Rechte von Menschen mit Behinderung beachtet werden. Die Rechtsprechung kann Urteile fällen, die allen Konfliktparteien zugute kommt.

In allen Handlungsfeldern, in denen andere Menschen von Entscheidungen betroffen sind, ist Sorge als Achtsamkeit (Conradi) und als tätiges Handeln unverzichtbar.

In allen Handlungsfeldern, in denen andere Menschen von Entscheidungen betroffen sind, ist Sorge als Achtsamkeit und als tätiges Handeln unverzichtbar.

Kritik an der Care-Ethik

Gegen die Care-Ethik wurden folgende Kritikpunkte vorgebracht: Sie sei einseitig weiblich definiert bzw. auf weibliche Tätigkeitsfelder fokussiert. Sie befürworte die Ausbeutung der Sorgenden, die in der Hilfe für Andere die Sorge für sich selbst vernachlässigten. Sie gebe den Weg frei für paternalistische oder maternalistische Bevormundung von Menschen, die tatsächlich oder vermeintlich hilfebedürftig seien. Diese Fremdbestimmung bedrohe die Würde dieser Menschen. Der Leitwert Auto-

nomie werde zu wenig berücksichtigt. Überdies fokussiere sich die Care-Ethik zu sehr auf die individuellen Kontexte und weite zu wenig den Blick auf gesellschaftliche und politische Zusammenhänge aus.

Alle diese Einwände können leicht entkräftet werden.

Sorge als Bedingung und Ausdruck menschlichen Lebens wurde gerade nicht nur für vorwiegend von Frauen gestaltete Lebenszusammenhänge postuliert, sondern gerade als allgemeinmenschliches Kennzeichen des Menschseins definiert. Frauen waren lediglich diejenigen, die aufgrund ihrer Lebenserfahrungen und Genderzugehörigkeit diese Perspektive in den ethischen Diskurs einbringen konnten. Die Idealvorstellung eines autarken einzelnen Selbst, das als eines unter Gleichen Verträge schließt, wurde allerdings als unrealistisch gekennzeichnet. Dagegen wurde eingewendet, dass Autonomie sich erst unter der Voraussetzung entwickeln kann, dass Sorge erfahren wird und als Unterstützung jederzeit zur Verfügung steht. Demnach sind keine gesellschaftliche Arbeitsteilung, keine Bildung und keine Kultur, nicht einmal die Erfüllung von Grundbedürfnissen möglich ohne grundlegende kontinuierliche gegenseitige Sorge der Mitglieder einer Gemeinschaft. Das Postulat der Gegenseitigkeit schützt vor einer einseitigen Ausbeutung oder Selbstaufopferung Einzelner, die über die Sorge für Andere die Sorge für sich selbst vernachlässigen. Alle wissenschaftlichen Care-Ethiken übertragen das Prinzip Sorge auf gesellschaftliche Zusammenhänge.

Dennoch ist das Prinzip Care als alleiniger Leitwert einer Ethik menschlichen Zusammenlebens unzureichend. Erst die Integration des Respektanspruchs der Würde gewährleistet die vorbehaltlose Ausrichtung auf die individuellen Anliegen hilfebedürftiger Menschen und damit einen Schutz vor Übervorteilung in einem Machtgefälle. Gerade in Fällen extremer Verletzlichkeit und Abhängigkeit, wie sie in helfenden Berufen des Gesundheits- und Sozialwesens häufig sind, ist die Autonomie der Menschen mit Hilfebedarf als Komplement der Sorge zu verstehen. Gerechtigkeit als zusätzlicher Leitwert erinnert an den gleichen Anspruch auf Sorge z.B. in Form medizinischer Behandlung und professioneller Pflege jedes Menschen. Die Bedarfsgerechtigkeit der Hilfe unterstreicht die positive Ausrichtung der Gerechtigkeit, das Postulat des Gerechtwerdens spezifischer und individueller Anliegen unterstreicht das Postulat

Autonomie kann sich erst unter der Voraussetzung entwickeln, dass Sorge erfahren wird und als Unterstützung jederzeit zur Verfügung steht.

Ethik, die die Stärken der Care-Ethik mit der Gerechtigkeitsethik verbindet und die Leitwerte Würde und Autonomie einbezieht, könnte als integratives Modell für die Pflege, Medizin und Soziale Arbeit geltend gemacht werden.

der Bedarfsgerechtigkeit der Hilfe. Eine Ethik, die die Stärken der Care-Ethik mit der Gerechtigkeitsethik verbindet und die Leitwerte Würde und Autonomie einbezieht, könnte als integratives Modell für die Pflege, Medizin und Soziale Arbeit geltend gemacht werden.

Ausblick

Die Care-Ethik ist mit einer christlichen Ethik gut vereinbar: Im Gebot der Nächstenliebe hat der Mensch einen Auftrag zu tätiger bedingungsloser Liebe zu den Mitmenschen wie zu sich selbst, und er hat einen Sorgeauftrag für alle Mitgeschöpfe erhalten. Die Kernelemente der Sorge-Ethik entsprechen dem christlichen Verständnis eines guten Lebens und sie können am Vorbild Christi Maß nehmen.

» Literatur bei der Verfasserin



**Zukunft sichern
mehr als
60 Jahre
SELBSTHILFE**

Unser neues Garantiemodell

Starten Sie Ihre Altersvorsorge jetzt!

- Höhere Rente und jederzeitige Beitragsflexibilität sichern
- Attraktives Garantiemodell mit Höchststandsgarantie auf Antrag
- Innovative Tarife ohne Abschlussprovision und dadurch hohe Vertragsguthaben ab dem ersten Beitrag

Nur für Mitarbeiter von Kirche und Caritas und deren Angehörige!

SELBSTHILFE
Pensionskasse der Caritas VVaG

Mehr Informationen:
www.sh-rente.de · info@sh-rente.de
Tel.: 0221 46015-0



Cure und Care

Unterscheidung zur Profilierung professioneller Pflege?

Zur Profilierung des Verständnisses von Pflege und zur Klärung von Aufgabenbereichen und Verantwortungsfeldern wird in unterschiedlichen Zusammenhängen (im Rahmen der Diskussion um eine Strukturreform Pflege und Teilhabe; im Projekt Herausforderung Pflege) mit der Unterscheidung von Care und Cure gearbeitet. Die Unterscheidung dieser beiden Begriffe ist nur in der englischen Sprache möglich, im Deutschen gibt es hierfür keine Entsprechung. Ob die Unterscheidung taugt, bedarf der ausführlichen Diskussion.

Ein Widerspruch zum ganzheitlichen Pflegeverständnis?

