

Sigrid Müller, Stephanie Höllinger,  
Bettina Baldt (Hg.)

## Werte im Beruf

Ethik und Praxis im Gespräch

**STUDIEN DER  
MORALTHEOLOGIE**

NEUE FOLGE

**14**

 **Aschendorff  
Verlag**

Diese Publikation wurde mit Mitteln der Industriellenvereinigung gefördert.

*Bibliographic information published by the Deutsche Nationalbibliothek*

The Deutsche Nationalbibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available in the Internet at <http://dnb.d-nb.de>

ISBN 978-3-402-11949-5

ISBN 978-3-402-11950-1 (E-Book PDF)

DOI <https://doi.org/10.17438/978-3-402-11960-0>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-Derivatives 4.0 (CC BY-NC-ND) which means that the text may be used for non-commercial purposes, provided credit is given to the author. For details go to <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> To create an adaptation, translation, or derivative of the original work and for commercial use, further permission is required.

Creative Commons license terms for re-use do not apply to any content (such as graphs, figures, photos, excerpts, etc.) not original to the Open Access publication and further permission may be required from the rights holder.

© 2020 Sigrid Müller and the contributors.

A publication by Aschendorff Verlag GmbH & Co. KG, Münster

This book is part of the Aschendorff Verlag Open Access program.

[www.aschendorff-buchverlag.de](http://www.aschendorff-buchverlag.de)

# WERTE IN DER GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGE

*Ulrich H. J. Körtner*

**Keywords:** values in nursing, dignity, respect, empathy, professional ethics

## 1. Ethik in der Pflege<sup>1</sup>

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

Um Gegenstand und Aufgabe der Pflegeethik genauer bestimmen zu können, ist zunächst der Begriff der Pflege zu klären. Silvia Kühne-Ponesch definiert Pflege als „eine Praxisdisziplin“, deren Aufgabe es ist, „einzelne Menschen und Gruppen von Menschen verschiedenen Geschlechts, Alters und kultureller Prägung in ihrer Gesundheit zu fördern und zu beraten, sie während einer Krankheit im Genesungsprozess zu unterstützen oder, in chronischen nicht heilbaren Stadien, Wohlbefinden zu ermöglichen und Schmerzen zu lindern“<sup>3</sup>. Es handelt sich um „eine Disziplin, bestehend aus Elementen der Forschung, der Philosophie, der Praxis und der Theorie.“<sup>4</sup> Sie entwickelt sich international immer mehr von einer erfahrungsbezogenen zu einer wissenschaftsbasierten Disziplin.<sup>5</sup>

1 Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung ‚Werte im Beruf. ExpertInnen aus Theorie und Praxis im Dialog‘ an der Katholisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien, 24.04.2018. Das Korreferat hat die diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester Anneliese Gottwald, Pflegedienstleiterin der Johanniter-Unfall-Hilfe Wien, gehalten.

2 Vgl. Ulrich H. J. KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, Wien <sup>3</sup>2017.

3 Silvia KÜHNE-PONESCH, Modelle und Theorien in der Pflege, Wien 2004, 11.

4 Ebd. 14.

5 Vgl. Hanna MAYER, Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen, Wien <sup>3</sup>2003.

Zudem ist freilich zwischen einem engeren und einem weiteren Begriff der Pflege zu unterscheiden. Der weitere Begriff bezieht sich auf Pflege als allgemeine menschliche Fähigkeit, Bedingungen für das Überleben oder Wohlbefinden von Menschen zu sichern (care/caring). Der engere Begriff bezeichnet Pflege als Beruf bzw. als professionelles Handeln (nursing). Pflegeethik im Sinne von ‚nursing ethics‘ setzt den engeren Begriff der Pflege voraus. Entsprechend der verschiedenen Handlungsfelder der Pflege reflektiert Pflegeethik im Einzelnen ethische Probleme in Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

Die Pflegeethik ist nicht nur eine Professionsethik, sondern gehört auch zu den sogenannten Bereichsethiken. Weitere Beispiele für Bereichsethiken sind Wirtschaftsethik, Rechtsethik, Politische Ethik, Medienethik und natürlich auch die Medizin- und Bioethik. Zwischen Pflegeethik und anderen Bereichsethiken besteht eine Reihe von Verbindungen und Schnittstellen.<sup>6</sup> Ethik in der Pflegepraxis überschneidet sich nicht nur mit Ethik in der Medizin, sondern auch mit Ethik in der sozialen Arbeit. Ethik im Pflegemanagement hat gemeinsame Schnittmengen mit Wirtschaftsethik, Sozialethik und Politischer Ethik. Ethik in der Pflegepädagogik steht im Austausch mit einer allgemeinen Pädagogischen Ethik. Ethik in der Pflegewissenschaft ist ein Teilbereich von Wissenschaftsethik und Forschungsethik.

## 2. Moralische Werte

In öffentlichen Debatten wie auch in Unternehmensleitbildern wird heute oft von Werten, Wertebewusstsein und Werteerziehung gesprochen, jedoch in einer ungenauen Art und Weise. Beim Begriff des moralischen Wertes handelt es sich um einen relativ jungen Terminus. Auch sollte uns bewusst sein, dass der Wertbegriff in ethischen Zusammenhängen nicht unproblematisch ist.<sup>7</sup> Werte sind geschichtlich bedingt und wandelbar. Werte werden gesetzt. Werte – und zwar auch moralische Werte – können im Kurs steigen oder fallen. Wer wertet, wertet auf oder ab. Auch kann – frei nach Nietzsche – eine Umwertung von Werten stattfinden. Was bislang als gut galt, erscheint mit einem Mal als schlecht. Moralische Werte und selbst die Menschenwürde stellen keine objektive Realität dar, sondern ‚institutionelle Tatsachen‘ (Axel W. Bauer). „Ihre grundsätzlich gegebene Interpretierbarkeit macht sie anfällig für Funktionalisierung, sie erlaubt jedoch auch einer Gesellschaft, sich aus konkretisierbaren Motiven und Erfahrungen heraus für oder

6 Vgl. Reinhard LAY, Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung, Hannover <sup>2</sup>2012, 46 ff.

7 Vgl. Ulrich H. J. KÖRTNER, Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin, Göttingen 2007, 52 ff.

gegen eine bestimmte inhaltliche Füllung zu entscheiden.“<sup>8</sup> Aber das ist eine Frage des gesellschaftlichen Konsenses und nicht einer metaphysischen Wertordnung.

