

Konrad Hilpert

Die Verpflichtung zur Solidarität mit dem Kranken – Zur christlichen Ethik des Helfens

Krankheit, anhaltender Schmerz und die damit verbundene Erfahrung, in elementaren Lebensvollzügen beeinträchtigt zu sein, haben zu allen Zeiten nicht nur Hoffnung und Suche nach Heilung provoziert, sondern auch Fragen ausgelöst von der Art: Welche größere Macht steckt „dahinter“? und: „Was hat diese Krankheit zu bedeuten?“ Antworten, die sich von einem religiösen Wirklichkeitsverständnis nahelegten, und Erklärungen, die sowohl von den unmittelbar Betroffenen als auch von den anderen als erschließend und tragfähig empfunden wurden, verdichteten sich zu festen Deutungsmustern, im biblisch-christlichen Glauben nicht anders als in der sonstigen Religionsgeschichte.

1. Der neutestamentliche Perspektivenwechsel

Eines dieser religiösen Deutungsmuster von Krankheit, die in den biblischen Texten nebeneinander und nicht ohne erhebliche Spannungen anzutreffen sind, bringt Krankheit in einen ursächlichen Zusammenhang mit Sünde. Zugrunde liegt dieser Deutung das Postulat eines elementaren Gerechtigkeitsempfindens: Das Gute, das jemand tut, soll ihm auch zum Guten gereichen; entsprechend sollen Bosheit und Vergehen für den Täter Leid nach sich ziehen. Im Umkehrschluß gilt Krankheit für den Kranken selbst wie für seine Umgebung als Zeichen und Ausdruck dafür, daß jemand gesündigt hat.

Kritische
Stellung-
nahme Jesu

Den entscheidenden Angriff auf dieses Schema der Äquivalenz zwischen Krankheit und Sünde führt bereits die theologische Reflexion im Buch Ijob. Von neuem aufgenommen und verstärkt wird er durch Jesus. In der Antwort auf die Frage nach der vorausgehenden Sünde in der Erzählung von der Heilung des blind Geborenen (Joh 9) lehnt Jesus sowohl die Erklärung ab, die Blindheit habe ihren Grund in der Schuld der Eltern, als auch die andere, von einigen rabbinischen Auslegern vertretene, daß der blind Geborene bereits als Kind im Mutterleib gesündigt habe. Diese Korrektur wird noch einmal hinsichtlich der Größenverhältnisse zwischen Sünde und Krankheit verstärkt: Zwischen beidem gibt es keine Proportionalität; erfahrene Krankheit oder Leid ist oft geringer als die Schuld; umgekehrt kommt es vor, daß

Menschen von schlimmen Schicksalen ereilt werden, ohne daß sie etwas Schlimmes verübt hätten (z.B. Lk 13).

Der kritische Vorbehalt in der Stellungnahme Jesu zur Schuld-Interpretation der Krankheit macht diese in zweierlei Hinsicht stumpf: Zum einen verwehrt er die individuelle Zurechenbarkeit durch andere; zum anderen entzieht er jeder Schlußfolgerung von der Art „also brauche ich nicht zu helfen“ die Grundlage. Die Frage, ob zwischen der Krankheit eines Menschen und einem schuldhaften Versagen möglicherweise, vermeintlich oder offensichtlich ein Zusammenhang besteht, darf folglich für die Frage, ob ihm geholfen werden soll, keine Bedeutung haben. Nicht die Schuldlosigkeit des anderen ist das entscheidende Kriterium des Helfens, sondern die Hilfsbedürftigkeit dessen, der in Not geraten ist. Und diese Hilfsbedürftigkeit ist um so größer, je weniger sich jemand selbst aus der Not befreien kann. Einen, der in Not geraten ist, völlig unbeachtet liegen zu lassen, kann nicht gerechtfertigt werden, wie Jesus am Beispiel des Priesters und des Leviten (Lk 10) zeigt. Beide mögen ihre Gründe gehabt haben, vielleicht sogar gute Gründe: die Scheu vor kultischer Unreinheit, die Furcht, sich durch Verweilen selbst in Gefahr zu bringen, die Interpretation des Unglücks des Samariters als Gottes Gericht, der Eindruck, es müsse sich um einen leichtsinnigen Händler handeln, der sich so arg- und schutzlos auf den Weg macht¹ – alles das läßt Jesus offen, weil es ihm für völlig nebensächlich gilt; er läßt nur eines für entscheidend gelten, nämlich das, was dem Überfallenen „konkret zur Linderung und Überwindung seiner Not und Bedürftigkeit hilft, nicht mehr und nicht weniger“².

Dieser Perspektivenwechsel von der Frage „Trägt er/sie nicht selbst schuld an seinem/ihrer Leid?“ zur Frage „Braucht der andere meine Hilfe?“ läßt sich auch in der Konfrontation Jesu mit anderen Nöten beobachten. Selbst bei den leidvollen Situationen, in die sich die Betroffenen nach der Überzeugung der Frommen durch offenkundiges schuldhaftes Verhalten selbst hineinmanövriert haben wie im Falle der Zöllner, der Prostituierten und der öffentlichen Sünder, die unter Verachtung und Isolation leiden, richtet Jesus das Interesse der Zuschauer und der Zuhörer nicht auf die Anklage des sündhaften Verhaltens, sondern auf die Bereitschaft zu helfen. In derselben Weise finden auch die Kranken, die wegen ihrer Krankheit gemieden oder verachtet werden oder wie die Aussätzigen abgesondert leben müssen, Jesu Mitleid und Hilfe.

Ganz im Sinne dieses Perspektivenwechsels kann man sagen: Die primäre Antwort, die Jesus selbst angesichts des kranken oder anderswie

Hilfe statt
Schuld-
vorwurf

Die Praxis
Jesu

¹ Diese Möglichkeiten bei GERSTENBERGER, G./SCHRAGE, W.: Leiden. Stuttgart, 1977 (Bibl. Konfrontationen), S. 226 und 229.

² SCHRAGE, W.: Ethik des Neuen Testaments. Göttingen, 1982 (Grundrisse zum NT 4), S. 79.

verletzten Menschen gibt und zu der er die, die sich in seine Nachfolge begeben haben, herausfordert, ist der Versuch, das Leiden dieses anderen zu beheben oder es mitzutragen. Das Leiden des anderen ist für die anderen nicht Anlaß zur Denunziation noch Rechtfertigung zur Aussonderung aus der Lebensgemeinschaft, sondern zuallererst Grund zur Teilnahme an der Not des anderen und Herausforderung zum Helfen.