Es könnte nämlich eingewendet werden, dass eine Unterscheidung von Care und Cure einem ganzheitlichen Pflegeverständnis, das sich in den letzten Jahren mühsam etabliert hat, zuwiderlaufe. Diesem Einwand liegt ein Missverständnis zugrunde, denn die Unterscheidung von Care und Cure soll weder ein ganzheitliches Menschenbild noch ein ganzheitliches Verständnis von Pflege

Die Fachpflege hat bei ihrem Tätigwerden zwar die gesamte »Sorgesituation« im Blick, beschränkt sich aber in ihrem Handeln auf bestimmte Aufgaben.

und Versorgung infrage stellen. Die Unterscheidung knüpft an die häusliche Pflegesituation an. Hier übernehmen die Aufgaben der Sorge, der Fürsorge, der Besorgung, der Versorgung – also das, was man unter Care oder Caring versteht – in aller Regel die Familienangehörigen, Freunde und zum Teil auch Nachbarn im Sinne eines »Unterhaltsverbandes«. Die Fachpflege hat bei ihrem Tätigwerden zwar die gesamte »Sorgesituation«



»»

Prof. Dr. Thomas Klie lehrt an der Evangelischen Hochschule in Freiburg und leitet dort zwei Institute, die sich sowohl mit zivilgesellschaftlichen als auch mit Projekten in der Sozialforschung befassen.

im Blick, beschränkt sich aber in ihrem Handeln auf bestimmte Aufgaben, für die der Begriff Cure dienen soll. Die von der Fachpflege geleistete Konzentration auf Cure-Aufgaben erklärt sich nur daraus, dass die Fachpflege nicht für alle Aufgaben bezahlt wird, sondern weil die Sorge, also Care, die Kernaufgabe des jeweiligen »Unterhaltsverbandes« ist und bleibt.

Die Fachpflegekraft steuert den Pflegeprozess

Erweitert auf ein modernes Verständnis von Pflege übernimmt die in der häuslichen Versorgung tätige Fachpflegekraft ganz wesentlich die Planung, Aushandlung und Steuerung des Pflegeprozesses. Ein solches aus der häuslichen Versorgungssituation entwickeltes Rollenkonzept und Aufgabenprofil der Fachpflege lässt sich weniger auf den klinischen, dafür in jedem Fall auf den Bereich kollektiver Versorgungsformen in Wohngruppen oder Heimen übertragen. Auch hier lässt sich der Kern professionellen Pflegehandelns auf die Steuerung des Pflegeprozesses beziehen und auf die Übernahme von anspruchsvollen handwerklichen Tätigkeiten. Pflegewissenschaftlich ist die Differenzierung zwischen Grund- und Behandlungspflege überrkommen. Aus sozialrechtlicher Perspektive wären jedoch die Steuerung des Pflegeprozesses und die Übernahme der anspruchsvollen handwerklichen Tätigkeiten der Behandlungspflege zuzuordnen.

Das Caring, im Sinne der Sorge für das Wohlergehen eines Menschen, obliegt im häuslichen Bereich zunächst einmal den Angehörigen und anderen für die betroffene Person bedeutsamen Menschen, die Verantwortung (Sorge) für ihn tragen. Die Verantwortung für das Caring in diesem Sinne gehört nicht zu den Kernaufgaben der professionellen Pflege, ihr Blick auf das Caring allerdings schon. Bisweilen liegt die Care-Verantwortung auch in

Das Caring obliegt im häuslichen Bereich zunächst einmal den Angehörigen und anderen für die betroffene Person bedeutsamen Menschen, die Verantwortung (Sorge) für ihn tragen.

den Händen anderer Professionen, beispielsweise der Sozialen Arbeit, wenn es im Wesentlichen um die Bewältigung komplexer sozialer Krisensituationen geht.

Die Sorge gehört keinesfalls allein in den Verantwortungsbereich der Pflege. Deutlich wird aber auch, dass gerade in der Langzeitpflege Cure immer eingebunden ist in die ganze, die Person einbeziehende Interaktion, und Caring für das Wohlbefin-

den eines Menschen in einer schwierigen, durch Krankheit oder Pflegebedürftigkeit geprägten Lebenssituation steht.

Notwendigkeit der Konzentration der Aufgabenbereiche

Angesichts der knappen Ressource Fachkräfte (ob in Medizin, Pflege oder Sozialarbeit) wird man in Zukunft auf den aufgaben- und kompetenzbezogenen Einsatz von Fachkräften der Pflege achten müssen. Die Vorstellung, Fachkräfte aus der Pflege seien vorrangig oder ausschließlich für die gesamte Sorge der auf Pflege angewiesenen Menschen zuständig, ist nicht nur unrealistisch und nicht finanzierbar. Eine solche Vorstellung entspricht auch nicht einem aufeinander abgestimmten Verständnis von Professionen, die die Sorgefähigkeit des Einzelnen, von Familien, von Lebens- und Wohngemeinschaften in ihrer jeweiligen Lebensweise und Kultur stützen sollen.

Das Füreinander-Sorgen ist und bleibt eine zentrale Äußerung menschlicher Solidarität in wie auch immer gearteten Formen des Zusammenlebens und Unterhaltsverbänden. Die Unterscheidung von Care und Cure (als Arbeitsbegriffe) leitet sich also zum einen aus einem konsequenten Anknüpfen an häusliche Versorgungssituationen von auf Pflege angewiesenen Menschen her. Hier haben Fachpflegekräfte in der Regel nur eine Unterstützungsfunktion. Sie leitet sich auch aus dem Respekt vor der Lebenswelt eines Menschen ab, die in ihrer eigenen Wirklichkeit geachtet werden will und in ihrer Selbstsorgefähigkeit zu stärken ist.

Die Unterscheidung von Care und Cure macht ebenso deutlich, inwieweit das Sorgetragen mit und ohne sogenannter Pflegebedürftigkeit in den Aufgabenbereich von Pflegefachkräften fällt; auch andere Berufsgruppen tragen dazu bei, wie etwa die Hauswirtschaft oder die Soziale Arbeit – und vor allem informelle Helfer und Ehrenamtliche. Schließlich verdeutlicht die Unterscheidung zwischen Care und Cure die knappe Ressource qualifizierter Fachkräfte in der Pflege im Zusammenhang mit der Notwendigkeit, die Gesundheitsberufe neu zu ordnen und in den ihnen übertragenen Funktionen und zugeordneten Kompetenzen durchlässiger zu machen.