Hinsichtlich der Kultur einer Organisation oder eines Unternehmens – also beispielsweise einer Pflegeeinrichtung oder eines Krankenhauses – können wir mit Günther Schanz drei Ebenen unterscheiden: Artefakte, Werte und Grundannahmen. Als ‚Artefakte‘ bezeichnet Schanz „die sichtbaren, für außerhalb der Kulturgemeinschaft Stehende allerdings nicht ohne weiteres dechiffrierbaren Ausprägungen der Unternehmenskultur, gewissermaßen deren Oberfläche also.“<sup>9</sup> Dazu gehören beispielsweise Rituale, seien es religiöse oder auch nicht-religiöse Rituale. Bei ‚Werten‘ handelt es sich um Kulturmerkmale, die teils sichtbar, teils aber auch verborgen dem Handeln und Verhalten zugrunde liegen. „Sie bestimmen beispielsweise darüber, wie die Unternehmensrealität wahrgenommen und welchen Prioritäten gefolgt wird, beziehen sich auf das Verständnis von Richtig oder Falsch oder fungieren als moralische Anker.“<sup>10</sup> ‚Grundannahmen‘ bilden hingegen die Kernsubstanz einer Organisations- oder Unternehmenskultur. Man könnte, so Schanz, auch von einer Art Weltanschauung sprechen. Auch wenn sich Grundannahmen nicht immer streng gegen Werte abgrenzen lassen, sind hier jene Grundannahmen gemeint, die in den Bereich des Nichtverhandelbaren gehören und „als unbewusst wirksame Verhaltensrichtschnur“<sup>11</sup> fungieren.

Moralische Werte und die Berufung auf sie bergen allerdings ein nicht geringes Konfliktpotential. „Werte“, so warnt der Philosoph Krzysztof Michalski, „verbinden nicht, Werte trennen“<sup>12</sup>. Wie schon von Max Weber zu lernen ist, hat die Rhetorik der Werte die „Benutzung der ‚Ethik‘ als Mittel des ‚Rechthabens‘“ zur Folge.<sup>13</sup> Die Berufung auf Werte führt außerdem, wie Michalski zeigt, immer zur Abgrenzung gegenüber irgendwelchen ‚anderen‘, die aus der eigenen Gemeinschaft ausgeschlossen werden; „erst durch diese Ausschließung wird eine bestimmte, wird jede menschliche Gemeinschaft zu dem, was sie ist, bekommt sie ihren spezifischen Charakter.“<sup>14</sup> Wie in allen sonstigen Berufen und Lebensbereichen ist es auch in der Pflege wichtig, sich die grundsätzliche Ambiguität von Werten bewusst zu machen. Nur unter diesem Vorbehalt möchte ich im Folgenden über Würde, Respekt

8 Ortrun RIHA, Aktuelle Probleme der Medizin- und Bioethik, in: Theologische Literaturzeitung 127 (2002) 715–728, 728.

9 Günther SCHANZ, Unternehmen als Wertegemeinschaften, in: Reiner ANSELM/Jan HERMELINK (Hg.), Der Dritte Weg auf dem Prüfstand. Theologische, rechtliche und ethische Perspektiven des Ideals der Dienstgemeinschaft in der Diakonie. 6. Kästorfer Management-Symposium, Göttingen 2006, 129–142, 133.

10 Ebd.

11 Ebd.

12 Krzysztof MICHALSKI, Politik und Werte, in: Transit. Europäische Revue 21 (2001) 208–218, 216.

13 Max WEBER, Politik als Beruf. Studienausgabe, Tübingen 1994, 77.

14 MICHALSKI, Politik und Werte, 211.

und Mitgefühl als Werte oder Tugenden in der Gesundheits- und Krankenpflege sprechen. Ich diskutiere die drei Begriffe nicht nur als allgemeine Prinzipien der Pflegeethik, sondern widme mich auch der Frage, inwieweit die pflegerische Praxis und die ihr zugrunde liegenden Haltungen durch Würde, Respekt und Mitgefühl geprägt werden und wie sich die Wertschätzung dieser drei Größen auf die Gestaltung von organisatorischen Strukturen und Prozessen innerhalb der Organisation sowie auf Bildungsprozesse und Pflegeforschung insgesamt auswirkt.

### 3. Würde, Respekt und Mitgefühl: Werte, Pflichten, Tugenden

Wie problematisch der Wertbegriff in moralischen Zusammenhängen sein kann, zeigt sich gerade am Begriff der Würde, genauer gesagt am Begriff der Menschenwürde. Ich werde im Folgenden noch genauer darauf eingehen, dass wir zwischen einem allgemeinen Würdebegriff und Menschenwürde deutlich unterscheiden müssen. Das hat, wie noch zu zeigen sein wird, für die pflegerische Praxis Konsequenzen. Zunächst aber möchte ich auf den Unterschied zwischen Wert und Würde aufmerksam machen. Wenn Menschenwürde ein Wert wäre wie andere Werte auch, hinge die Würde eines Menschen davon ab, ob andere ihm diesen Wert zu- oder absprechen. Tatsächlich gibt es Positionen, die davon ausgehen, dass ein Mensch nicht automatisch Menschen- oder Personwürde besitzt, sondern nur sofern er bestimmte intellektuelle Eigenschaften wie Selbstbewusstsein, Erinnerungsvermögen und einen eigenen Willen aufweist. Die ethische Position des Utilitarismus etwa orientiert sich nicht grundlegend am Begriff der Menschenwürde, sondern am Begriff des Interesses. Die Frage lautet also nicht, ob der Mensch eine unverlierbare Würde hat und daher in jeder denkbaren Situation ethisch als moralische Person zu achten ist, sondern ob ein Mensch (noch) Interessen besitzt, die in einem ethischen Kalkül aller vorhandenen oder widerstreitenden Interessen zu berücksichtigen sind. Auch gibt es Positionen, wonach ein Mensch seine Würde durch eigene Schuld verlieren kann. In dieser Weise hat sich z. B. die Russisch-Orthodoxe Kirche zu den Menschenrechten geäußert.<sup>15</sup> Dass alle Menschen eine unverlierbare Würde und in Verbindung mit dieser unveräußerliche Rechte besitzen, einfach deshalb, weil sie Menschen sind, wird in Frage gestellt.

Es ist der Philosoph Immanuel Kant gewesen, der das moderne Verständnis von Menschenwürde geprägt und zugleich zwischen Wert und Würde unterschieden hat. Genauer gesagt unterscheidet er zwischen Preis und Würde und attestiert letzterer einen absoluten Wert. Ein ‚absoluter‘ Wert aber hebt den Wertbegriff im Grunde auf, handelt es sich doch notabene nicht um den relativ höchsten Wert

15 Vgl. Stefan TOBLER, Menschenrechte als kirchentrennender Faktor? Die Debatte um das russisch-orthodoxe Positionspapier von 2008, in: Zeitschrift für Theologie und Kirche 107 (2010) 325–347.

im Vergleich zu anderen, sondern um einen Wert, der – und das meint doch das Wort ‚absolut‘ – gar nicht mit anderen verglichen werden kann. Absoluten Wert hat nach Kant alles, was einen Zweck an sich selbst hat, also um seiner selbst willen existiert und zu achten ist. Kant schreibt: „Im Reich der Zwecke hat alles entweder einen Preis oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes als Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.“<sup>16</sup> Genau das aber gilt nach Kant vom Menschen als einem vernunftbegabten, moralfähigen und zur Selbstbestimmung bestimmten Wesen. Dass jeder Mensch eine unverlierbare Würde hat, besagt, dass er nicht gegen andere ausgetauscht oder aufgewogen werden kann, dass er nicht zum bloßen Objekt degradiert oder für fremde Zwecke instrumentalisiert werden darf. Daher lautet Kants kategorischer, d. h. immer und unter allen Umständen zu befolgender Imperativ: „Handle so, daß du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst.“<sup>17</sup> Pflegekräfte sind, um es konkret zu machen, einmalige Personen, ausgestattet mit Würde und Individualität, sie sind niemals bloße Arbeitskräfte oder bloßes Humankapital. Patientinnen und Patienten sind Menschen und nicht ein Gut, wie es der Ausdruck ‚Patientengut‘ insinuiert.