Die neue
Logik – das
Liebesgebot

Auf den Punkt gebracht ist diese andere Logik der Solidarität mit dem leidenden Menschen im Liebesgebot. Nach der Auslegung, die dieses Gebot durch die Beispielerzählung vom barmherzigen Samariter findet, ist das Merkmal, das definiert, wer „Nächster“ ist, allein: dessen Bedürftigkeit in meinem Angesicht. Praktisch empfiehlt die Erzählung: „Man soll sich in die Lage des Leidenden versetzen, der auf Hilfe angewiesen ist.“³ Ihre theologische Plausibilität gewinnt diese neue Logik nach Jesus *erstens* durch die Erfahrung des Glaubens, jedem möglichem Verdienst voraus und bedingungslos von Gottes liebender Vatergüte umgriffen zu sein (vgl. etwa die Mt 5,45), und *zweitens* durch das Eingeständnis, daß alle, auch die Hörer der Botschaft, Sünder sind (vgl. etwa die Antithese der Bergpredigt und Mt 7,1 – 5). In der großen Perikope vom Weltgericht (Mt 25, 31ff.) wird später noch ein *dritter*, christologischer Grund hinzugefügt: In den verschiedenen Nöten, unter denen das Kranksein ausdrücklich genannt wird, haben es die Glaubenden im anderen mit dem Weltenrichter zu tun. Dieser wacht gleichsam darüber, daß die Heilsintention Gottes mit dem Menschen nicht an Mangel, Krankheit, Schwäche, Erniedrigung und Isolation zerbricht.

2. Leiblich-materielle Konkretheit als Echtheitskriterium von Nächstenliebe

Ein nahe-
liegendes
Mißver-
ständnis

Unser gewohnter Sprachgebrauch von „Liebe“ und erst recht die Assoziationen, die die Wörter „Mitleid“ und „Erbarmen“ hervorrufen, legen uns nahe, die jesuanische Auffassung von Liebe gegenüber dem Nächsten in Not als Appell zur Gefühlsgemeinschaft zu verstehen. Jeder, der solches konsequent zu praktizieren versucht, merkt freilich schnell, daß er mit der Verpflichtung zur Gefühlsgemeinschaft gegenüber jedem anderen, dem er in Hilfsbedürftigkeit begegnet, schlechthin überfordert wäre. So legt sich als Ausweg nahe, das Gebot der Nächstenliebe auf die innerliche Ebene zu beziehen, die Gesinnung. Dann bedeutet Nächstenliebe etwa soviel wie eine innere Einstellung gegenüber dem anderen, ein Wohlwollen, das sich bewußt hält, daß die vielen Notleidenden oder auch dieser ganz bestimmte Hilfebedürftige letztlich, das bedeutet hier soviel wie: vor Gott – aber eben nicht für das Gefühl – mein Bruder/meine Schwester ist.

³ GERSTENBERGER, E./SCHRAGE, W.: Leiden (Anm. 1), S. 221.

Solche Grundeinstellung, die durch Achtung und Wohlwollen gekennzeichnet ist und über das Bewußtsein zustande kommt, ist viel und sicherlich eine unverzichtbare Basis von Nächstenliebe. Aber sie reicht nicht, um das, was das Neue Testament mit „Nächstenliebe“ im Blick hat, abzudecken. Zur neutestamentlichen Auffassung von Nächstenliebe gehört vielmehr auch das Wohltun. Wohltun ist nicht der Gegensatz zum Wohlwollen, sondern dessen Fortführung und Explikation auf der Ebene des Leiblichen und Dinglichen. Wie die menschliche Not fast immer eine leibliche Dimension hat, so braucht auch das Wohlwollen gegenüber dem Hilfebedürftigen, damit es ihm zugute kommen kann, leiblichen Ausdruck und leibliche Gestalt. Das Tun ist die Form, in der die leibliche Zuwendung am unmittelbarsten geschieht. Natürlich kann auch das Sprechen eine Weise sein, dem Nächsten Gutes zu tun. Doch ist bloßes Sprechen stets gefährdet, kann man doch sprechend Zukünftiges in Aussicht stellen, *ohne* genötigt zu sein, das in Aussicht Gestellte dann auch wirklich zu tun. Insofern erscheint das Tun auch als Kriterium für das Zugesagte und Zugesprochene, nicht bloß als Ausdruck für die innere Gesinnung.

Vom
Wohlwollen
zum Wohltun

Dieser Sachverhalt dürfte der innere Grund dafür sein, daß das Neue Testament, wenn es von der Liebe und vom Erbarmen spricht, auch von ganz handgreiflichen und durchaus materiellen Dingen spricht. Da kann die Rede sein vom zweiten Mantel, den man dem gibt, der keinen hat, da ist viel davon die Rede, daß man jemand zu essen gibt oder von der Ausgabe von Lebensmitteln an Bedürftige, und da ist nicht selten auch die Rede von Geld. Der Leidende – und das gilt eben auch und besonders für den Kranken – benötigt nicht bloß seelsorglichen Trost und Zuspruch – das sicher auch –, sondern leiblich-materiell-konkrete Hilfe. Der als Exempel für Nächstenliebe gezeichnete Samariter hilft dem unter die Räuber Gefallenen ganz real, man möchte fast sagen: irdisch-konkret: Er verbindet seine Wunden, transportiert den Mann ins nächste Gasthaus, übernimmt die Kosten für seine weitere Pflege.