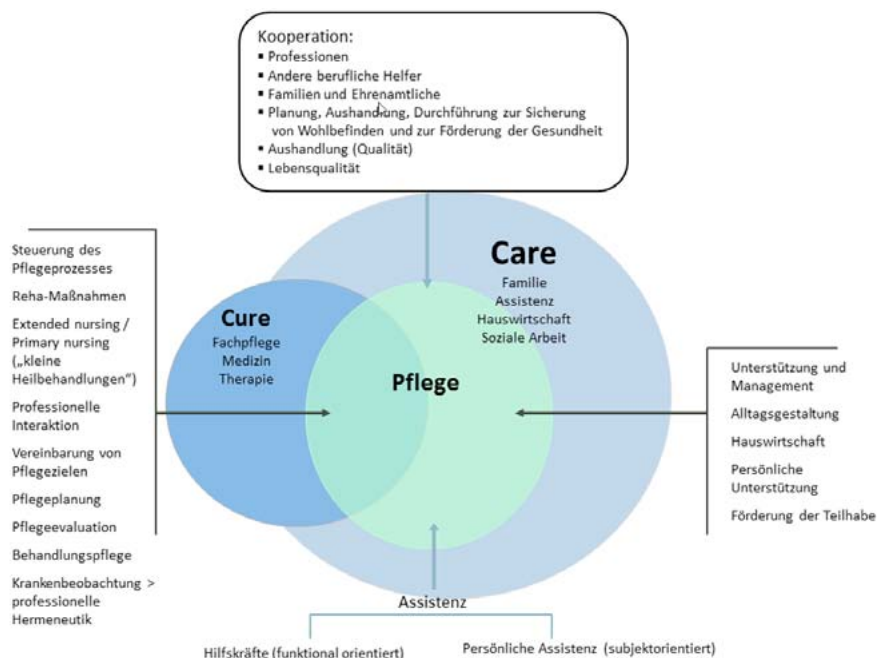
Die Vorstellung, Fachkräfte aus der Pflege seien vorrangig oder ausschließlich für die gesamte Sorge der auf Pflege angewiesenen Menschen zuständig, ist unrealistisch und nicht finanzierbar.

Fazit

Die für die politische Diskussion gewählte Unterscheidung von Care und Cure dient u.a. einer besseren Strukturierung des Aufgaben- und Verantwortungsfeldes in der Langzeitpflege, der Gewinnung von Rollenklarheit und Aufgabendifferenzierung zwischen unterschiedlichen Professionen, Berufsgruppen sowie Ehrenamtlichen und informellen Helfern. Der Fachpflege wird in diesem Zusammenhang zentrale Steuerungs- und Verantwortungsaufgaben zugeordnet. Dabei trägt sie Mitverantwortung für das Care, für die Sorge um das Wohlbefinden, für den gelingenden Alltag und die Bewirtschaftung des Lebens. In der pflegewissenschaftlichen Literatur heißt es: »The essence of nursing is care«. Dieser Satz ist ein Schlüsselsatz zur Bestimmung des Verhältnisses von Care und Cure.

Die Unterscheidung von Care und Cure dient einer besseren Strukturierung des Aufgaben- und Verantwortungsfeldes.

Das folgende Schaubild soll die Unterscheidung von Care und Cure noch einmal veranschaulichen.



» Literatur beim Verfasser

Krankheit – Krise und Chance?

Kranksein wird verständlicherweise als Krise angesehen. Immer wieder erreichen uns auf globaler aber auch auf nationaler Ebene erschütternde Nachrichten von schweren Epidemien oder Berichte über multiresistente Keime in Kliniken, die Leid für die Betroffenen verursachen. Auch die moderne Medizin und Pharmazie ist nicht in der Lage, jede Krankheit in den Griff zu bekommen. Es scheint fast so, als sei die Krankheit etwas, das sich nicht dem Bedürfnis nach Gesundheit und Aktivität des Menschen beugen möchte. Sie gehört zum Leben dazu.

Medizinischer Fortschritt und Krankheit

Der medizinische Fortschritt ist in vielerlei Hinsicht ein Gewinn für die Menschheit, und nach wie vor gibt es viele offene Forschungsbereiche, in denen nach Ursachen und Therapiemethoden gesucht wird, um Krankheiten zu heilen oder zumindest erträglicher zu machen. Wer möchte schon krank sein oder Schmerzen haben? Gleichwohl kann der Wunsch nach Heilung oder Beseitigung eines Schmerzes nicht immer erfüllt werden. Auch Zeiten der Krise und des Verlusts von Selbstbestimmung gehören zum menschlichen Leben dazu. Angesichts der eingangs beschriebenen Herausforderungen für die Medizin geraten die Erfahrungen vorübergehender Krankheiten, das Altwerden des Menschen und seine Pflegebedürftigkeit schnell aus dem Blick. Sie machen deutlich, dass es im Leben jedes Menschen immer Phasen der Krankheit und des Angewiesen-Seins auf andere Menschen gibt. Diese Phasen möchten wir nach Möglichkeit vermeiden, doch vielleicht liegt in ihnen auch ein Potenzial.

Als ich das letzte Mal an einem Virus erkrankt war, habe ich mir gewünscht, dass die unerwünschten Begleiterscheinungen bald abnehmen mögen. Und ich war froh, dass bald ein entsprechendes Medikament zur Hand war, und ich be-



Dr. Jonas Pavelka beschäftigt sich gerade mit dem Thema ärztliche Beihilfe zum Suizid und bereitet Veranstaltungen für die Einführung in die Theologische Ethik vor.

reits einige Tage später wieder dem Beruf und den gewohnten Aktivitäten des Alltags nachgehen konnte. Doch zwischen Tee, Zwieback und Medikamenten kamen mir auch einige Gedanken in den Sinn.

Durch eine Krankheit kann man in ganz grundsätzlicher Weise auf sich zurückgeworfen werden. Sie kann zu einer Erfahrung werden, durch die man sensibel wird für die Fragen des Lebens, denen man sich im oft betriebsamen Alltag nicht stellt. Was ist wirklich wichtig? Worauf kommt es an? Gönne ich dem Leben auch Pausen? Darüber hinaus kann eine Krankheit den persönlichen Blick auf andere kranke Menschen verändern. Solidarität und Mitleid können wachsen und der erkrankte Mensch nimmt plötzlich auch stärker die Menschen wahr, denen es nicht so gut geht im Leben – die pflegebedürftigen, die an Leib und Seele kranken und die schwachen Menschen. Durch eine Krankheit scheint es einfacher, die Perspektive anderer Menschen einzunehmen und Mitgefühl zu entwickeln.