Ist der Begriff des Wertes also mit Blick auf die Würde des Menschen problematisch, so ist er auch irreführend, wenn Respekt und Mitgefühl als Werte bezeichnet werden. Die ethische Tradition unterscheidet zwischen moralischen Gütern, Pflichten und Tugenden. ‚Menschenwürde‘ wäre nach dieser traditionellen Einteilung ein ‚Gut‘ – modern gesprochen ein ‚Wert‘, wenn man nicht den Wertbegriff in diesem Zusammenhang überhaupt in Frage stellen will, wie wir es aus den genannten Gründen getan haben. Aber man könnte z. B. die Freiheit oder das Recht auf Selbstbestimmung wie überhaupt die Menschenrechte als ein moralisches Gut bezeichnen. ‚Respekt‘ oder ‚Achtung‘ ist kein Wert, sondern, klassisch gesprochen, eine ‚Pflicht‘, eine ethische Forderung also, während ‚Mitgefühl‘ oder ‚Empathie‘ nach traditioneller Begrifflichkeit eine ‚Tugend‘ ist. Fragen wir nun im Einzelnen nach der genauen Bedeutung der Begriffe Menschenwürde, Respekt und Mitgefühl. Dabei werde ich das Hauptgewicht auf den Begriff der Menschenwürde und seine Bedeutung für die Pflege legen.

#### 4. Menschenwürde und Autonomie

Wie ich schon eingangs sagte, ist zwischen einem allgemeinen Begriff von Würde und der Menschenwürde zu unterscheiden. Jemand oder etwas, das Würde hat,

16 Immanuel KANT, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, in: DERS., Werke in sechs Bänden, hg. von Wilhelm WEISCHDEL, Bd. 4, Darmstadt <sup>5</sup>1983, 68.

17 KANT, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 61.

wird dadurch gegenüber anderen Personen oder Dingen ausgezeichnet. Wir sprechen z. B. von der Würde eines Amtes. Wenn wir uns etwa in einer Versammlung erheben, wenn der Bundespräsident den Saal betritt, gilt unser Respekt in erster Linie nicht der Person, sondern dem Amt, das die Person verkörpert. Ebenso sprechen wir von der Würde des Gerichts, die dadurch geachtet wird, dass man sich im Gerichtssaal respektvoll benimmt. Zuwiderhandlungen können geahndet werden. Auch von der Würde des Parlaments ist bisweilen die Rede. Gemeint ist damit nicht die Person- oder Menschenwürde der einzelnen Abgeordneten, sondern die Würde der Institution bzw. des staatlichen Organs. Feudale oder Klassengesellschaften sind in verschiedene Stände oder Klassen unterteilt, die unterschiedliche Würde haben. Adelige Personen galten in früheren Zeiten als Personen von hohem Stand, denen eine andere gesellschaftliche Würde zuerkannt wurde als einfachen Bauern oder Handwerkern, von Knechten und Mägden ganz zu schweigen. Amtsinhaberinnen und Amtsinhaber werden gelegentlich noch heute als Würdenträgerinnen bzw. Würdenträger bezeichnet und Geistliche mit Hochwürden angeredet. Nach wie vor gibt es Exzellenzen und Eminenzen, die auf Festversammlungen selbstverständlich als Erste begrüßt werden. Die mit dem Stand, dem sozialen Rang oder einem Amt verbundene Würde markiert einerseits einen Unterschied zwischen den Menschen und sie kann andererseits verloren gehen, sei es, weil man ein Amt abgibt, sei es, dass man sich der eigenen Stellung nicht als würdig erwiesen hat.

Verglichen mit diesem Begriff von Würde hat der Begriff der Menschenwürde einen zutiefst demokratischen Grundzug. ‚Alle‘ Menschen, so heißt es in der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, sind gleich an Würde und Rechten geboren. Vor Gott und vor dem weltlichen Gesetz sind alle Menschen gleich. In der Sprache der Bibel: Vor Gott gilt kein Ansehen der Person (Apg 10,34). Der neutestamentliche Jakobusbrief kritisiert daher scharf, wenn in einer Gemeinde Rangunterschiede gemacht und etwa reichen Gemeindemitgliedern größere Achtung als armen entgegengebracht wird (Jak 2,1–9). Sie alle sind Gottes Ebenbild. In säkularer Sprache ausgedrückt: Die Menschenwürde kommt einem Menschen zu, einfach weil er ein Mensch ist. Sie kann weder erworben noch verloren werden. Es handelt sich um eine angeborene und unverlierbare Würde.

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

telbar zusammen. An oberster Stelle steht unter den Menschenrechten das Recht auf Leben, weiters das Recht auf Gesundheit, aber auch das Recht auf eine selbstbestimmte Lebensführung und Privatheit. Aus den Menschenrechten leiten sich wiederum Patientenrechte ab, die ebenfalls für alle Patientinnen und Patienten gelten, unabhängig von sozialer Herkunft, Hautfarbe, Geschlecht oder Religion. Sie besteht auch in allen Phasen des Lebens, von der Geburt bis zum Tod, unabhängig von der körperlichen oder geistigen Verfassung eines Menschen. Nach christlichem Verständnis besitzt sie auch schon das Ungeborene.

Über die Bedeutung der Menschenwürde für die Begründung medizinischen und pflegerischen Handelns wird in der Medizin- und Pflegeethik derzeit intensiv, aber auch höchst kontrovers diskutiert. Inwiefern Menschenrechtsargumente eine ausreichende Basis für ethische Entscheidungen (z. B. am Lebensende) sind, ist umstritten. Strittig sind auch der Inhalt des Begriffs der Menschenwürde und sein Verhältnis zu den Menschen- und Patientenrechten. Ist Menschenwürde der Inbegriff aller Menschenrechte oder ihre Voraussetzung? Ist jede Verletzung von Menschen- oder Patientenrechten auch schon eine Verletzung der Menschenwürde? Und wie ist Menschenwürde konkret auszulegen? Ein grundlegendes Element der Menschenwürde ist die Selbstbestimmung des Menschen. Doch wie weit reicht sie? Schließt sie z. B. das Recht der Tötung auf Verlangen ein?