Helfen
konkret

Da und dort gibt es im Neuen Testament wie schon früher bei den Propheten Aussagen, die ausdrücklich einer Verdünnung der Nächstenliebe auf das rein Innerliche oder bloß Verbale widersprechen oder sogar das konkrete Helfen zum Echtheitskriterium der inneren Einstellung und des Gesagten machen. In 2 Kor 8,8 etwa bezeichnet Paulus die Beteiligung an der Kollekte für die in Not geratene Gemeinde von Jerusalem als „Gelegenheit, eure Liebe als echt zu erweisen“. Eine weitere Stelle dieser Art findet sich in 1 Jo 3,17f.: „Wenn jemand Vermögen hat und sein Herz vor dem Bruder verschließt, den er in Not sieht, wie kann die Gottesliebe in ihm bleiben? Meine Kinder, wir wollen nicht mit Wort und Zunge lieben, sondern in *Tat* und Wahrheit.“ Schließlich Jak 2,14–16: „... was nützt es, wenn einer sagt, er habe Glauben, aber es fehlen die Werke? Kann etwa der Glaube ihn retten? Wenn ein Bru-

Biblische
Beispiele

Keine Gottes-
liebe ohne
praktisches
Tun

der oder eine Schwester ohne Kleidung ist und ohne das tägliche Brot und einer von euch zu ihnen sagt: Geht in Frieden (es handelt sich um den jüdischen Abschiedsgruß. Hier ist die Bedeutungsnuance etwa: ‚fromme Sprüche‘), wärmt und sättigt euch!, er gibt ihnen aber nicht, was sie zum Leben brauchen – was nützt das?“ Die theologische Pointe der Gerichtsszene in Mt 25: „Was ihr für einen meiner geringsten Brüder getan habt, das habt ihr mir getan“, in der der Kranke ausdrücklich als *ein* Typus des Geringsten aufgeführt wird, basiert auf demselben, freilich etwas erweiterten Gedanken: Das Bekenntnis zum gütigen Vatergott ist nicht möglich ohne die Konsequenz, das Wissen um das Bruder/Schwestersein des anderen in der Situation der Not im *praktischen Tun* zur Geltung zu bringen. Das reale Helfen gegenüber dem, der krank ist, wie generell gegenüber dem, der sich in einer Notlage befindet, ist keine zweitrangige oder weniger wichtige Form der Liebe etwa im Vergleich zur seelsorglichen Zuwendung, sondern sie ist aus der Sicht des neutestamentlichen Gedankens der Nächstenliebe eine Konsequenz des Glaubens, daß Gott auch um das Heil des anderen besorgt ist.

3. Die Wirkungsgeschichte des Perspektivenwechsels im Blick auf den Umgang mit dem Kranken

In den Zeugnissen der nachneutestamentlichen Zeit⁴ taucht die Fürsorge für die Kranken als *eine* wichtige Gestalt christlichen Glaubensvollzugs neben der Fürsorge für die materiell Hilfsbedürftigen und der Gastfreundschaft schon früh auf. Die Kranken wurden besucht, sie wurden gewaschen, verbunden und gepflegt, es galt auch, durch materielle Zuwendung ihre Verpflegung sicherzustellen. Vor allem dort, wo in der altchristlichen Literatur von der Tätigkeit von Frauen als Diakonissen oder als Mitglieder des Witwenstandes die Rede ist, wird immer wieder auch erwähnt, daß diese Frauen die Kranken der Gemeinde besuchten und sie umsorgten.

Das Neue am
christlichen
Helfen

Sicherlich darf man aus diesen Beschreibungen nicht einfach den Schluß ziehen, die Betreuung und Pflege der Kranken sei eine Erfindung des Christentums. Es gab in der griechisch-römischen Antike Ärzte, und es gab die Pflege des Kranken innerhalb der Familie und teilweise durch die Bediensteten. Was bei den Christen zunächst einmal anders war, war, daß im Kranken der Nächste, der Bruder, auch der andere Christus gesehen wurde; der Dienst an ihm galt als Dienst an Gott. Diese Sicht hatte durchaus beachtliche Konsequenzen. Sie bestanden nicht bloß darin, daß der Dienst und die Pflege am Kranken

⁴ Siehe dazu außer den älteren caritashistorischen Werken neuestens BROX, N.: Diakonie in der frühen Kirche : „Die Erde zum Himmel machen“. In: Concilium 24 (1988), S. 227 – 281.

einen *hohen Stellenwert in der persönlichen Frömmigkeit und im Gemeindeleben* bekamen. Historisch noch viel bedeutsamer dürften vermutlich zwei andere Konsequenzen gewesen sein: Die eine bestand darin, daß man auch die, für die keine Hoffnung auf Genesung mehr bestand, in den Kreis derer einbezog, denen wegen ihres Krankseins ein besonderes Maß an Nächstenliebezukommen sollte. Das ist für uns heute eine Selbstverständlichkeit, aber für den griechisch-römischen Arzt war es genauso selbstverständlich, daß er die *Behandlung unheilbar Kranker* ablehnte. Von Hippokrates etwa ist folgendes Diktum überliefert: „Zuerst werde ich abgrenzen, wofür ich die ärztliche Kunst halte, nämlich (für die Kunst), die Kranken von ihren Leiden gänzlich zu heilen, die Heftigkeit der Krankheit zu mildern und sich von der Behandlung derjenigen (Kranken) fern zu halten, die schon von den Krankheiten überwältigt sind, in der Erkenntnis, daß die ärztliche Kunst nicht dieses alles (zu heilen) vermag“⁵. Die Zuwendung zum Kranken scheint hier vor allem vom Bewußtsein eines spezifischen Wissens und Könnens her entworfen zu sein, während sie im Kontext des christlichen Glaubens stärker vom Bewußtsein der gemeinsamen Gotteskindschaft und der Hilfe in einer Not geprägt ist, bei der Zuspruch und Hilfe durch Trost auch dann noch sinnvoll und hilfreich sind, wenn Heilversuche aussichtslos sind. „Die aufopfernde Pflege und die Tröstung gerade des unheilbar Kranken wurden ebenso wie die Behandlung der Armen zu einem christlichen Gebot.“⁶ Einzelne und spirituelle Gruppen haben diese Praxis selbst dort durchgehalten, wo sie durch die Besonderheiten einer Krankheit in hohem Maße lebensbedrohlich wurde.