Denkanstöße zum Umgang mit Krankheit

Das Christentum hat zum Umgang mit dem Thema Schmerz und Krankheit für heutige Verhältnisse zugegebenermaßen manchmal schwer nachvollziehbare Orientierungshilfen entwickelt. Angesichts schwerster Verletzungen und Schmerzen wirkt es zynisch, die Annahme von Leid spirituell zu deuten, wie es vereinzelt noch in Gesprächen mit älteren Menschen deutlich wird. Menschen mit schweren körperlichen oder psychischen Leiden sollten nicht durch falsche religiöse Imperative dazu bewogen werden, unnötig Schmerzen auszuhalten. Wo eine »Spiritualisierung des Schmerzes« überhand nimmt, sollte deutlich darauf hingewiesen werden, dass Menschen die Möglichkeiten der modernen Medizin (das gilt auch besonders mit Blick auf das Ende des Lebens in den Bereichen der Palliativmedizin und der Hospizarbeit) wahrnehmen, damit sie Schmerzen nicht über Gebühr ertragen müssen.

Einen Gedankenanstoß zum Umgang mit Leid und Schmerz bietet ein Gebet, das Jesus in dem Moment spricht, in dem er die Durchführung der Todesstrafe als Folge seiner Verurteilung erwartet. Der Evangelist Matthäus berichtet, wie Jesus mit

dem ringt, was ihn nun erwarten wird und zu seinem Vater spricht: »Herr, wenn Du willst, dann lass diesen Kelch an mir vorübergehen, aber nicht mein sondern dein Wille geschehe!«(Mt. 26,39) Er wählt sich das Leid nicht freiwillig aus. Doch er fügt sich in das Geschehen. Warum? Ich glaube, dass der Schlüssel, um dieses Verhalten nachvollziehen zu können, in der Eigenart der Liebe liegt. Liebe ist nicht dergestalt, dass sie laut auf ihr Recht pocht. Liebe erduldet und erträgt vieles. Ein liebender Mensch erweist sich auch angesichts von Schwierigkeiten als solidarisch und treu zu dem Geliebten oder zu seinem Auftrag. Auch Jesus bleibt seinem Auftrag treu, den Menschen über das irdische Leben hinaus einen Weg des freien und in der Liebe reif gewordenen Miteinanders zu verkünden und vorzuleben. Der liebende Mensch sagt: Dein Wille geschehe!

Diese Haltung kann sowohl für den erkrankten als auch für den helfenden Menschen eine Orientierung bieten. Ein erkrankter Mensch, der geliebt wird, sieht sich nicht allein mit seinem Leiden. Er kann besser in die Umstände einer nicht zu vermeidenden Krankheit einwilligen, ohne zu verbittern, wenn er Trost und Anteilnahme erfährt. Das Leid eines Menschen kann, so wie es jemand trägt, auch würdevoll sein.

Der liebende Mensch, der einen kranken Menschen pflegt oder begleitet, erreicht in der liebenden Zuwendung möglicherweise die Haltung, in der er sagen kann, dass nicht der eigene Wille, sondern der des Bedürftigen im Vordergrund steht. Es entsteht dann eine innere Bewegung, ein Ausgerichtet-Sein auf einen anderen Menschen, die mich von mir weg auf einen anderen bewegt. Der Bedürftige kann Menschen aus ihrer Selbstbezogenheit herausholen. Er wird einem Helfenden zum Anspruch, aber auch zur Chance, aus sich herauszutreten. Vielleicht kann man in diesem Sinne so weit gehen und sagen, dass gar nicht mehr eindeutig ist, wer der Bedürftige ist.

Indem sich ein Mensch auf einen anderen Menschen hin öffnet, geschieht Begegnung, die das Leben erst wertvoll macht. Die Sicht auf die Beziehung eines helfenden und eines bedürftigen Menschen nimmt die Krankheit ernst, schaut aber auch über sie hinaus. Es ist nicht das Unvollendete, das Zerbrechliche und Kranke, was in den Blick gerät, sondern das Wertvolle eines Menschen und sein Anspruch an mich, der mir aus der Erfahrung des Schmerzes heraus zur Aufgabe, aber auch zur Gabe werden kann.

Care-Ethik in der klinischen Praxis

Trotz eines seit mehr als 20 Jahren andauernden, insbesondere von Ethikexperten vorangetriebenen, Autonomiediskurses im Gesundheitswesen artikulieren Ärztinnen und Ärzte in der klinischen Praxis den Anspruch, so gut und lückenlos wie möglich für Patientinnen und Patienten zu *sorgen*, beziehungsweise trotz institutioneller und ökonomischer Zwänge *sorgen zu wollen*. Das gleiche gilt allgemein für die Pflegeberufe sowie für KlinikseelsorgerInnen.

Obwohl nach wie vor in ethischen Debatten das Prinzipienmodell (Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit) nach Beauchamps und Childress als Mittel der Wahl zur Lösung ethischer Konflikte dominiert, ist aktuell ein Diskurs um Sorge und Fürsorge entfacht. Theoretischen Anschluss finden Fragen der Sorge und Fürsorge an internationale Ansätze zu Care-Ethiken aber bereits seit den 1980er Jahren.

Ethik in der klinischen Praxis

Die Anwendung und Entwicklung von Instrumenten (Ethische Fallbesprechungen, Klinische Ethikkomitees) zum Umgang mit ethischen Fragen in der klinischen Praxis seit Mitte der 1990er Jahre in deutschen Krankenhäusern fällt in Zeiten von steigenden Rationierungs- und Umstrukturierungsprozessen im Gesundheitswesen. Was das Feld der klinischen Praxis angeht, so ist beispielsweise die Einführung des Abrechnungsverfahrens zu nennen: die sogenannten *Diagnosis Related Groups* (DRGs). Darüber hinaus beeindruckten allein sprachlich Steigerungsformen von Qualitätsmanagementinstrumenten, wie *Total Quality*



Prof. Dr. Helen Kohlen legt Wert auf eine systematische Neu- und Weiterentwicklung theoretischer Grundlagen in der Pflegewissenschaft, nicht zuletzt durch eine interdisziplinäre Anbindung. Sie beschäftigt sich u.a. mit Umbrüchen in der Hospizbewegung und den Transformationen von Palliative Care.

Management. Diese suggerieren ein Versprechen von allmächtiger Qualitätskontrolle. Hier wird das originär durch Fürsorge und Vertrauen gekennzeichnete Arzt-Patient-Verhältnis zunehmend durch utilitaristische Denkmodelle und ökonomische Kalküle bestimmt.

Einen besseren Umgang mit diesen Veränderungen, die tief in die Beziehungs- und Gesprächsstrukturen von Kliniken und Heimen eingreifen, erhofft man sich von Instrumenten und Verfahren der Klinischen Ethik. Dies gilt unter anderem auch für die Arbeit Klinischer Ethikkomitees, die seit vielen Jahren durch Feld- und Aktionsforschung in Deutschland – z. B. auch vor dem Hintergrund US-amerikanischer Ursprünge und Vergleichen mit Norwegen und Kanada – untersucht werden (Kohlen).