Ich möchte in meinem Beitrag weniger auf solche praktischen Fragen als auf die pflegeethischen Grundfragen eingehen, die Begriffe wie Menschenwürde und Selbstbestimmung aufwerfen. Was den inneren Zusammenhang von Menschenwürde und Menschenrechten betrifft, so werden in der philosophischen und juristischen Diskussion unterschiedliche Positionen vertreten.<sup>18</sup> Die Menschenwürde kann als Inbegriff der Menschenrechte verstanden werden, der diese in ihrer Gesamtheit benennt, oder sie wird als Bezeichnung für einen Kernbestand elementarer Menschenrechte wie des Rechts auf Leben, des Rechts auf Selbstbestimmung und des Folterverbots verstanden. Menschenwürde kann als Kriterium für die Auslegung der Menschenrechte begriffen werden, als ein mittleres Axiom oder Prinzip neben anderen oder aber als Letztbegründung der Menschenrechte.

In jedem Fall wird man sagen können, dass der Begriff der Menschenwürde für die Menschenrechte eine integrative Funktion hat. Dass der Mensch eine angeborene und unverlierbare Würde hat, zeigt sich darin, dass er grundlegende

18 Aus der umfangreichen Literatur seien genannt: Volker GERHARDT, *Die angeborene Würde des Menschen. Aufsätze zur Biopolitik*, Berlin 2004; Michael QUANTE, *Menschenwürde und personale Autonomie. Demokratische Werte im Kontext der Lebenswissenschaften*, Hamburg 2010; Peter SCHABER, *Instrumentalisierung und Würde*, Paderborn 2010; Franz Josef WETZ (Hg.), *Texte zur Menschenwürde*, Ditzingen 2011; Heiner BIELEFELDT, *Auslaufmodell Menschenwürde? Warum sie in Frage steht und warum wir sie verteidigen müssen*, Freiburg i. Br. 2011; Avishai MARGALIT, *Politik der Würde: Über Achtung und Verachtung*, Berlin 2012.

Menschenrechte besitzt. Diese wiederum lassen sich zusammenfassend auf den Begriff der Menschenwürde bringen. Es sind im Wesentlichen vier Elemente<sup>19</sup>, die den Kern der Menschenwürde ausmachen: 1. das Recht auf Leben und damit verbunden der Schutz von Leben, körperlicher Unversehrtheit und Gesundheit, 2. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, 3. die Gleichheit aller Menschen und 4. die Voraussetzunglosigkeit der Geltung von Menschenwürde und damit auch ihre Unverlierbarkeit.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass heute im Zusammenhang mit dem Tier- und Naturschutz auch Tieren und Pflanzen eine Würde zugesprochen wird, so z. B. in der Gesetzgebung der Schweiz.<sup>20</sup> Nun ist es an sich zu begrüßen, wenn Tiere nicht mehr als bloße Sachen betrachtet werden und eine kritische Haltung zur Massentierhaltung oder Tierexperimenten eingenommen wird. Die Stärkung von Tierrechten wird aber möglicherweise um den Preis einer Relativierung von Menschenrechten erkaufte, wenn Menschenwürde und Tierwürde lediglich als zwei verschiedene Ausformungen einer Kreaturwürde aufgefasst werden. Im Begriff der Kreaturwürde steckt die biblische Vorstellung von der Natur und allen Lebewesen als Geschöpfen Gottes. Doch macht die biblische Tradition einen Unterschied zwischen Mensch und übriger Schöpfung, wenn sie die Welt als Schöpfung deutet. Dass alle Geschöpfe ihre eigene Würde haben, entspricht zwar dem biblischen Zeugnis. Doch die Würde des Menschen besteht nach jüdischer und christlicher Tradition darin, dass der Mensch zu Gott in einer dialogischen Beziehung steht, die zugleich ein Verantwortungsverhältnis darstellt.

Als solcher, zu dem Gott in einer unverbrüchlichen und die Zeit überdauernden Beziehung stehen will, darf der Mensch im Unterschied zu Pflanzen und Tieren niemals zum Gegenstand von Tauschgeschäften und Wertabwägungen gemacht werden, sondern er hat einen unbedingten Selbstzweck, wie Immanuel Kant es in philosophischer Begriffssprache ausgedrückt hat.<sup>21</sup> Darum geht es auch nach christlicher Überzeugung nicht an, die tatsächlichen oder mutmaßlichen Lebensinteressen von Schwerkranken oder Menschen mit schweren körperlichen oder intellektuellen Behinderungen gegen die Lebensinteressen gesunder Tiere abzuwägen und die Tötung z. B. eines schwerstbehinderten neugeborenen Kindes für ein geringeres Übel als die Tötung eines Menschenaffen zu erachten. Dass es keine ethische Rechtfertigung dafür gibt, Tieren unnötiges Leid zuzufügen, sei deutlich betont. Die christliche Tradition hat die Lebensrechte von Tieren im

19 Vgl. Hartmut KREß, *Ethik der Rechtsordnung. Staat, Grundrechte und Religionen im Licht der Rechtsethik*, Stuttgart 2012, 149.

20 Art. 120 der neuen Bundesverfassung der Schweiz. Kritisch äußert sich dazu Johannes FISCHER, *Sittlichkeit und Rationalität. Zur Kritik der desengagierten Vernunft* (Forum Systematik 38), Stuttgart 2010, 267–272; ebenso KRESS, *Ethik der Rechtsordnung*, 130 f.

21 Vgl. KANT, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 60.

Unterschied etwa zu Hinduismus und Buddhismus lange Zeit vernachlässigt oder sogar missachtet. Doch gibt es keinen ethisch vertretbaren Grund, den Begriff der Menschenwürde abzuschwächen, mit unter Umständen weitreichenden Konsequenzen für die Frage, ob die aktive Tötung schwerkranker Menschen unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt sein könnte.

Nun besteht die Gefahr, den Begriff der Menschenwürde allzu inflationär zu verwenden. Wer ständig die Menschenwürde beschwört, entwertet diesen kostbaren Begriff. Aber es sei auch darauf hingewiesen, dass das Nachdenken über die Menschenwürde das ethische Bewusstsein im medizinischen und pflegerischen Alltag schärfen und Pflegende sowie Ärztinnen und Ärzte für Verletzungen der Menschenwürde sensibilisieren kann. Ausdrücklich sei hervorgehoben, dass Ärztinnen und Ärzte, Pflegende oder Angehörige anderer Gesundheitsberufe in gleicher Weise Anspruch auf die Achtung ihrer Menschenwürde haben wie Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen. Im Blick auf die Patientinnen und Patienten oder die zu pflegenden Menschen ist zu sagen, dass die Achtung vor ihrer Würde bedeutet, sie nicht bloß als Fall zu sehen und sich nur mit ihrer Krankheit oder Behinderung zu befassen, sondern sie als einmalige Person mit ihrer unverwechselbaren Lebensgeschichte wahrzunehmen. Es bedeutet außerdem, ihre Werthaltungen und ihre weltanschaulichen oder religiösen Überzeugungen zu respektieren, auch dann, wenn sie etwa im Blick auf Therapie oder Therapieverzicht Entscheidungen treffen, die von den Überzeugungen der Ärztin bzw. des Arztes oder der Pflegekraft abweichen.