Einbeziehung
der unheilbar
Kranken

Diese andere Verwurzelung des Helfens sprengt auch noch an einer zweiten Stelle die zeitgenössischen antiken Gepflogenheiten auf: Während der griechisch-römische Arzt von seinem Berufsethos her seine Fähigkeiten und Dienste nicht demjenigen zukommen lassen mußte, der es nicht bezahlen konnte, *bezog* die Krankenpflegepraxis der Christen gerade *diesen Personenkreis der Armen und Mittellosen ein*. Das heißt noch nicht, daß damit alle Standes- und Klassenunterschiede bei der Behandlung der Kranken einfach weg gewesen wären. Diese blieben vielmehr zunächst unangefochten bestehen; aber man kann eben doch sagen, daß das, was an Krankenfürsorge-Kultur auf christlichen Ideen aufgebaut wurde, gerade den schlechter oder gar nicht versorgten Schichten der Bevölkerung zugute kam, also den Sklaven, dem städtischen Proletariat, später den Leibeigenen und Verarmten. Es steht fest, daß die Praxis der Krankenpflege neben man-

... der Armen
und
Mittellosen

⁵ Zit. nach WESIACK, W.: Arzt und Patient : Wandel ihrer Beziehung in der Geschichte der Medizin. In: WENDT, H./LOACKER, N. (Hrsg.): Kindlers Enzyklopädie : Der Mensch. Bd. III. Zürich, 1983, S. 691 – 716, hier: S. 706.

⁶ Ebd. S. 706.

chem anderen auf sozialem Gebiet einer der Faktoren war, die das Christentum für die Menschen der ausgehenden Antike anziehend machten.⁷

Der Schritt
an die
Öffentlich-
keit

Wie in vielen anderen kirchlichen Handlungsfeldern stellt auch in der Ausbildung der christlichen Krankenfürsorge-Kultur das Mailänder Protokoll von 313 eine wichtige Schwelle dar. Von jetzt an war es nämlich möglich, die Hilfebedürftigen zu betreuen, ohne sich vor den Augen der Öffentlichkeit zu verbergen. Während sich die Pflege bis dahin in den Privathäusern oder allenfalls im Haus des Bischofs abspielen mußte, konnte man nun auch ein ganzes Haus für die Aufnahme von Kranken, Armen und Fremden reservieren oder bauen. Derartige Häuser entstanden zuerst im Osten des Reichs und wurden Xenodocheion (lateinisch hospitium, später auch hospitale) genannt. Viele dieser Xenodochien, die oft von wohlhabenden Laien und Angehörigen des Kaiserhauses gestiftet wurden, sind namentlich bekannt und werden in der frühchristlichen Literatur erwähnt. Ephraem der Syrer etwa richtete um 373 solch ein Xenodocheion während einer Epidemie in den Markthallen von Edessa ein. Am berühmtesten sind die Xenodochien, die Johannes Chrysostomos in Konstantinopel und Basilius in Caesarea errichten ließen. Im Unterschied zu dem, was wir heute als „Krankenhaus“ bezeichnen, standen solche Häuser aber für alle Sorten Hilfebedürftiger offen, also für Arme, gebrechliche Alte, Witwen, Waisen, Findelkinder, ursprünglich besonders für – daher der griechische Name! – reisende Christen. Für heutige Begriffe waren sie meist klein. Die östlichen Mönchsklöster verfügten so gut wie alle über ein Xenodocheion. Das Konzil von Nicaea machte jedem Bischof einer Stadt die Errichtung eines solchen Hauses zur Pflicht. Erst mit einer längeren Verzögerung drangen derartige Unterkunftsstätten für Bedürftige während der folgenden zwei Jahrhunderte auch in den Westen vor, zunächst nach Rom und dann ins fränkische Reich.⁸ Im Mittelalter waren sie weitverbreitet und häufig an den Wallfahrtswegen und -orten angesiedelt.

Mönchtum
als neuer
Träger

Inzwischen gewann das Anliegen, sich um die Kranken zu kümmern, einen neuen, sehr potenten Treuhänder hinzu, nämlich das in der Form der klösterlichen Gemeinschaft organisierte Mönchtum. Die Pflege der Kranken wurde hier zu einem wichtigen und, man kann sa-

⁷ Aufschlußreich ist die in einem Brief des Kaisers Julian enthaltene Anweisung, in den Städten des Reichs Xenodochien (s.u.) zu errichten. Diese Anweisung erscheint als Teil seines Bemühens, den alten römischen Kult wieder einzuführen, und verfolgt ausdrücklich das Ziel, die Anziehungskraft des christlichen Glaubens durch eine konkurrierende Parallelinstitution zu reduzieren. Näheres hierzu bei RAEDER, H.: Kaiser Julian als Philosoph und religiöser Reformator. In: KLEIN R. (Hrsg.): Julian Apostata. Darmstadt, 1978, S. 206 – 221.

⁸ S. dazu HILTBRUNNER, O.: Herberge. In: Reallexikon für Antike und Christentum. Lieferung 108/109, S. 602 – 626, bes. S. 617 – 621.

gen, unverzichtbaren Teil mönchischer Spiritualität. Benedikt verlangt von seinen Brüdern, um die kranken Mitbürger „vor allem und über alles besorgt zu sein. Man diene ihnen so, wie wenn man wirklich Christus dienen würde“⁹. Unter Bezug auf dieselbe biblische Stelle (Mt 25) macht er ihnen in Kap. 53 zur Pflicht: „Alle Gäste, die zum Kloster kommen, werden wie Christus aufgenommen . . . Ganz besondere Aufmerksamkeit zeige man bei der Aufnahme von Armen und Pilgern . . .“ Den Cellerar (d.i. der Wirtschaftsverwalter des Klosters) ermahnt er, sich „der Kranken, Kinder, Gäste und Armen mit besonderer Sorge an(zunehmen) in der festen Überzeugung, daß er am Tage des Gerichtes für alle diese Rechenschaft ablegen muß“.¹⁰ Für Jahrhunderte lag die Ausübung der Krankenpflege in Weiterführung dieser Anweisung fast ausschließlich in der Hand der Klöster. Päpstliche und kaiserliche Erlasse bewirkten einerseits, daß nur Mönche und Nonnen die Xenodochien leiten durften; andererseits sorgten sie dafür, daß die Klöster auch immer über ein Hospital verfügten.