Das originär durch Fürsorge und Vertrauen gekennzeichnete Arzt-Patient-Verhältnis wird zunehmend durch utilitaristische Denkmodelle bestimmt.

Es zeigt sich, dass das Prinzipienmodell nach Beauchamps und Childress (2001) bei der Analyse von ethischen Konflikten in der klinischen Praxis dominiert und insbesondere das Prinzip der Autonomie eine Vorrangstellung einnimmt. Geht es bei Gesprächen in den Komitees um ethische Entscheidungen, dann gemäß der Feldforschung von Patricia Flynn: »singen die Komiteemitglieder das Prinzip der Autonomie wie ein Refrain im Chor«.

Von seinen Wurzeln her ist das pflegerische und ärztliche Ethos allerdings ein Care- Ethos der (Für-)Sorge. Das heilkundliche Ethos findet ihren Grund in der *conditio humana* mit der Perspektive, dass das menschliche Leben in Beziehung dem eigenständigen Leben vorausgeht. Insbesondere Kinder, hilfsbedürftige, kranke und alte Menschen sind auf Zuwendung angewiesen. Im hippokratischen Eid finden sich bereits zwei der vier Prinzipien der modernen Prinzipienethik, nämlich »Wohltun« und »Nicht-Schaden«, Autonomie hingegen kommt nicht vor. Das Prinzipienmodell geht von einer Person aus, die selbstständig und rational, auch im Sterben, über sich entscheidet. *Separat* zur Geschichte der Bio- und Medizinethik und dem favorisierten Modell der Prinzipienethik wurden in den 1990er Jahren theoretische Ansätze einer Care-Praxis-Ethik entwickelt.

Das heilkundliche Ethos findet ihren Grund in der conditio humana mit der Perspektive, dass das menschliche Leben in Beziehung dem eigenständigen Leben vorausgeht.

Care als Praxis-Ethik

Als weiter Begriff umfasst Care Emotion, Haltung und Tätigkeit. In der Philosophie und in den Sozialwissenschaften werden vor allem feministische Ansätze einer Care-Ethik diskutiert (Conradi 2003, Eckart 2000, Kumbruck, Senghaas-Knobloch 2006; Kohlen, Kumbruck 2008, Kohlen 2009). In diesen wissenschaftlichen Diskursen hat sich ein Verständnis von Care als Arbeit und Care als Praxis durchgesetzt. Wenn auch unklar ist, wer den Begriff »ethics of care« geprägt hat, so lässt er sich bezeichnenderweise zuerst in den frühen sozialwissenschaftlichen Kritiken von Carol Gilligans Studien (1988) verorten.

Eine Konzeptionalisierung von *Care als Praxis* unterscheidet sich von einer Konzeptionalisierung als Prinzip oder Emotion. Care als eine Praxis zu fassen beinhaltet, dass Überlegungen mit konkreten Handlungen einhergehen: Gedanken und Handlungen stehen in einer Wechselbeziehung und sind auf bestimmte Ziele gerichtet (Tronto 1994: 108).

Zur Differenzierung von Care als Praxis, haben Joan Tronto und Berenice Fisher (1990) verschiedene Phasen beschrieben. Als ein fortlaufender Prozess setzt sich Care aus vier in wechselseitiger Abhängigkeit stehenden Dimensionen zusammen, die analytisch getrennt werden können:

- *Caring about* setzt zunächst voraus, dass ein Bedürfnis bzw. ein Bedarf wahrgenommen wird;
- *Caring for* bedeutet, Verantwortung zu übernehmen;
- *Care-giving* besteht in der Umsetzung bestimmter Aktivität zur Befriedung von Bedürfnissen;
- *Care-receiving* bedeutet, auf die Care-Leistungen zu reagieren.

Diesen vier Dimensionen von Care ordnet Tronto vier ethische Elemente zu. In der ersten Phase ist *Achtsamkeit* gefordert, nämlich überhaupt Bedürfnisse und Bedürftigkeit zu erkennen. Die zweite Dimension macht die Frage notwendig, ob die Pflegeperson in der Lage ist, die *Verantwortung* für die pflegerischen Aktivitäten zu übernehmen, oder ob Unterstützung nötig ist. Die dritte Dimension der Umsetzung

von Pflegehandlungen basiert auf *Kompetenz*. Tronto betont, dass fürsorgliche Aktivitäten nicht von Kompetenz zu trennen sind. Schließlich spricht Tronto bei einem Einbezug der Reaktion auf Fürsorgeleistungen vom ethischen Element der *Resonanz* (Tronto 1994: 127).

Selbst wenn diese Dimensionen als Abläufe von Phasen idealerweise reibungslos miteinander verbunden sein können, in der Realität sind *Konflikte* innerhalb jeder dieser Phasen sowie zwischen ihnen wahrscheinlich. Eine Thematisierung der Konflikte ist deshalb zur Annäherung an eine ideale fürsorgliche Praxis unumgänglich.

Anknüpfend an die Ideen von Tronto betont Elisabeth Conradi (2003) in ihrem Verständnis von Care als Praxis den Aspekt der *Bezogenheit* ebenso wie *sorgende Aktivitäten*. In Bezug auf *asymmetrische Beziehungen*, die in Medizin und Pflege eher die Regel als die Ausnahme bilden, ist ein achtsamer Umgang mit den Dynamiken der Macht gefordert.

In Bezug auf asymmetrische Beziehungen, die in Medizin und Pflege eher die Regel als die Ausnahme bilden, ist ein achtsamer Umgang mit den Dynamiken der Macht gefordert.

Fazit

Die Akteure der medizinischen und pflegerischen Praxis stehen vor der Herausforderung, ihre im Berufsethos verankerten Überzeugungen zu verteidigen: Dies nicht nur gegenüber einer weiter zunehmenden Ökonomisierung im Gesundheitswesen, sondern auch gegenüber einer damit verbundenen Denklogik und (ethischen) Verfahrenstechniken zur Lösung von Konflikten. Care-Ethiken können dann überzeugen, wenn sie sich auf konkrete Praktiken beziehen, oder anders formuliert: Fehlt eine Sprache der Fürsorge, um einzelne fürsorgliche Aktivitäten zu beschreiben, dann besteht die Gefahr, dass sie als Berufspraktiken einschließlich notwendiger Bedingungen wie ausreichend Räume und Zeit, nicht repräsentiert, sondern ignoriert werden, einschließlich ihrer Konflikte.