Zum Kern der Menschenwürde wird das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung gerechnet. Wir sprechen auch von der Autonomie. Die Prinzipien der Patientenautonomie und des informed consent beruhen auf dieser Grundannahme. Sie gelten nicht nur für Therapie und Pflege, sondern auch für die medizinische Forschung und die Pflegeforschung. Strittig ist aber in der philosophischen, theologischen und juristischen Diskussion, ob Autonomie und Menschenwürde im Grunde gleichbedeutend sind. Der Verlust der Autonomie kann in diesem Fall als Verlust der Menschenwürde gedeutet werden, was für die Frage, ob und unter welchen Umständen das Leben eines Menschen – z. B. im irreversiblen Wachkoma – beendet werden darf, oder für das Problem des Hirntodes erhebliche Konsequenzen hat. Nun wird in der medizin- und pflegeethischen Diskussion, z. B. um ein selbstbestimmtes Sterben, häufig mit einem sehr verengten Autonomiebegriff argumentiert, der Autonomie mit Selbstbestimmung gleichsetzt. Diese Auffassung herrscht in der Medizin zum Beispiel vor, wenn unter Autonomie die aktuelle Einsichts- und Urteilsfähigkeit sowie die Fähigkeit, seinen Willen zu äußern, verstanden werden. Informed consent – die freiwillige Einwilligung einer Patientin oder eines Patienten in eine Behandlung oder ihre Ablehnung nach eingehender Aufklärung – und Patientenverfügungen sind dann die praktischen Instrumente, um das Selbstbestimmungsrecht auszuüben.

Folgt man Immanuel Kant, so ist allerdings zwischen Selbstbestimmung und Autonomie zu unterscheiden. Kant setzt die Autonomie mit der eigenen Gesetzgebung des Willens gleich, unterscheidet diese aber von der Willkür, die meint tun und lassen zu können, was man wolle. Unter der eigenen Gesetzgebung des Willens versteht Kant die freiwillige und auf Einsicht beruhende Anerkennung eines allgemeinen Sittengesetzes, durch das sich der Mensch ebenso frei wie sittlich gebunden weiß. Nicht jede Form der Selbstbestimmung genügt daher dem Kriterium der sittlichen Vernunft. Im Übrigen kann ein autonomer Mensch selbstbestimmt handeln, muss es aber nicht. Auch ist die Autonomie im Sinne Kants nicht als ein Ausschluss- oder Selektionskriterium zu verstehen, welches es zuließe, z. B. Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen oder bei Verlust ihres Bewusstseins ihr volles Menschsein, ihr Personsein und ihre Würde abzuspochen. So verstanden, besteht auch kein notwendiger Gegensatz zwischen Autonomie und Abhängigkeit, wie sich in gewisser Weise auch in Arzt-Patienten-Beziehungen zeigt. Überhaupt ist das Vorhandensein von Vertrauen eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie sowie für einen erfolgreichen Pflegeprozess. Vertrauen aber, so der Medizinethiker und Theologe Dietrich Rössler, ist akzeptierte Abhängigkeit.<sup>22</sup> Die faktische Abhängigkeit des hilfsbedürftigen Menschen darf freilich nicht zur Entmündigung der Patientin oder des Patienten führen. Das Arzt-Patienten-Verhältnis ist vielmehr so zu gestalten, dass die Selbstbestimmung der Patientin/des Patienten im Rahmen ihrer/seiner akzeptierten Abhängigkeit gestärkt wird. Insoweit ist Patientenautonomie ein sinnvolles Prinzip heutiger Medizin- und Pflegeethik, auch wenn man sich am Begriff der Autonomie in diesem Zusammenhang stoßen mag.

Gegen die Abstraktion eines solipsistischen Autonomieverständnisses wendet sich das Konzept der relationalen Autonomie, das in der feministischen Ethik entwickelt worden ist.<sup>23</sup> Der Mensch ist ein Beziehungswesen, wie besonders die Philosophie des dialogischen Personalismus bewusst gemacht hat. Diese Sicht des Menschen entspricht auch der biblischen Tradition. Ein Ich kann nicht ohne ein Du existieren. Auch die moderne Entwicklungspsychologie und die Psychoanalyse weisen nach, dass das menschliche Selbst in seiner Individualität immer auch ein soziales Selbst ist. Der Begriff der relationalen Autonomie besagt, dass das Selbst

22 Vgl. Dietrich RÖSSLER, *Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen*, München 1977, 46; siehe auch Gunda SCHNEIDER-FLUME, *Leben ist kostbar. Wider die Tyrannei des gelingenden Lebens*, Göttingen 2002, 95.

23 Vgl. Catriona MACKENZIE/Natalie STOLJAR (Hg.), *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*, Oxford 2000. Das Konzept der relationalen Autonomie wurde laut Mackenzie und Stoljar erstmals von Jennifer Nedelsky aus feministischer Sicht formuliert. Vgl. Catriona MACKENZIE/Natalie STOLJAR, *Introduction: Autonomy Refigured*, in: DIES., *Relational Autonomy*, 3–34, 26, Anm. 1.

in seiner Selbstbestimmtheit auf andere verwiesen und angewiesen ist. Das gilt auch für die Bereiche von Medizin und Pflege. „Wenn Autonomie, wie dies in der Bioethik der Fall ist, als elementares Freiheitsrecht zum selbstbestimmten Handeln und somit als normatives Prinzip verstanden wird, so ist diese Einschränkung bzw. Verschränkung der Autonomie mit sozialen Formierungen und Heteronomien genauso zu berücksichtigen wie die Tatsache, dass Autonomie weniger eine Fähigkeit ist als eine reflexive Haltung des Moralsubjekts im Hinblick auf sein Handeln und Sein in der Geschichte.“<sup>24</sup>