In dieser von den Klöstern verwalteten Krankenfürsorge stand insgesamt stets die Pflege der Kranken im Vordergrund; im Vergleich dazu nahm das Interesse an medizinischem Heilwissen eher einen zweitrangigen Platz ein. Einen Aufschwung erfuhr das medizinische Wissen im Westen erst im Zuge der Begegnung mit der arabischen und der durch diese vermittelten jüdischen Medizin.¹¹ Über die Klosterschulen und einige von den Arabern übernommene medizinische Schulen ging dieses Wissen schließlich in die neu gegründeten Universitäten ein (12. bis 14. Jh.), die fortan die Aufgabe, dieses Heilwissen weiterzuvermitteln, übernahmen. Gleichzeitig zur Ausbildung einer wissenschaftlichen Medizin setzt sich die mit den Klöstern verbundene Krankenpflegekultur fort. Es entstand eine Reihe von neuen geistlichen Gemeinschaften, die den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf die Krankenfürsorge setzen. Von den Orden, die in der benediktinischen Tradition stehen, müssen vor allem die Zisterzienser genannt werden. Im eigentlichen Sinne Krankenpflegeorden waren die Ritterorden. Sie nahmen sich zum Ziel, diejenigen, die nach Jerusalem gepilgert waren, zu betreuen, später dann diejenigen, die sich auf Kreuzfahrt begaben. Mit dieser ursprünglichen Zielsetzung der Ritterorden hängt es zusammen, daß die Johanniter bzw. Malteser noch heute in der Krankenbetreuung wenigstens dem Namen und den Symbolen nach eine wichtige Rolle spielen.

Neues
medizinisches
Wissen

⁹ Die Klosterregel des Hl. Benedikt, cap. 36 (deutsch in: BALTHASAR, H.U.v. [Hrsg.]: Die großen Ordensregeln. 4. Aufl. Einsiedeln, 1980).

¹⁰ Ebd. cap. 31.

¹¹ Einen informativen Überblick über die ganze Entwicklung gibt SEIDLER, E.: Geschichte der Pflege des kranken Menschen. 5. Aufl., Stuttgart, 1980.

Freilich waren die Ritterorden bei weitem nicht die einzigen spirituellen Gemeinschaften im Hochmittelalter, die sich der Pflege von Kranken verschrieben. Andere waren etwa die Alexianer am Niederrhein, deren Niederlassungen zum Teil noch heute bestehen. Daneben gab es eine ganze Reihe ordensähnlicher Pflegeorganisationen, die aus Laien bestanden. Von ihnen sind bekannter die Heiliggeist-Brüder und die Heiliggeist-Schwester (die Spitäler waren im Mittelalter fast alle dem Hl. Geist – der Hl. Geist ist ja auch der Geist der Liebe! – geweiht), der sogenannte Dritte Orden der großen Bettelorden, deren Wirken für die Kranken ja durch Namen wie Elisabeth von Thüringen und Katharina von Siena repräsentiert wird; schließlich sind hier die Beginen zu nennen, unverheiratete oder verwitwete Frauen, die selbständig blieben, aber eine lockere Gemeinschaftsordnung hatten und den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit auf die Krankenfürsorge legten.

Schwerpunkt
Kranken-
pflege

Für diese gesamte Kultur christlich geprägter Sorge um die Kranken gilt, daß der Akzent im Umgang mit dem Kranken auf der praktischen Krankenpflege lag. Es ging vor allem um die Versorgung und die Betreuung des konkret Kranken, nicht so sehr und nicht in erster Linie darum, die optimalen Heilungschancen zu nutzen. Selbstverständlich spielten auch bei den Pflegemaßnahmen die überkommenen Regeln einer gesunden Lebensführung eine Rolle, was etwa das Essen, den Rhythmus von Wachen und Schlafen, das Baden, die Anwendung von Kräutern und Säften, das Aderlassen und ähnliches mehr betraf. Aber eine medizinische Betreuung im eigentlichen Sinne war eher die Ausnahme; „an den Hospitälern, die von den Pflegegemeinschaften versorgt wurden, waren die Ärzte in keinem festen Anstellungsverhältnis, sondern wurden für viele Jahrhunderte nur im Bedarfsfalle zur Konsultation herangezogen.“¹² Die an den Universitäten betriebene Medizin und die Krankenpflege verliefen in ihrer Entwicklung weitgehend eigenständig nebeneinander her.

Ansteckende
Krankheiten

Daß der Akzent so stark auf die Pflege gesetzt wurde, hat neben den religiösen Gründen auch pragmatische. Einer der wichtigsten unter diesen war die Bedrohung durch die ansteckenden Krankheiten. Schon seit dem 6. Jahrhundert entstanden neben den Xenodochien in den Städten und den Hospitälern der Klöster da und dort Leprosorien; dabei handelte es sich um Häuser außerhalb der Städte, in denen ansteckend Kranke leben konnten und versorgt wurden. Der Begriff Lepra freilich war damals noch nicht auf die heute unter diesem Namen bekannte Krankheit eingengt, sondern umfaßte wie im Neuen Testament auch alle möglichen Krankheiten, die mit Hautausschlägen verbunden waren. Ein besonderes Problem unter den ansteckenden Krankheiten stellte die Pest dar, die 1348 zum ersten Mal ausbrach und in nur wenigen Jahren 25 Millionen Menschen (rund ein Viertel der

¹² Ebd. S. 97.

Gesamtbevölkerung Europas) wegraffte. Auch diese Bedrohung bewirkte neben hygienischen Bemühungen eine Stärkung der Pflegekultur.

Neuen Aufschwung nahm das Pflegewesen dann nach der Reformation. Während die Pflege der Kranken in den protestantischen Gemeinden als ein wichtiger Dienst der Gemeinde galt, bekam die Krankenpflege im katholischen Bereich eine bedeutendere Stellung und spezifische Ausprägung durch die religiösen Gemeinschaften, die sich zur pflegerischen Betreuung von Kranken vereinigten und ihren Dienst meistens in einem Krankenhaus ausübten. Von den in dieser Zeit gegründeten Gemeinschaften sind einige bis in die Gegenwart als Krankenpflegeorden gut bekannt, die Kamillianer etwa und die Barmherzigen Brüder, die zu den drei klassischen Mönchsgelübden als viertes das der Hospitalität ablegen; am meisten vertraut sind dem Zeitgenossen aber wohl die Barmherzigen Schwestern des Vinzenz von Paul. Sie wurden in der Krankenpflege der Neuzeit ein ungeheuer erfolgreicher Orden, was offensichtlich nicht bloß darauf zurückzuführen ist, daß dieser Orden für Frauen neue Möglichkeiten eröffnete, in der Gesellschaft eine Tätigkeit auszuüben, und auch nicht bloß auf die Organisationsform, deren Kern das Mutterhaus bildete, in dem die Schwestern ausgebildet und religiös geformt wurden, um danach gruppenweise in bestimmten Niederlassungen eingesetzt zu werden. Vielmehr dürfte ihr Erfolg auch ganz wesentlich darauf zurückzuführen sein, daß die Schwestern für die Pflege eigens geschult wurden. Sie „mußten lesen, schreiben und rechnen lernen, sie wurden mit den Grundregeln praktischer pflegerischer Tätigkeit vertraut gemacht und grundsätzlich auf Vertrauen in die Anordnungen der Ärzte verpflichtet. Sie lernten die wichtigsten Heilmittel kennen und durften zu Ader lassen und schröpfen. Immer soll(te) das Interesse der Kranken im Vordergrund stehen, auch vor dem Dienst an Gott (. . .).“¹³

Freilich ist zu beachten, daß es sich zu dieser Zeit – also im 17. Jahrhundert – noch nicht um Kliniken in unserem Sinne handelt, sondern um Häuser, in denen neben und außer Kranken Pflegefälle, Bettler, schwangere Mädchen, Findelkinder und arme Alte lebten. Was wir uns heute unter einem Krankenhaus vorstellen, gibt es erst seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts und ist eine Frucht aufklärerischer Rationalität: Man grenzte den Personenkreis ein auf die Kranken, übte nicht bloß die Pflege aus, sondern verlegte auch die ärztliche Diagnose und Therapie hierher und begann, die Insassen nach Krankheitssorten aufzuteilen.

Das 19. Jahrhundert bringt nicht nur umwälzende Erfolge in der medizinischen Behandelbarkeit und Heilbarkeit von Krankheiten, sondern auch die freiberufliche Krankenpflege. Der überwiegende Teil der in

Neuer
Aufschwung
des
Pflgewesens

Das Hospital
von damals

¹³ Ebd. S. 115 – 117.

Protestanti-
sche Kran-
kenpflege

Hilfe
im außer-
kirchlichen
Raum

der Krankenhauspflege Tätigen wird freilich nach wie vor von caritativ ausgerichteten Ordensgenossenschaften gestellt, und hier wiederum vor allem von den weiblichen. Unter maßgeblicher Mitwirkung von Clemens von Brentano und Joseph Goerres fanden gerade auch in Deutschland die Barmherzigen Schwestern Verbreitung, nicht nur in der Gestalt der Vinzenterinnen, sondern auch in der Gestalt der neugegründeten Borromäerinnen und Clemens-Schwestern.

Das erfolgreiche Wirken dieser Pflfegemeinschaften wirkte auch in den protestantischen und außerkirchlichen Raum hinein und führte zur Gründung analoger Frauenvereine und Frauengenossenschaften, die sich der Krankenpflege widmeten. Von den protestantischen Genossenschaften am bekanntesten wurden die von Theodor Fliedner gegründeten Diakonissen, die in Kaiserswerth bei Düsseldorf entstanden. Ähnlich wie die Barmherzigen Schwestern erhielten die Diakonissen eine gründliche Ausbildung in Krankenpflege, daneben übrigens auch in der „geistlichen Pflege“ (heute würde man dafür vielleicht sagen: in Seelsorge und Gesprächsführung).

Im außerkirchlichen Raum ist vor allem auf die Bewegung von Florence Nightingale und auf die Rot-Kreuz-Bewegung hinzuweisen. Beide haben ihren Ursprung in der Kriegsverwundetenpflege. Florence Nightingale arbeitete und studierte sowohl bei den Diakonissen in Kaiserswerth wie auch bei den Barmherzigen Schwestern in Paris, bevor sie die Pflege der Verwundeten in den englischen Lazaretten während und nach dem Krimkrieg übernahm. Nach England zurückgekehrt, gründete sie eine Krankenpflegeschule, in der die Schülerinnen eine einjährige Ausbildung absolvierten, die dann durch Fortbildungszeiten noch ergänzt wurde, und machte die Krankenpflegerin zu einem öffentlich anerkannten und bezahlten Beruf. Ihr Ausbildungssystem verbreitete sich sehr schnell, zunächst im angloamerikanischen Bereich, dann aber auch in Kontinentaleuropa, wo ihre Vorstellungen auch von den großen Pflegeverbänden zugrundegelegt und rezipiert wurden.

Das Rote Kreuz verdankt seine Gründung dem Schweizer Bankier Henri Dunant, der als Augenzeuge die Schlacht von Solferino 1859 miterlebte und erschüttert war über die große Zahl von Verwundeten, die zu Tausenden in Regen und Nacht ohne ärztliche und pflegerische Hilfe blieben und sterben mußten. Seine Intention war es, solches in künftigen Kriegen zu verhüten. Neben der Bemühung um die Anerkennung der Neutralität der Lazarette und des medizinischen Personals suchte er vor allem nach entsprechenden Hilfskräften. Er fand sie in Frauenvereinen, die er in Anlehnung an die katholischen und evangelischen Schwesterngenossenschaften organisierte und ausbildete.

Die freiberufliche Krankenpflege, gar die von Kommunen oder vom Staat betriebene, setzte sich in nennenswertem Umfang erst in unserem Jahrhundert durch.

4. Veränderung krankmachender Strukturen oder Zuwendung zum einzelnen in Not?

In ihrer Geschichte hat sich die Praxis der Solidarität mit den Kranken im Christentum vor allem als Pflege ausgebildet. Mehr als auf Heilung zielte sie darauf, den Kranken in seiner Not örtlich, sozial und seelisch zu beheimaten und ihn bei den zum Leben notwendigen Verrichtungen kompensatorisch zu unterstützen. Solche Pflege setzt auch dann, wenn sie organisiert ist, beim Individuum, bei der Person an, die sich konkret in einer Notlage befindet.

Ansatz beim Individuum

Es könnte nun die kritische Frage gestellt werden, ob die Konzentration des Helfens auf den Typ Pflege geschichtlich nicht überholt ist. Müßten, um physische Krankheit und psychische Leiden zu bekämpfen, heute nicht viel eher sozialpolitische Instrumente eingesetzt werden, das meint: die krankheitsbedingenden Faktoren nicht durch strukturelle Maßnahmen bekämpft oder gar im Vorhinein verhütet werden?

In der Tat duldet es keinen Zweifel, daß solches strukturelle und präventive Vorgehen gegenüber der Krankheit heute praktiziert werden muß. Unter den Bedingungen unseres Wissens und der heute gegebenen politischen Möglichkeiten darf der Impuls zur Nächstenliebe nicht einfach beim einzelnen stehenbleiben, sondern muß auch fragen und suchen, wie Leid, Krankheit, Ungerechtigkeit und Zerstörung durch geeignete gesellschaftspolitische Maßnahmen im Vorhinein vermieden, wenigstens aber eingeschränkt werden können.

Struktureller Ansatz

Das wird im Blick auf die Dritte Welt besonders kraß deutlich: Wenn dort etwa die Lebenserwartung der Menschen in den Slums der großen Städte wesentlich geringer ist als die in den reicheren Wohngebieten, und die Kindersterblichkeit beträchtlich höher als in den besser strukturierten Gegenden, dann reicht es sicher nicht, Solidarität in der Weise zu üben, daß den bedauernswerten Eltern Trost zugesprochen wird oder die Kosten für die Beerdigung übernommen werden, obschon solche Gesten der Solidarität im konkreten Fall wirklich guttun können und als hilfreich empfunden werden. Aber auch im Blick auf unsere, sehr viel üppigeren Verhältnisse erfordert die Solidarität mit dem Kranken heute Einsatz und Mitarbeit bei der Bewußtmachung und gesellschaftlich-strukturellen Zurückdrängung der zahlreichen Risiken für die Gesundheit, die durch sozialen Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Genußmittel), Interessen (Umweltbelastungen, Leistungsdruck im Arbeitsleben) oder gerade Interessenlosigkeit in unserer Lebenswelt etabliert sind, aber oft nur in der Gestalt steigender statistischer Werte wahrgenommen und als Ursache einer Krankheit vermutet werden können.¹⁴

¹⁴ Siehe dazu die Literatur zur Sozialmedizin, als Überblick etwa BLOHMKE, M. (Hrsg.): Sozialmedizin. 2. Aufl., Stuttgart, 1986.

Beide
Ansätze
notwendig

Doch das Verhältnis zwischen der Bekämpfung der Not durch strukturelle Verbesserungen auf der einen Seite und der Solidarität mit dem konkret Hilfsbedürftigen auf der anderen Seite ist kein Verhältnis des gegenseitigen Ausschlusses (entweder/oder), sondern eines der gegenseitigen Angewiesenheit (sowohl-als auch). Nicht die Alternative, bei der individuelles, von religiöser Glaubensüberzeugung getragenes Helfen gegen institutionell-strukturelle Verbesserungen steht, ist sinnvoll, sondern die Überlegung, welche Leiden und Krankheiten durch sozialpolitische Eingriffe zurückgedrängt werden könnten. Gerade die Krankheit ist ein Typ menschlicher Not, der der strukturellen Bemühung um ein heiles Dasein prinzipielle Grenzen setzt. Strukturelle Maßnahmen können die Menge des Leids, das mit einer Krankheit verbunden ist, bestenfalls reduzieren; im optimalsten Fall können sie verhindern, daß in Zukunft weiterhin so viele Menschen an dieser Krankheit erkranken wie bisher. Und das ist natürlich viel, vielleicht sogar sehr viel, wenn wir beispielsweise an die Zurückdrängung von Tuberkulose denken. Aber dem unmittelbar Betroffenen selbst helfen strukturelle Maßnahmen meist wenig: dem Kind etwa, das in der Krebsklinik liegt, und seinen Eltern. Hier, im unmittelbaren Betroffensein von Krankheit und in ihrem Wahrnehmen, ist die Solidarität von Mensch zu Mensch unerlässlich und bleibt es auch. Das Bedürfnis, in solchen Situationen eben nicht bloß medizinisch optimale Versorgung, sondern auch mitmenschlich aufrichtige Solidarität zu erfahren, scheint sogar eher noch zuzunehmen, weil in der Krankheit die Menschen aus vielerlei Gründen einsamer geworden sind.

Umgekehrt könnte eine Umakzentuierung von der pflegenden Fürsorge zum strukturellen Helfen zur Folge haben, daß viele sich den eigenen Beitrag zur Solidarität mit den Kranken ersparen und das Helfen den professionellen Spezialisten überlassen wollen. Das trüge insgesamt zu einer kälteren, teilnahmsloseren Gesellschaft bei. Eine einseitig strukturelle Betrachtung des Problems, die sich der ganzheitlichen Not des konkreten einzelnen Kranken nicht mehr aussetzt, trüge auch die Gefahr in sich, Tendenzen zu fördern, die das Maß der Solidarität, das die Gesellschaft in Form von finanziellen Belastungen erbringt, am gesellschaftlichen Nutzen des „wiederhergestellten“ Kranken bemißt statt an seiner Hilfsbedürftigkeit, die auch und gerade bei denen vorhanden ist, die nicht „wiederhergestellt werden“ können.

5. Ist die Solidarität mit dem Kranken auf den Glauben angewiesen?

Kranken-
pflege
als Beruf

Der historische Abriß endete mit der Entstehung einer Krankenpflege, die nicht mehr eine kirchlich organisierte christliche Lebensform ist, was sie bis dahin eigentlich immer gewesen war, sondern ein bürgerlicher Beruf, für den man eine Ausbildung absolviert, dessen Ausübung einem präzisen, aber begrenzten Reglement von Pflichten

unterworfen ist und für den man bezahlt wird. Heute wird die Krankenpflege zu einem großen Teil von solchen freiberuflichen Kräften ausgeübt; zusätzlich befinden wir uns in einem lebhaften Veränderungsprozeß. Zwar ist der Anteil der von kirchlichen Gemeinschaften gestellten Pflegekräfte noch immer sehr hoch (1987: 118 154 Vollzeitbeschäftigte, 34 630 Teilzeitbeschäftigte, darunter 6 716 bzw. 1 185 Ordensangehörige)¹⁵. Es ist kaum vorstellbar, wie ohne sie auszukommen wäre. Aber vielerorts sind, wo vor zwanzig, zehn oder fünf Jahren Schwestern arbeiteten, heute sogenannte freie Schwestern tätig. Kommt damit die christliche Liebestätigkeit gegenüber dem kranken Menschen an ihr absehbares Ende? Und: Verschlechtert die Veränderung beim Pflegepersonal notwendig die Qualität der Pflege?

Die Situation

Diese Fragen so generell zu beantworten, wie sie gestellt sind, dürfte äußerst schwierig, wahrscheinlich sogar unmöglich sein. Was es wohl gibt, sind subjektive Erfahrungen, wo jemand Gelegenheit hatte, als Patient oder als Mitarbeiter in vergleichbaren Institutionen beider Art Einblick zu gewinnen. Sie sind jedoch fast immer punktuell, zufällig und aus einer Optik des Vertrauten und Liebgewonnenen heraus wahrgenommen. Am ehesten läßt sich die Beobachtung verallgemeinern, daß in den Häusern mit freiberuflichen Schwestern nicht mehr die Stationsschwester zu finden sei, die vierzehn Stunden da ist und praktisch alles macht. Häufig bedauert wird ferner, daß in einem nicht von Ordensleuten geführten Haus das Angebot an religiöser Betreuung nicht mehr so breit und so selbstverständlich sei, wie sich das die Betroffenen für die Situation der Krankheit wünschen.

Es gibt freilich andere Punkte, wo für kirchliche Häuser nach wie vor eine wirkliche Chance besteht, gegenüber anderen Krankenhäusern Profil zu entwickeln. So brauchten die kirchlich geführten Häuser ihren Dienst nicht gleichermaßen finanziellen Zwängen unterwerfen. Ferner können sie ihr Personal aussuchen und es ausbilden. Schließlich können sie auch eine ganzheitlichere Pflege bieten.

Kirchliches Profil

Bei der Behandlung der Frage nach Bedeutung bzw. Unverzichtbarkeit des Glaubens für einen menschlich gelingenden Krankendienst trifft man allerdings häufig auch auf Kurzschlüsse, die in dieser generellen Form kaum die Frucht reflektierter Erfahrung, sondern eher das Produkt von Befürchtungen sind. So hört man immer wieder, daß Pflege, die als bürgerlicher Beruf ausgeübt werde, nicht als eine Gestalt christlicher Liebestätigkeit verstanden und gelebt werden könne. Diese Unterstellung setzt aber ein fragwürdiges Verständnis von Frömmigkeit voraus: Frömmigkeit und religiöses Leben wäre danach ausschließlich nur dort möglich, wo jemand auf Distanz zum Welthaf-ten, zu beruflichem Alltag und bezahlter Arbeit geht.

Kurzschlüsse

¹⁵ Zahlen nach: caritas-korrespondenz 55 (1987), H. 11.

Humanität
und
christliche
Nächsten-
liebe

Ein anderer Kurzschluß beruht auf der Meinung, christliche Nächstenliebe sei prinzipiell mehr und anderes als Humanität. Beides kann selbstverständlich im konkreten Fall verschieden aussehen, aber beides steht nicht in einem *prinzipiellen* Gegensatz zueinander. So wie die Nächstenliebe vom Neuen Testament vorgestellt wird, lebt sie von der unbedingten Bejahung des anderen. Wo diese Bejahung übernommen wird, steht man – so das Neue Testament – im Grunde bereits in Gottes Perspektive. Solche grundlegende und durch nichts eingeschränkte Bejahung des anderen kommt auch außerhalb des ausdrücklichen Glaubens vor.

Säkulari-
sierung

Eine dritte Quelle vorschneller Behauptungen ist die Meinung, der Rückgang an Ordensleuten in den Krankenpflegeinstitutionen müsse zwangsläufig den Verfall des christlichen Pflegeethos nach sich ziehen. So gut wie alle bei uns tätigen Pflegeverbände tragen in ihren Zielen und in ihrer praktischen Arbeit das Erbe der christlichen Pflegekultur in sich. Und für die meisten Patienten und darüber hinaus sogar für die meisten Menschen in der Gesellschaft gehört das, was das Christentum im Bereich der Krankenfürsorge geleistet hat und leistet, zum Besten; das meint: zu dem, was sie, auch wenn sie gegenüber dem dogmatischen Glauben Zweifel, Kritik oder Desinteresse hegen, am wenigsten missen möchten. Man könnte deshalb den vielbeklagten Prozeß der Säkularisierung der Krankenpflege vielleicht auch so interpretieren, daß das Christentum im Laufe seiner Geschichte die Gesellschaft zu einem bestimmten Umgang mit dem Kranken erzogen hat, der nun lebensweltlich gefestigt und selbstverständlich geworden ist. Damit ist der Anspruch der Solidarität mit dem Kranken als Nächstem nicht einfach schon erschöpft und eingeholt, aber er kann sich nun auf andere Defizite konzentrieren: auf die pflegebedürftigen Alten etwa, auf die Langzeitkranken, auf die Not des Sterbens und seiner Verdrängung, auf die Not kranker Kinder.

Ethos auf
den Glauben
angewiesen

Natürlich ist der Nachweis, daß die genannten Meinungen so nicht zutreffen, nicht schon eine Garantie dafür, daß das Solidaritätsethos auch auf Dauer gesichert bleibt. Diesbezüglich bleibt dieses Ethos sicherlich auf den Glauben angewiesen, vor allem deshalb nämlich, weil der Glaube *erstens* Plausibilität gibt, warum solidarisch – und das heißt ja oft genug: im Gegensatz zu anderen gesellschaftlichen Orientierungen – zu handeln gut ist, und weil er *zweitens* dem pflegerischen Mühen einen Sinn gibt, der durch die Endlichkeit des jeweils Kranken und die Aussichtslosigkeit seiner Krankheit nicht einfach vernichtet wird; *drittens* endlich, weil er dem einzelnen auch in seiner Not und Schwäche eine Würde zuerkennt, die jedem menschlichen Zugriff entzogen bleibt.

Heute sind Christen herausgefordert, sich wieder bewußt zu machen, daß die Sorge um die Kranken eine Aufgabe von uns allen ist und nicht einfach an eine Gruppe von religiösen „Spezialisten“ delegiert werden kann.