Fehlt eine Sprache der Fürsorge, um einzelne fürsorgliche Aktivitäten zu beschreiben, dann besteht die Gefahr, dass die als Berufspraktiken ignoriert werden.

» Literatur bei der Verfasserin

Die Geschichte von Frau Peters – Care-ethische Überlegungen

Im Rahmen eines Workshops reflektierten MitarbeiterInnen aus dem Feld der Altenpflege die Fallgeschichte von Frau Peters. Einige Ergebnisse und Fragen der lebhaften Diskussion möchten wir aufgreifen, um die Perspektive der Care-Ethik zu veranschaulichen.

Frau Peters

»Die 86-jährige Frau Peters lebt seit vier Jahren in einem Pflegeheim. Nachdem sie vor zwölf Jahren ihren Mann verloren hatte, zog sie zu ihrer einzigen Tochter, die ledig ist. Mit zunehmender Demenz übernahm diese die gesetzliche Betreuung. Als der Pflegeaufwand zu groß wurde, musste die Tochter einen Heimplatz suchen [...]. [Dort] besucht [sie] ihre Mutter so oft wie möglich. Frau Peters ist zunehmend verwirrt [...]. Seit vier Monaten ist Frau Peters überwiegend bettlägerig und nimmt kaum noch Nahrung zu sich. Die Pflegenden im Heim bemühen sich, ihr Nahrung und Flüssigkeit zu reichen, doch sie lehnt dies immer häufiger ab oder verschluckt sich schnell. In Absprache mit dem Arzt des Pflegeheims wird Frau Peters ins Krankenhaus eingewiesen. Dort soll [...] eine Ernährungssonde (PEG-Sonde) gelegt werden.

Der Pflegedienstleiter (PDL) des Heims [...] drang [...] auf diese Behandlung: Nachdem im Hochsommer 2003 in vielen Pflegeheimen ältere Menschen überdurchschnittlich häufig verstorben waren, hatte die Staatsanwaltschaft diese Todesfälle untersucht. Der Vorwurf lautete: mangelnde Versorgung mit Flüssigkeit. Obwohl kein einziger Fall [...] zu einer Anzeige führte, sieht sich das

Seit vier Monaten ist Frau Peters überwiegend bettlägerig und nimmt kaum noch Nahrung zu sich.

Heimplatz suchen [...]. [Dort] besucht [sie] ihre Mutter so oft wie möglich. Frau Peters ist zunehmend verwirrt [...]. Seit vier Monaten ist Frau Peters überwiegend bettlägerig und nimmt kaum noch Nahrung zu sich. Die Pflegenden im Heim bemühen sich, ihr Nahrung und Flüssigkeit zu reichen, doch sie lehnt dies immer häufiger ab oder verschluckt sich schnell. In Absprache



Manfred Baumann arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Philosophisch-Theologischen Hochschule in Vallendar und bietet Fallberatung aus care-ethischer Perspektive und Ethik-Cafés in Einrichtungen des Gesundheitswesens an.



Prof. Dr. Helen Kohlen legt Wert auf eine systematische Neu- und Weiterentwicklung theoretischer Grundlagen in der Pflegewissenschaft, nicht zuletzt durch eine interdisziplinäre Anbindung. Sie beschäftigt sich u.a. mit Umbrüchen in der Hospizbewegung und den Transformationen von Palliative Care.

Pflegeheim gezwungen, in Fällen möglicher Mangelversorgung die Anlage einer PEG-Sonde einzufordern, um strafrechtliche Folgen zu vermeiden. Den Ärzten in der Klinik ist zunehmend unwohl. In den letzten Wochen wurden vermehrt Patienten mit der Bitte, eine PEG-Sonde zu legen, eingeliefert. Sie sind [...] unsicher in der Beurteilung, ob der Erkrankungszustand von Frau Peters diese Behandlung tatsächlich erfordert oder ob der Wunsch nicht vielmehr mit dem Mangel an Pflegepersonal im Altenheim zusammenhängt.«¹

Obwohl kein einziger Fall zu einer Anzeige führte, sieht sich das Pflegeheim gezwungen, in Fällen möglicher Mangelversorgung die Anlage einer PEG-Sonde einzufordern.

¹ AG Pflege und Ethik in der AEM (Hrsg.) (2010), Pflégiothek. Essen und Trinken im Alter – mehr als Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Berlin, 11f.

Achtsamkeit (Caring about)

Im Spannungsfeld der Sorge um das Wohl nichteinwilligungsfähiger BewohnerInnen zwischen mutmaßlicher Willensäußerung einerseits und medizinischer Indikation andererseits ist die Frage der medizinischen Indikation bei Frau Peters unsicher. Die Frage nach ihrem mutmaßlichen Willen ist in der oben beschriebenen Geschichte nicht gestellt und die Frage nach ihrem Wohl nur aus rechtlicher Perspektive beantwortet.

Nach dem Willen von Frau Peters zu fragen, heißt aus Care-ethischer Perspektive nicht über Frau Peters, sondern mit ihr zu sprechen. Mit ihr zu sprechen bedeutet, sich von ihr ansprechen zu lassen, wach zu sein für ihre Situation und achtsam zu sein im Umgang mit ihr. In der Situation, in der Frau Peters nicht mehr für sich selbst sprechen, ihren Willen nicht mehr selbstverantwortlich äußern kann, sind wir eingeladen, das Gespräch unsererseits nicht zu beenden, sondern in verantwortungsvoller Beziehung bei ihr zu bleiben. Das tun wir, indem wir ihre Wünsche, ihre Bedürfnisse und ihre Vorstellungen für ihr eigenes Leben hörbar machen. Die vermeintlich Unhörbare hörbar zu machen, ist verantwortlich-fürsorgliche (Care-)Praxis.

Was entdeckten die TeilnehmerInnen des Workshops in der Fallgeschichte? Sie identifizierten Angst und Unsicherheit als leitende Motive der Handelnden und fragten dann, um wessen Wohl es hier eigentlich gehe. Um das Wohl der Ärzte, die sich zunehmend unwohl fühlen, oder das des PDL, der aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen handelt? Das Wohl der Toch-

Die vermeintlich Unhörbare hörbar zu machen, ist verantwortlich-fürsorgliche (Care-) Praxis.

ter, die die gesetzliche Betreuung innehat? Das der Pflegenden, die mit ihrem fürsorglichen Handeln an Grenzen stoßen? Oder das Wohl von Frau Peters, nach dem nicht gefragt wurde? Die Sorge um das Wohl aller Beteiligten steht auf dem Spiel. Die vermeintlichen Handlungsmächtigen scheinen ohnmächtig, die nicht hörbare Frau Peters bleibt stumm.