Das Konzept der relationalen Autonomie stimmt in der medizinischen und pflegerischen Praxis mit dem Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (shared decision making) überein.<sup>25</sup> Die Patientin/Der Patient trifft in der Regel keine einsamen Entscheidungen, sondern sie/er berät sich mit Menschen ihres/seines Vertrauens, mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ebenso wie mit Angehörigen oder ihr/ihm sonst nahestehenden Personen, vielleicht auch mit einer Psychologin/einem Psychologen oder einer Seelsorgerin/einem Seelsorger. Das Modell der partizipativen Entscheidungsfindung ersetzt den herkömmlichen Begriff der ‚compliance‘ durch die Begriffe ‚adherence‘ und ‚concordance‘.<sup>26</sup> Während compliance traditionell ein paternalistisches Modell der Arzt-Patienten-Beziehung bzw. der Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem unterstellt – die Patientin/der Patient befolgt die Anordnungen der Ärztin/des Arztes oder der Pflegenden – wird der Begriff adherence heute davon abgegrenzt. Adherence setzt concordance voraus, also ein partnerschaftliches Aushandeln zwischen Ärztin/Arzt oder Pflegekraft und Patientin/Patient. Das Modell setzt auf gemeinsame Entscheidungsfindung und Therapiezielvereinbarung. Die WHO definiert adherence als „das Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person, wie die Medikamenten-Einnahme, ein Diät-Regime und/oder eine Lebensstiländerung, mit den mit dem Therapeuten vereinbarten Empfehlungen übereinstimmt.“<sup>27</sup>

Ein abstrakter, solipsistischer Autonomiebegriff nimmt die besondere Hilfs- und Schutzbedürftigkeit von Schwerkranken und Sterbenden nicht wahr. Es ist, philosophisch wie theologisch betrachtet, problematisch, die Würde des Men-

24 Hille HAKER, Narrative Bioethik, in: Adrian HOLDEREGGER/Denis MÜLLER/Beat SIT-TER-LIVER u. a. (Hg.), Theologie und biomedizinische Ethik. Grundlagen und Konkretionen (Studien zur theologischen Ethik 97), Fribourg/Freiburg i. Br. 2002, 227–240, 229.

25 Vgl. Martin BUTZLAFF/Bettina FLOER/Jana ISFORT, „Shared Decision Making“: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag, in: Jan BÖCKEN/Bernard BRAUN/Melanie SCHNEE (Hg.), Gesundheitsmonitor 2003, Gütersloh 2003, 41–55.

26 Vgl. Richard GRAY/Til WYKES/Kevin GOURNAY, From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication, in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 9/3 (2002) 277–284.

27 Eduardo SABATE, WHO Adherence Meeting Report, World Health Organization, Geneva 2001. URL: [www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherencerep.pdf) (22.02.2020).

schen an ein Autonomiekonzept zu binden, das Individualität mit Autarkie und völliger Unabhängigkeit verwechselt und folglich jede Form der Abhängigkeit, der Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit auf andere als narzisstische Kränkung erlebt. Ein solches Autonomieverständnis führt dazu, Leiden und Schwäche grundsätzlich als sinnlos und menschenunwürdig zu betrachten, anstatt Krankheit, Leiden und Sterben als festen Bestandteil des Lebens zu akzeptieren. Solch einem abstrakten Begriff von Autonomie und Selbstbestimmung setzen Farideh Akashe-Böhme und ihr Mann Gernot Böhme den Gedanken der Souveränität entgegen: „Ein Mensch ist souverän, wenn er mit sich etwas geschehen lassen und Abhängigkeiten hinnehmen kann.“<sup>28</sup> Im Unterschied dazu ist ‚Autonomie bis zuletzt‘ nicht selten eine Fiktion. Wohl ist es richtig, das Selbstbestimmungsrecht auch am Lebensende zu achten. Doch selbst eine noch so ausgefeilte Patientenverfügung ändert nichts an dem Umstand, dass die Patientin/der Patient „der verantwortlichen Entscheidung Dritter anheimgegeben ist.“<sup>29</sup> Die deutsche Juristin Margot von Renesse gibt zu bedenken: „Patientenautonomie‘ ist die goldene Seite einer Medaille, deren Nachtseite die schiere Angst ist, dass niemand ‚seines Bruders Hüter‘ sein will.“<sup>30</sup>

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

28 Farideh AKASHE-BÖHME/Gernot BÖHME, *Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen*, München 2005, 62, vgl. auch 85.

29 Margot von RENESSE, *Die Patientenverfügung – „Autonomie bis zuletzt?“*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 49 (2005) 144–146, 146.

30 Ebd.

## 5. Respekt, Achtung und Anerkennung

Wer Menschenwürde besitzt, hat Anspruch auf Achtung und Respekt, Respekt vor der Person wie auch vor ihren Überzeugungen und Entscheidungen. Letztlich geht es bei Respekt um Anerkennung. Existentielle und soziale Konflikte erklären sich nicht allein aus dem Kampf um Selbsterhaltung, sondern auch aus dem Kampf um Anerkennung.<sup>31</sup> Auch in Medizin und Pflege findet täglich ein Kampf um Anerkennung statt. Es geht eben nicht allein um Geld und Macht, sondern auch um Anerkennung und Achtung der eigenen Person, um Wertschätzung der geleisteten Arbeit ebenso wie des Menschen. Nicht nur Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch Pflegendе, Ärztinnen und Ärzte und sonstige Berufsgruppen im Gesundheitswesen kämpfen um Anerkennung, und zwar nicht bloß auf der individuellen Ebene, sondern auch auf der Ebene von Berufsvertretungen und Interessensverbänden.

Wenn ich im Anschluss an Georg Wilhelm Friedrich Hegel und Axel Honneth von einem ‚Kampf‘ um Anerkennung spreche, möchte ich auf die Konfliktpotentiale im klinischen wie im pflegerischen Alltag hinweisen, die sich mit dem schönen Wort Respekt verbinden können. Der Kampf um Anerkennung ist immer auch ein Kampf um Aufmerksamkeit. Ein respektloses Verhalten kann unter Umständen ein Mittel sein, um die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu lenken. Es kann aber auch der Ausdruck von Zynismus sein, der sich im Beruf einschleicht, eine Reaktion auf Arbeitsbedingungen, die Menschen ihrer Ideale berauben und ihnen jede Illusion nehmen. Respektlosigkeit kann eine mehr oder weniger subtile Form der Gewaltausübung darstellen. Und es wäre ein eigenes Thema, über Macht und Ohnmacht, Gewalt und Gegengewalt in Pflege und Medizin zu sprechen.

Ich möchte mich nur auf zwei Gesichtspunkte beschränken, was die moralische Verpflichtung zu Respekt und Achtung in der Pflege betrifft. Zum einen möchte ich die Bedeutung des Leibes für die Person ansprechen, zum anderen den Zusammenhang zwischen Respekt und Selbstachtung.