Sorge für und um das Wohl des Anderen (Caring for)

Dem Wohl von Frau Peters können wir uns lediglich mutmaßend annähern. Wir sind dabei auf alle unsere Sinne angewiesen und auf eine unausgesprochene Übereinkunft darüber, was für uns »Wohl« bedeutet. Care-ethisch betrachte ich den Menschen als einen grundsätzlich bedürftigen, in seiner Abhängigkeit auf Sorge angewiesenen Menschen. Das begründet meine Verantwortlichkeit für den Anderen. Dem Wohl können wir uns also nur in der Verbundenheit mit dem Anderen nähern. Frage ich nach dem Wohl von Frau Peters, bin ich offen gegenüber ihren Werten und achte sie. Es sind ihre Interessen, Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen, die im Vordergrund stehen. Diese gilt es offenzulegen. Was nehme ich im Kontakt mit Frau Peters wahr? Sprechend, sie berührend – als Angehörige oder mich beruflich um sie Sorgende?

Care-ethisch betrachte ich den Menschen als einen grundsätzlich bedürftigen, in seiner Abhängigkeit auf Sorge angewiesenen Menschen.

In Beziehung bleiben und Verantwortung übernehmen? (Care-giving)

Aus Care-ethischer Perspektive fragen wir, wer für was verantwortlich ist. Wir decken Verantwortlichkeiten auf und stärken diese. Wie können alle Verantwortlichen zum Wohle von Frau Peters eingebunden werden, unter Achtung des Wohls aller Beteiligten? Indem ich die Sorgenden in ihrer Sorge ernstnehme und mit ihnen in Beziehung bleibe: Die Sorge der Tochter für das Wohl ihrer Mutter ist verbunden mit der Sorge für das Wohl der Tochter, der ebenso aufmerksam und achtsam ein Raum bereitet wird, in dem sie über die Werte und Vorstellungen ihrer Mutter sprechen kann; die Sorge der Pflegenden für

das Wohl von Frau Peters, denen Achtsamkeit und Aufmerksamkeit geschenkt wird, wenn sie von ihren Wahrnehmungen bei der Pflege von Frau Peters berichten können, und dadurch nicht allein gelassen werden; die Sorge des Hausarztes und der Klinikärzte für das Wohl der Patientin und die Sorge für die Ärzte selbst, die die Verantwortung für die Indikationsstellung tragen, die sich beim Legen einer Sonde bei Frau Peters unwohl fühlen.

Auf Sorge reagieren (Care-receiving)

Es geht um den Blick fürs Ganze. – Das Wohl des ganzen Menschen, sein leibliches, sein psychisches und sein spirituelles Wohl in seinem sozialen Eingebundensein stehen im Vordergrund. Das Wohl von Frau Peters, die ausgeliefert ist an unser Wohlwollen, aus dem heraus im Rahmen einer Sorgebeziehung Verantwortung entsteht. Das Wohl all der anderen Beteiligten, deren Wohl im Sorgen für Frau Peters gefährdet ist. Dass der Blick fürs Ganze, wo er wahrgenommen wird, auch ernst genommen wird, gilt es zu sichern durch Schaffen von ethischen Strukturen und einer gemeinsamen Sprache. Entscheidungsfindungs- und Reflexionsmodelle dienen nicht der eigenen Absicherung, sondern der Rückversicherung, an alles gedacht zu haben. Wir übernehmen die strukturelle Verantwortung dafür, dass nichts vergessen wird. Das ist verwirklichte Sorge für die für die Sorge Verantwortlichen (Angehörige, Ärzte, Pflegende) durch die für die Sorgenden Verantwortlichen (Institutionen, Gesellschaft).

Es geht um den Blick fürs Ganze: Das Wohl des ganzen Menschen, sein leibliches, sein psychisches und sein spirituelles Wohl in seinem sozialen Eingebundensein stehen im Vordergrund.

Rezension zu »Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende« von Erhard Weiher

Eine menschenwürdige Begleitung am Krankenbett muss der spirituellen Dimension des Menschen Rechnung tragen. Darzulegen, dass dies der Fall ist und wie eine solche ganzheitliche Sorge erfolgen kann, ist der Anspruch des vorliegenden Buches. Dazu greift der katholische Theologe und Priester Erhard Weiher auf seine jahrzehntelange Erfahrung als Seelsorger am Universitätsklinikum Mainz zurück. Das Buch richtet sich vor allem an die in der Patientenbetreuung Tätigen. Vornehmlich hat es diejenigen im Blick, die keine hauptberuflichen Seelsorger sind.



Erhard Weiher, **Das Geheimnis des Lebens berühren. Spiritualität bei Krankheit, Sterben und Tod. Eine Grammatik für Helfende**, 4. durchgesehene und aktualisierte Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2014, 411 S., 26,90 Euro.

Spirituelle Begleitung am Krankenbett

Im ersten Kapitel (23–82) geht es um eine Klärung der Begriffe Spiritualität und Religion, sowie deren Beziehung zur modernen Medizin. Es ist Weiher's Grundüberzeugung, dass Spiritualität zu jedem Menschen dazugehört. Unter der Zweckrationalität der modernen Medizin ist sie aber aus dem Blick geraten. Spiritualität kennzeichnet Weiher als »jede [...] Erfahrung, bei der sich der Mensch mit dem Geheimnis des Lebens – als heiligem Ge-



Benedikt Schmidt promoviert über den Offenbarungsbegriff und seine Rezeption durch die Moralthologie. Außerdem bietet er Veranstaltungen zur Einführung in die Theologische Ethik an.

Rezension

heimnis – in Verbindung weiß« (29). Sie ist ein innerliches Erleben und etwas Mystisches, das die Normalität des Alltags übersteigt. Sie ist die Grundmelodie des Lebens. Spiritualität überwindet die Eindimensionalität des modernen menschlichen Lebens und weitet den Horizont auf das unendliche Geheimnis.

Spiritualität überwindet die Eindimensionalität des modernen menschlichen Lebens und weitet den Horizont auf das unendliche Geheimnis.

»Geheimnis« wiederum ist der zentrale Begriff des Buches. Es steht für den überrationalen Urgrund des Lebens (45f): »»Geheimnis« ist ein Symbolwort für die innerste Qualität des Menschen und seines Schicksals, aber auch dessen Eingebettetsein in ein Größeres [...], eine ‚Wirklichkeit‘, die in Beziehung kommen und berührt werden will« (49). Es steht zudem für den unergründlichen Sinn von Dasein, Sterben und Tod. Dies ist das Fundament, auf dem das ganze Buch aufruht. Wer das bereits nicht teilen kann, wird auch mit den weiteren Ausführungen wenig anfangen können. Weil Weiher Spiritualität nicht mit Religion gleichsetzt (30), fühlen sich seine Ausführungen allen Patienten verpflichtet, jenseits konfessioneller und religiöser Grenzen. Spirituelle Begleitung ist für jeden Menschen relevant. Über diese allgemeinschliche Dimension hinaus behandelt der Autor anschließend die Möglichkeiten religiöser, insbesondere christlich inspirierter, Begleitung.