Was den Leib oder den menschlichen Körper betrifft, so liegt mir an der Feststellung, dass das menschliche Personsein stets an die leibliche Existenz gebunden ist. Menschenwürde kommt der Person des Menschen zu, die raumzeitlich und das heißt leiblich existiert. Eben darum gehört das Recht auf Leben und auf körperliche Unversehrtheit und Gesundheit zum Kern der Menschenwürde. Hegel stellt mit Recht fest, dass die Gewalt, die meinem Körper angetan wird, stets mir selbst angetan wird.<sup>32</sup> Indem Pflegendе oder Ärztinnen und Ärzte mit dem Körper einer Patientin oder eines Patienten umgehen, pflegen sie einen bestimmten

31 Vgl. Axel HONNETH, Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, Frankfurt a. M. 2010.

32 Vgl. Georg Wilhelm Friedrich HEGEL, Grundlinien der Philosophie des Rechts (Werke 7), Frankfurt a. M. 1996, 112.

Umgang mit der Person, die Träger dieses Körpers ist. Insbesondere die Pflege von bewusstlosen Patientinnen und Patienten oder Patientinnen und Patienten im Wachkoma hat sich dessen bewusst zu sein. Körperpflege sowie pflegerische und medizinische Behandlung bedeuten nicht bloß die Versorgung eines menschlichen Organismus, sondern die Sorge um eine Person. Körperkontakte sind eine Form der zwischenmenschlichen Kommunikation. Der Respekt vor dem Menschen und seiner Würde schließt also den respektvollen körperlichen Umgang ein. Diese Pflicht des Respekts reicht über den Tod von Patientinnen und Patienten hinaus. Der respektvolle Umgang mit dem Leichnam ist Ausdruck unseres Respekts gegenüber der Person, die in diesem Körper leibhaftig präsent war und deren Körper die Spuren ihrer Lebens- und Leidensgeschichte an sich trägt.

Der zweite Gesichtspunkt, den ich noch ansprechen möchte, ist der Zusammenhang von Respekt und Selbstachtung. Die Würde des Menschen in der Person des anderen wie in der eigenen Person zu achten, setzt voraus, dass man sich selbst mit Achtung begegnet und achtsam mit sich selbst, seinem eigenen Leben, seinem eigenen Körper und seiner eigenen Gesundheit umgeht. Die Forderung des Respekts ist nur dann ethisch begründet, wenn zugleich die Selbstachtung dessen respektiert wird, von dem Respekt verlangt wird. Kant hat in diesem Zusammenhang von Pflichten gesprochen, die der Mensch gegen sich selbst habe. Die Selbsterhaltung sei eine solche Pflicht, weshalb die Selbsttötung in jedem Falle sittlich verwerflich sei. Nun mag es durchaus Situationen geben, in denen wir an die Selbstachtung eines Menschen appellieren. Aber mit bloßen Appellen allein wird die Selbstachtung eines Menschen, die mit seinem Selbstwertgefühl zusammenhängt, kaum zu mobilisieren und zu fördern sein. Und wer jegliches Selbstwertgefühl verloren hat, wird auch durch den Hinweis auf die vermeintliche Pflicht zur Selbsterhaltung kaum am Suizid zu hindern sein. Wenn wir über die ethische Pflicht des Respekts im Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen nachdenken, sollten wir eben auch die Frage einschließen, wie sich das Selbstwertgefühl von Menschen und ihre Selbstachtung fördern lassen und welche Faktoren Selbstachtung und Selbstwertgefühl schwächen oder gar ernsthaft gefährden.

Ich denke konkret an das Thema der Patientensicherheit.<sup>33</sup> Nachdem lange Zeit über Behandlungsfehler der Mantel des Schweigens gelegt oder im Fall, dass Fehler publik wurden, nach den Schuldigen gesucht und ihre Bestrafung gefordert wurde, setzt nun allmählich ein Umdenken ein. Wenn heute Forderungen nach einer Fehlerkultur im Gesundheitswesen erhoben und auch praktische Konzepte

33 Vgl. Elke HOLZER/Christian THOMECEK/Eugen HAUKE u. a., Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, Wien 2004; Helmut PAULA, Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag, Berlin/New York 2007; Jörg SCHRÖTTNER, Patientensicherheit im Gesundheitswesen, Herzogenrath 2008.

zu ihrer Verwirklichung erprobt werden, steht als eine wesentliche Erkenntnis am Beginn, dass man das Entstehen wie das Vermeiden von Fehlern als Problem der gesamten Organisation einer Klinik oder einer Pflegeeinrichtung betrachten muss; dass es nicht darum geht, einzelne Schuldige ausfindig zu machen und bloßzustellen, sondern darum, wie alle aus Fehlern lernen können, um sie künftig zu vermeiden. Und nicht zuletzt geht es darum, das Selbstwertgefühl und die Selbstachtung einer Person, die nachweislich fehlerhaft gehandelt hat, zu stützen oder auch neu aufzubauen, damit sie weiter als respektiertes Mitglied in einem Team arbeiten kann, statt sie hinauszudrängen oder ins Burnout zu treiben.

## **6. Mitgefühl und Empathie**

Wer anderen helfen will, kann dies wohl kaum ohne Mitgefühl oder Empathie tun. In der klassischen Sprache der Ethik kann man hier von einer Tugend sprechen. Nun ist die Rolle von Gefühlen in der Ethik höchst umstritten. Namentlich Immanuel Kant hat erklärt, dass ein Handeln nur dann moralisch sei, wenn es sich nicht von Gefühlen wie Zu- oder Abneigung, sondern von Vernunftgründen leiten ließe. Im Gegensatz dazu hat Arthur Schopenhauer eine Ethik des Mitleids entworfen und auch in neueren ethischen Entwürfen spielt die Fähigkeit des Mitleids und des Mitgefühls – englisch ‚compassion‘ – eine erhebliche Rolle.<sup>34</sup> Die Rolle von Empfindungen und Gefühlen wird gegenwärtig von Konzeptionen einer narrativen Ethik betont. Die narrative Ethik stellt nicht nur die Bedeutung der Lebensgeschichte moralischer Akteurinnen und Akteure heraus – wir alle sind in Geschichten verstrickt –, sondern sie argumentiert darüber hinaus, dass sich die Erfahrung und Wahrnehmung moralischer Phänomene vornehmlich durch Erzählungen, durch die Schilderung von Einzelsituationen erschließen, die paradigmatische Bedeutung haben oder gewinnen.

Folgt man dem evangelischen Theologen Johannes Fischer, so ist Narrativität ein entscheidender Schlüssel für die moralische Erkenntnis und Urteilsbildung.<sup>35</sup> Fischer zufolge sind es nicht moralische Regeln und Prinzipien, die auf ihre Verallgemeinerungsfähigkeit überprüft werden, sondern Narrative, „mit denen wir in aller Regel in unserem Alltagsverständnis unser Handeln begründen, nämlich indem wir Situationen schildern, die uns zu ihm veranlasst haben.“<sup>36</sup> In solchen Narrativen wie überhaupt für die moralische Erkenntnis spielen nach Fischers Überzeugung Emotionen eine tragende Rolle, deren Bedeutung von Teilen der heutigen Ethik notorisch verkannt werde. Gegen den möglichen Vorwurf des

34 Vgl. Johann Baptist METZ/Lothar KULD/Adolf WEISBROD (Hg.), *Compassion – Weltprogramm des Christentums. Soziale Verantwortung lernen*, Freiburg i. Br./Basel/Wien 2000.

35 Vgl. FISCHER, *Sittlichkeit und Rationalität*, 146 ff.

36 Ebd. 13.

Emotivismus setzt sich Fischer zur Wehr, indem er auf Studien verweist, nach denen es sich bei Emotionen keineswegs nur um Gefühle oder Affekte handelt, sondern um „etwas, das einen kognitiven Gehalt besitzt“<sup>37</sup>.

Fischers Gegenüberstellung von narrativer und argumentativer Begründung sittlichen Verhaltens vermag freilich nicht zu überzeugen. Fischer liefert zwar Beispiele, wie Erzählungen in Alltagssituationen als Rechtfertigung eines bestimmten Verhaltens oder Handelns funktionieren, doch setzen diese Beispiele voraus, dass im Hintergrund moralische Normen und Prinzipien stehen, die von der Erzählerin/dem Erzähler wie von ihren/seinen Adressatinnen und Adressaten anerkannt werden. Wer z. B. sein Fernbleiben vom Arbeitsplatz mit dem Hinweis entschuldigt, sein Vater sei erkrankt und habe dringend Hilfe benötigt<sup>38</sup>, kann doch nur dann mit Verständnis rechnen, wenn grundsätzlich Einigkeit über moralische Pflichten und Regeln der Güterabwägung zwischen persönlicher Not und beruflichen Anforderungen herrscht. Wo dies nicht der Fall ist, werden Narrative zum Anlass für explizite argumentative Auseinandersetzungen. Das ließe sich auch an Beispielen aus dem pflegerischen Alltag studieren.

Was nun konkret die Empathie betrifft, so kann sie in der Tat durch entsprechende Beispielgeschichten und Erfahrungsberichte gefördert werden. Doch ist grundsätzlich zu beachten, dass Empathie für sich genommen keine hinreichende Basis für ein Ethos und eine Ethik der Pflege ist. Man kann aus reinem Mitgefühl das ethisch wie pflegerisch Falsche tun, bis dahin, dass Menschen bereit sind, aus Mitleid zu töten. Man kann vom Mitleid oder Mitgefühl derart überwältigt werden, dass die Distanz, die für professionelles Handeln nötig ist, verloren geht.<sup>39</sup> Es ist also darüber zu diskutieren, wieviel Empathie Pflege als Beruf nicht nur benötigt, sondern auch verträgt. Zur Professionalität der Pflege gehört eine distanzierte Nähe, für die eine emotional gefärbte Zuwendung kein Wert an sich ist. Wer Pflege als Beruf ausübt, muss sich nicht nur in andere Menschen hineinversetzen, sondern sich auch von Patientinnen und Patienten, Angehörigen und sonstigen Personen abgrenzen können, soll es nicht zu einem Helfersyndrom kommen. Mitgefühl ist zweifellos eine Grundbedingung der Fürsorge. Nun gibt es Konzeptionen von Pflegeethik, welche die Fürsorglichkeit bzw. eine Care-Ethik zur theoretischen Basis haben. Es ist aber, wie schon eingangs erwähnt wurde, zwischen einem weiten und einem engen Begriff von Pflege, zwischen Pflege als allgemein menschlichem Verhalten und Pflege als Beruf, oder anders gesagt, zwischen ‚caring‘ und ‚nursing‘ zu unterscheiden.<sup>40</sup> Pflegeethik hat zu klären, wie viel

37 Ebd. 13 f. Fischer stützt sich dabei auf den englischen Philosophen Harold Arthur Prichard, den er gegen die Kritik, ein Emotivist zu sein, in Schutz nimmt.

38 Vgl. ebd.

39 Vgl. auch KÖRTNER, Grundkurs Pflegeethik, 84 f.

40 Vgl. Hans-Ulrich DALLMANN, Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47 (2003) 6–20.

caring das nursing einerseits braucht und andererseits verträgt. Bedenkt man den möglichen Konflikt zwischen Patientenautonomie und Fürsorgeprinzip, so gehört es offenbar zu einer ethisch reflektierten Praxis des nursing, im Einzelfall auf das caring auch verzichten zu können. Zur professionellen Pflege gehört die Fähigkeit zur ethisch begründeten Selbstbegrenzung in der Fürsorge. Dementsprechend will auch die Tugend des Mitgefühls und der Empathie kritisch bedacht und begleitet sein.

## 7. Schlussbemerkung

Ich komme zum Schluss. Das moralische Gut der Menschenwürde, die Pflicht des Respekts und die Tugend des Mitgefühls charakterisieren sicher wesentliche Züge eines pflegerischen Ethos. Sie sind aber um Prinzipien wie Fürsorge und Gerechtigkeit zu ergänzen. Allerdings können die genannten Größen auch in Spannung zueinander treten. Der Respekt vor der Würde und der Autonomie der Patientin/des Patienten kann in Konflikt mit dem Gebot der Fürsorge treten, Mitgefühl oder Empathie wiederum kann in Paternalismus umschlagen, d. h. in Bevormundung und einen manipulativen Umgang mit der Patientin/dem Patienten. Umgekehrt kann die einseitige Betonung der Autonomie dazu führen, dass der Patientin/dem Patienten die gebotene Zuwendung und Hilfe vorenthalten werden. Es gibt Situationen, in denen es ethisch gerechtfertigt ist, einen Menschen vor sich selbst zu schützen, und das nicht nur, wenn möglicherweise Dritte zu Schaden kommen. Allerdings stößt heute ein medizin- und pflegeethisches Ethos, das grundsätzlich davon ausgeht, besser als die Patientin/der Patient zu wissen, was für sie/ihn gut ist, mit Recht auf Ablehnung. Mit dem Prinzip der Gerechtigkeit kann das Fürsorgeprinzip oder die Haltung der Fürsorglichkeit in Konflikt geraten, weil Fürsorge-Beziehungen auf ambivalente Weise mit Parteilichkeit (mit der Patientin/dem Patienten) und Partikularität einhergehen. Mit solchen Spannungen und möglichen Konflikten rational umzugehen, dazu kann die Pflegeethik einen wichtigen Beitrag leisten.

### **Abstract**

*Although the term value has been used very often in public debates and nursing ethics, it has not always been used in a precise manner. The article argues that one needs to differentiate between values, duties, and virtues, which influence ethics and moral decisions in organisations and enterprises. This also seems to be the case in medical and nursing facilities. The author identifies human dignity as basic value of nursing ethics, while autonomy, as a distinctive element of human dignity, is understood on the basis of the concept of relational autonomy. The article discusses the meaning of autonomy in the contexts of nursing and nursing ethics.*