Das zweite Kapitel (83–134) ist der Kern des Buches. In ihm geht es darum, wie spirituelle Kommunikation gelingen kann. Unterschieden werden mitmenschliche Begleitung, spirituelle Kommunikation und rituelle Begleitung. Aufgabe der Helfer ist es, die spirituellen Quellen des Patienten zu aktivieren und so dessen Beziehungsgeschichte zum Geheimnis zu würdigen. Insbesondere Rituale können dabei ein hilfreiches Instrument sein. An den drei Formen der Begleitung haben alle Helfer auf unterschiedliche Weise Anteil; eine Grundfähigkeit in spiritueller Begleitung ist in allen Gesundheitsberufen erforderlich.

Aufgabe der Helfer ist es, die spirituellen Quellen des Patienten zu aktivieren und so dessen Beziehungsgeschichte zum Geheimnis zu würdigen.

Im dritten Kapitel (134–195) erläutert Weiher das Profil der Fachseelsorge, das besonders geschulte Fähigkeiten verlangt. Seelsorge muss sich angesichts weltanschaulicher Vielfalt als spiritual care (spirituelle Fürsorge) verstehen, um so auf die spirituellen Bedürfnisse aller Menschen einzugehen (138). Gleichzeitig ist es aber auch ihre Aufgabe, den eigenen religiösen Gottesbezug zu verdeutlichen.

In den folgenden Kapiteln geht es um konkrete Themen der Begleitung, um spirituelle und religiöse Aufgaben, Grenzen und Möglichkeiten. Im Fokus steht der Umgang mit Leid. Dieser erfordert von den Helfenden Fachkompetenz, eine entsprechende Charakterbildung, Mitmenschlichkeit, Kommunikationsfähigkeit und ein Verständnis für das spirituelle Geheimnis (202). Weiher geht auf Phänomene wie Angst, Sinnlosigkeitsempfinden, Scham und Schuldgefühle ein. Abschließend befasst er sich mit dem Lebensende: Sterben, Tod, Trauer und Hoffnung. Er plädiert für einen neuen Umgang mit Sterben, der selbst dort noch Lebensqualität zu ermöglichen sucht.

Weiher plädiert für einen neuen Umgang mit Sterben, der selbst dort noch Lebensqualität zu ermöglichen sucht.

Insgesamt besticht das Buch durch die Bandbreite der angesprochenen Themen und die Tiefgründigkeit der Auseinandersetzung. Dem praktischen Anliegen des Buches entsprechen die vielen Beispiele, konkreten Ratschläge und illustrierenden Schaubilder. Äußerst hilfreich sind auch die thesenartigen Zusammenfassungen, die der Autor zu jedem gedanklichen Abschnitt hinzufügt. Der erfahrungsbasierte Ansatz und die umfassende Darlegung der Thematik erfordern vom Leser allerdings auch Geduld. Die Ausführungen sind oft langatmig und die exkursartigen begrifflichen Erörterungen ufern zum Teil aus. Problematisch ist außerdem, dass trotz langer Ausführungen die zentralen Begriffe wie Spiritualität und Geheimnis letztlich unklar bleiben. Dies liegt vor allem auch daran, dass Weihers Geheimnisbegriff der heutigen Alltagserfahrung nicht ohne weiteres zugänglich ist.

Besonders positiv hervorzuheben ist, dass Weiher von der Situation des Patienten und dessen Wünschen und Bedürfnissen her denkt. Dem von ihm vertretenen ganzheitlichen Menschenbild gelingt es so, die verschiedenen Berufe, seien es Ärzte, Pflegekräfte, oder Seelsorger auf den Dienst am Menschen hin auszurichten. Damit setzt er einen entschiedenen Kontrapunkt gegen ein weit verbreitetes zweckrationales Denken.

Er würdigt die Hilfen und Tröstungen, die eine spirituelle Begleitung erfüllen kann, wenn auch oft am Ende seiner Ausführungen religiösen Deutungen ein ausdrücklich größeres Potential zugemessen wird. Dabei ist ihm zuzustimmen, dass sich jede Form spiritueller bzw. religiöser

Weiher ist zuzustimmen, dass sich jede Form spiritueller bzw. religiöser Begleitung daran messen lassen muss, »was in Krise und Leid letztlich angesichts des Todes heilsam und tragfähig ist«.

Begleitung daran messen lassen muss, »was in Krise und Leid letztlich angesichts des Todes heilsam und tragfähig ist« (26). Die Orientierungsmöglichkeiten, die das hierzu Buch vorschlägt, zeugen von einer umfassenden Erfahrung und Kenntnis des Autors. Zu fragen bleibt, ob es sich um eine praktische Grammatik für alle Helfenden handelt, oder ob es nicht eher ein in seinem Anliegen äußerst lobenswertes Plädoyer für eine umfassendere Patientenbegleitung darstellt, das sich an eine akademisch gebildete Leserschaft richtet, die bereit ist, den spirituell suchenden und bedürftigen Menschen ins Zentrum zu stellen.



LUDWIGSHAFENER ETHISCHE RUNDSCHAU

Impressum

Herausgeber

Heinrich Pesch Haus

Katholische Akademie Rhein-Neckar

vertreten durch

P. Johann Spermann SJ (Direktor)

Frankenthaler Straße 229

67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@hph.kirche.org

Tel.: 0621/5999-0

Schriftleitung

Dr. Jonas Pavelka

E-Mail: pavelka@hph.kirche.org

Tel.: 0621/5999-159

Redaktion

Dipl.-Theol. Johannes Lorenz

Dr. Klaus Klother

Erscheinungsweise

digital mehrmals jährlich, kostenlos

Layout/Design:

wunderlichundweigand – Büro für Gestaltung

Kontakt

Heinrich Pesch Haus

Katholische Akademie Rhein-Neckar

Postfach 21 06 23

67006 Ludwigshafen

Tel.: 0621/5999-0

Fax: 0621/517225

E-Mail: info@hph.kirche.org

Internet: www.heinrich-pesch-haus.de

ISSN 2194-2730



Heinrich Pesch Haus
Katholische Akademie Rhein-Neckar

In Kooperation mit:

