

---

# Leid und Mitleiden aus theologischer Sicht

Josef Schuster

## *1. Schlaglicht*

Schwere Krankheit und mehr noch lebensbedrohende Krankheit und Sterben gehören in den Grenzbereich menschlichen Lebens, denn durch sie gelangt der Mensch in jene Zone seines Lebens, in der es um Leben und Tod geht. „Grenze“ meint jenen Bereich, dessen Überschreitung zur Nicht-Existenz führt. Es geht also um sehr viel, wenn ein Mensch an diese Grenze kommt: Es geht um sein Leben – nicht nur um das biologisch-physiologische Weiterfunktionieren, sondern um das Weiterleben als Person. Zwar hat jeder Mensch diese letzte Phase seines Lebens selber zu bestehen, aber es bedarf gar keiner langen Begründung, dass niemand in dieser wichtigen und existentiell fordernden Situation seines Lebens gänzlich allein gelassen sein möchte.

Für Ärzte, Pflegepersonal und Krankenhausseelsorger gehören Krankheit, Leid und Tod auf der einen Seite zwar zum mehr oder weniger alltäglichen Erfahrungsbereich, auf der anderen Seite aber wird der Umgang damit wohl kaum zur Routine. Zur Veranschaulichung sei folgende Episode von der Frauenkrebstation einer Universitätsklinik zitiert, die auch für vergleichbare Situationen typisch sein dürfte:

„Früher Nachmittag auf der Station. Es herrscht wie üblich hektische Betriebsamkeit: Einige Patientinnen kamen

heute erneut zur Chemotherapie stationär, für zwei weitere sind morgen vorgesehene ausgedehnte Operationen vorzubereiten. Eine Patientin, die am Vormittag eine Embolie erlitten hatte, bedarf erhöhter Überwachung. Wegen Bettenmangels musste eine Patientin überstürzt entlassen werden, damit eine andere wegen Subileus (= beginnender Darmverschluss) bei progredientem Ovarialcarcinom (= fortschreitender Eierstockkrebs) notfallmäßig aufgenommen werden konnte. Das Telefon klingelt ständig: Abruf und Liegendtransport einer Patientin zur Bestrahlung, einer anderen zur Computer-Tomographie. Verspätete Oberarzt-Visite. Angehörige von Patientinnen warten auf ein Gespräch mit dem Stationsarzt, usw. ... Ich mache meine Besuche bei Patientinnen, wofür mir die Stationsschwester hastig einige knappe, aber wichtige Hinweise gibt. Zuletzt gehe ich ins Einzelzimmer von Sabine F.: Die 33jährige Patientin liegt im Sterben, umgeben von ihrer Familie (außer dem jüngsten, erst 4-jährigen Kind). Ihr Ehemann hat die beiden letzten Nächte bereits bei ihr verbracht, von der Station verpflegt, die dem umgeräumten Krankenzimmer eine private Atmosphäre verliehen hat und sich außer um die Patientin selbst auch behutsam um ihre Angehörigen kümmert. Die sterbende junge Frau hatte von den drei Jahren seit ihrer Krebserkrankung ... insgesamt sieben Monate auf der Station verbracht, uns allen wohlvertraut als kämpferisch-tapfere, kaum klagende Patientin, die alles auf sich genommen hatte, um weiterhin für ihre Familie, ihre Kinder da sein zu können. Bei ihrer letzten stationären Aufnahme vor wenigen Tagen im präfinalen Stadium vermittelte sie – wie auch ihre Familie – eine Art stilles Einverständnis in hinnahmebereiter Erschöpfung, die von der Station mit einer fast ebenso verstummten Beistandsbereitschaft in pflegerischer Sorgfalt beantwortet wurde. Niemand sprach über das Sterben. Ich selbst kann es bei diesem Abschiedsbesuch, von dem ich nicht weiß, ob den

die Patientin in der Agonie noch wahrnimmt, auch nicht und beschränke mich auf eine zärtliche Geste, als ich merke, dass der Ehemann von Sabine F. mühsam um Fassung ringt. Mit mir zusammen verlässt Schwester Katrin das Zimmer, weil es nebenan schon wieder geklingelt hat. Vor der Tür legt sie einen Moment die Hand auf meinen Arm und sagt leise den Satz, den ich zitiere, weil in ihm das ganze Dilemma des Geschehens sich im Miterleben der Pflegenden auf der Station widerspiegelt: „Und dabei muss man so weitermachen, als ob nichts wär ...“<sup>1</sup>

Diese noch junge Frau hat bereits einen schweren Kampf um ihr Leben gekämpft. Das Pflegepersonal nimmt mit innerer Hochachtung und Bewunderung das Ringen dieser Frau mit dem Krebs wahr. Obwohl die Arbeit auf der Station in der gewohnten Betriebsamkeit – ja Hektik – weitergeht, bestimmt das Sterben dieser Frau dennoch die Atmosphäre. Die Todkranke liegt alleine im Zimmer, das die Schwestern freundlich hergerichtet haben. Nicht nur die Sterbende wird gut versorgt, auch ihr Ehemann und ihre Angehörigen. Der bevorstehende Tod der noch jungen Frau und Mutter geht dem Pflegepersonal sehr zu Herzen. Eigentlich müsste die Zeit und die Arbeit wenigstens für Augenblicke stillstehen, wenn ein Mensch – eine noch so junge Frau und Mutter – mit dem Tode ringt. Doch die Arbeit geht weiter. Nebenan klingelt es! – Diese Situation macht vor allem deutlich: Die sterbende Frau bedarf in ihrer Lage mehr der Helfer als der Hilfe. Hier gilt wohl das Wort von Sören Kierkegaard, das dieser zwar im Blick auf Jesus Christus sagt, das aber auch prinzipiell gelten dürfte: „Der Helfer ist die Hilfe.“<sup>2</sup>

So einmalig jeder ist, der Menschenantlitz trägt, so einmalig ist auch sein Sterben. Es gibt freilich eine Spannung zwischen der Einmaligkeit jedes Menschenlebens und jedes Sterbens auf der einen Seite und der Alltäglichkeit des

Sterbens auf der anderen Seite, so dass um das Sterben in der Regel wenig Aufhebens gemacht wird, es sei denn, es liegt ein besonders tragischer Fall (etwa eines Kindes oder einer noch jungen Mutter) vor oder aber es betrifft Menschen, die einem persönlich nahe stehen – die eigenen Eltern, Geschwister oder Freunde.

## *2. Mitleid mit Schwerkranken und Sterbenden*

Zur Situation schwer kranker und vor allem sterbender Menschen gehört eine zunehmende körperliche und geistig-seelische Hilflosigkeit. Sie äußert sich in konkreten Einschränkungen z. B. bei der Bewegung und der selbständigen Körperreinigung oder in der Hilfsbedürftigkeit beim Essen. Hinzu kommt – vor allem wenn es sich um alte Menschen handelt – der Ausfall des Kurzzeitgedächtnisses und damit ein teilweiser Ausfall zeitlicher und räumlicher Orientierung. Hinzu kommen ferner seelisch bedingte Schmerzen, Leiden und Ängste. Es ist evident: Solche Menschen sind bis in die elementarsten Lebensvollzüge hinein auf die Hilfe anderer angewiesen. Damit ist freilich noch nicht bestimmt, wer die anderen sind, gegenüber denen zumindest ein moralischer Anspruch auf Hilfeleistung besteht.

Allerdings könnte das Ausmaß der Hilfsbedürftigkeit Schwerstkranker und Sterbender die Tatsache verdecken, dass wir alle ein Leben lang auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Es ist gut, sich dieser Wahrheit zu erinnern, damit nicht die Kranken und Alten zu reinen Sonderfällen werden, während alle anderen – die kleinen Kinder natürlich ausgenommen – ihr Leben aus eigenen Kräften meistern. Das stimmt nicht! Niemand von uns kann ohne die Hilfe anderer leben.

Auf einen weiteren Sachverhalt möchte ich in diesem Zusammenhang hinweisen: Wir beurteilen in der Regel

die Hilflosigkeit von Kindern und alten Menschen unterschiedlich: Kinder beginnen ihr Leben erst. Ihnen wächst die nötige Stärke zum Leben noch zu. Ihre Schwäche empfinden wir daher als ein *Noch-Nicht*, und ihre Hilflosigkeit betrachten wir als ein selbstverständliches Recht auf Unterstützung. „Wo aber im Alter, in schwerster Krankheit und erst recht im Sterben die Schwäche als aussichtsloses, auf Abbau und Ende hin ausgerichtetes *Nicht-Mehr* erscheint, realisieren wir zu wenig die Erkenntnis, dass auch der jetzt Schwache ein grundsätzliches menschliches Recht auf Hilfe durch den jetzt Starken hat. Auch und gerade hier gilt der Grundsatz: In der Schwäche liegt der Anspruch auf gerechten Ausgleich.“<sup>3</sup>

Es gehört zu den alltäglichen Erfahrungen: Die eine Patientin oder der eine Patient wird im guten Sinne von den eigenen Angehörigen mitbetreut, so dass sie oder er sich nicht allein gelassen vorkommt. Andere haben niemanden, oder es kümmert sich niemand außer dem Pflegepersonal um sie. Viele von diesen Menschen leiden an ihrer Verlassenheit und Einsamkeit mehr als an ihrer Krankheit. Natürlich können Ärzte und Pflegepersonal bei solchen Menschen ein gewisses Maß an Stellvertretung übernehmen, aber den ausbleibenden Besuch erwarteter Angehöriger oder Bekannter können sie kaum ersetzen. An diesem Beispiel wird deutlich: Es gibt unter moralischer Rücksicht zunächst einmal die ganz natürliche Pflicht der Angehörigen, sich um ihren Kranken oder ihre Kranke zu kümmern, auch wenn ihnen nicht einfach die Last der Pflege angetragen werden kann. Solidarität<sup>4</sup> im Grenzbereich menschlicher Existenz haben also zunächst die Angehörigen von Kranken und Sterbenden zu üben. Dieses Maß an menschlicher Zuwendung und Sorge kann nicht einfach an das Krankenhaus und sein Pflegepersonal delegiert bzw. überantwortet werden. Das muss zur Entlastung von Pflegepersonal und Ärzten gesagt werden, denen nicht selten vor-

geworfen wird, sich zu wenig Zeit für Schwerkranke und Sterbende zu nehmen.

Die Hilflosigkeit Schwerkranker und Sterbender bringt von sich her eine Asymmetrie in das Verhältnis zwischen Patient und Ärzten bzw. Pflegepersonal. Dieses Gefälle drückt sich zuweilen in einem gewissen paternalistischen Umgang mit den Patienten aus. Die Alternative „Liebesdienst oder einfach Job“ ist falsch: Ärzte wie Pflegepersonal üben einen Beruf aus, der neben Fachwissen und medizinischem Können menschliche Anteilnahme, Fürsorge und Einfühlungsvermögen verlangt. Dieser Beruf konfrontiert wie kaum ein anderer ständig auch persönlich mit den Grenzsituationen des Lebens. Aber es gibt eine Art des Mitleids, welches Kranke und Sterbende ihr Elend letztlich nur noch als negativ und unwertig oder gar als menschenunwürdig erleben lässt. Solidarische Hilfe ist nicht von herrschaftlicher Zuwendung geprägt, sondern vom Bewusstsein, eine gemeinsame Last mitzutragen – eine Last, die zur Begrenztheit unseres Lebens, zur Anfälligkeit für Krankheit und Leid und überhaupt zur Endlichkeit dieses Lebens gehört. Solidarität bzw. Mitleiden verlangt nach gleichberechtigter Partnerschaft, nach freigegebiger Hilfe im Wissen um das grundsätzliche und faktische Angewiesensein aller auf die Hilfe aller.

Das gilt in erster Linie für jede und jeden, der zur Hilfe in der Lage ist. Auf die Frage „Wer ist mein Nächster?“ antwortet die christliche Botschaft im Sinne Jesu: „Der, dem du begegnest und von dessen Not und Hilfebedürftigkeit du betroffen bist.“ Darüber hinaus verlangt solidarische Hilfe im Grenzbereich menschlicher Existenz nicht nur den Willen zu helfen, sondern auch das Können dazu. In vielen Fällen sind Mediziner nicht durch andere ersetzbar. Das bedeutet für diese Anerkennung und Last zugleich.

### 3. Töten aus Mitleid?

Die Forderung nach der Beendigung des Lebens scheinbar „sinnlos Leidender“ als Mitleidspflicht und als Konsequenz der menschlichen Autonomie, die unter bestimmten Voraussetzungen frei über das eigene Ende verfügen könne, ist inzwischen schon fast zur Routine geworden. Häufig beziehen sich die Plädoyers für aktive Sterbehilfe auf Szenarien von unsäglich leidenden Menschen. Doch bereits Aristoteles wusste, dass man aus Extremfällen keine moralischen Regeln ableiten sollte.

M. E. weisen Psychologen nicht zu Unrecht auf die Gefahr der Projektion hin, der jene unterliegen können, die sich zum Anwalt der schwer leidenden Menschen machen und für diese die Möglichkeit zu aktiver Sterbehilfe einfordern. Günter Virt, Moraltheologe und Therapeut, merkt an: „Probleme, die ein Mensch in sich selbst unterdrückt, will er außerhalb seiner selbst halten, genauer gesagt: unterhalb seiner selbst. Niemand eignet sich für eine solche Projektion besser als ein leidender Mensch. Im Extremfall kann sich dieser Abwehrmechanismus, der hinter dem Mitleid steckt, zum Wunsch auswachsen, die eigene unerträgliche Konfrontation mit dem Sterben dadurch zu beenden, dass das Leben des Leidenden beendet wird.“<sup>45</sup> So aber kann die Tötung aus Mitleid zu einer Tötung aus verweigertem Mitleiden werden. In jedem Falle aber ist die Tötung des Leidenden oder die Beihilfe dazu das Ende des Mitleidens.

### 4. Leid und Mitleiden im Kontext der Heiligen Schrift

In einigen Texten des Alten Testaments wird Krankheit als Strafe Gottes (oder Ausdruck des Zornes Gottes) bzw. als Straffolge der eigenen Sünden verstanden (vgl. u. a. Dtn 28,22 f; Pss 22; 42; 77). Dieser so genannte Tun-Ergehens-

Zusammenhang, nach dem der Mensch von Gott empfängt, was er verdient, gerät im Buch Ijob in die Krise, weil der schuldlos leidende Ijob die Fragwürdigkeit des traditionellen Vergeltungsdenkens offen legt (vgl. Ijob 2, 10; 3, 1–26; 6, 1–7.21).

Heilen im strengen Sinne kann nur Jahwe (Ex 15, 26; Jes 19, 22; Jer 3, 22; Ijob 5, 18). Wenn Menschen die Gabe des Heilens besitzen, dann hat Gott sie dazu bevollmächtigt (vgl. u. a. Sir 38, 12–14).

Die Evangelien des Neuen Testaments berichten mehrmals von der besonderen Vorliebe Jesu für die Kranken (vgl. u. a. Mt 9, 12). Seine Heilungswunder werden zu messianischen Heilszeichen (Mt 8, 16; Lk 7, 21). Und seinen Jüngern, die er zur Verkündigung des Evangeliums aussendet, trägt er ausdrücklich auf, Kranke zu heilen und Dämonen auszutreiben.

Die neutestamentliche Botschaft lässt keinen Zweifel daran zu, dass die Wurzel der Todesverfallenheit des Menschen die Sünde ist; sie gebiert schließlich den Tod (vgl. Röm 6, 23; Jak 1, 15). Die äußere Heilung ist darum stets auch Zeichen der inneren Heilung, die wesentlich in der Vergebung der Sünden besteht (vgl. u. a. Mk 2, 1–12 parr).

Kritik am Vergeltungsgedanken übt Jesus, insofern er es ablehnt, den Kranken ihre Gebrechen als persönliche Sündenstrafe zuzurechnen (vgl. Lk 13, 1–5; Joh 9, 2). Und anders als in seiner Umwelt dürfen bei Jesus die Kranken nicht in Gettos abgesondert werden. Denn vor Gott sind alle Menschen Sünder, und deshalb relativiert sich für ihn unter dieser Rücksicht der Unterschied zwischen Gesunden und Kranken.

Die Heilungswunder an Tauben, Blinden, Lahmen, Aussätzigen, Blutflüssigen etc. sowie die Dämonenaustreibungen symbolisieren den inneren Zusammenhang zwischen Heilung und Anbruch des Reiches Gottes (vgl. Lk 11, 20; Mt 11, 4; Lk 4, 18 f).



Krankheit führt den Menschen in die Nähe des Todes, in der alles menschliche Selbstvertrauen an ihr Ende kommt. Deshalb gewinnt der Zusammenhang von Heilung und Glaube solches Gewicht in den Evangelien, denn die Hoffnung des Glaubens richtet sich auf die Kraft Gottes, die stärker ist als alle Mächte dieser Welt einschließlich des Todes (vgl. Mk 2, 1–12 parr; 5, 21–43 parr; 7, 24–30).

In der Tradition des Christentums gibt es eine Tendenz, Krankheit und mit ihr verbundenes Leiden zu verklären. Man hat eine eigene Leidensmystik entwickelt, die wenigstens teilweise den einfachen Sachverhalt verdeckt, dass Krankheit ein Übel ist. Dagegen gilt es aufgrund des biblischen Zeugnisses festzuhalten:

(1) Krankheiten gehen auf widergöttliche Mächte zurück. Das Kommen des Reiches Gottes manifestiert sich deshalb u. a. auch darin, dass Menschen von Krankheiten geheilt werden.

(2) Das Kreuz Christi und seine Auferweckung durch den Vater schenken die Gewissheit: Es gibt keine Krankheit und kein Leiden, das gottverlassen wäre.

(3) Da nach dem Neuen Testament Krankheit und Leid ein Übel ist und bleibt, lässt sich eine allgemeine Aussage über den inneren Sinn von Krankheit und Leid nicht begründen. Möglich ist stets nur eine ganz persönliche Sinnfindung im Leiden. Der häufig in der Tradition auftauchende Gedanke von Krankheit und Leiden als Strafe und Erziehungsmittel Gottes lässt sich theologisch nicht rechtfertigen.

(4) Christliche Deutungsversuche für Krankheit und Leiden dürfen nicht in die Nähe einer religiös motivierten Kapitulation vor Krankheit und Leid führen. Der Glaube verlangt Widerstand gegen die Krankheit und Hilfe für die Kranken, nicht die religiöse Einfriedung der Krankheit. Auch dann, wenn eine unheilbare Krankheit Menschen mit dem Tod konfrontiert, geht die Zielrichtung nicht auf

Unterwerfung, sondern auf Bewältigung der Krankheit. Freilich gilt es dann, wenn der Kampf gegen die Krankheit sinnlos geworden ist, den Tod als Ende des Lebens anzunehmen. Für Angehörige, Freunde, Pflegende und Ärzte ist dann Sterbebegleitung geboten.

(5) Christen werden in der Annahme von Krankheit und Leid durchaus Gottes Willen sehen dürfen – allerdings so, dass sie darin wirklich Gott gehorchen und sich nicht einer Krankheit unterwerfen. Sie werden nüchtern Krankheit und Leiden als mit zum Leben gehörig verstehen und nicht der Utopie einer Leidfreiheit anhängen, die nur zur Enttäuschung führen kann.

## Literatur

- G. Höver (Hrsg.), *Leiden*. 27. Internationaler Fachkongress für Moraltheologie und Sozialethik (Sept. 1995/ Köln / Bonn), Münster 1997.
- J. Koffler, *Mit-Leid. Geschichte und Problematik eines ethischen Grundwortes*, Würzburg 2001.
- D. Pullman, *Human Dignity and the Ethics and Aesthetics of Pain and Suffering*, in: *Theoretical Medicine* 23(2002)75–94.

## Anmerkungen

- 1 Das Beispiel ist entnommen aus: Mechthild Hahn, *Probleme im Grenzgebiet menschlicher Existenz*, in: *Praktische Theologie* 30 (1995) 113–118, hier 113 f.
- 2 Einübung im Christentum, Düsseldorf 1951, 11 (SV XII 10).
- 3 Volker Eid, *Solidarische Hilfe beim Sterben*, in: Torsten Kruse/ Harald Wagner (Hrsg.), *Sterbende brauchen Solidarität*, München 1986, 52–69, hier 59.
- 4 Von der Wortbedeutung her sind Krankheit und Leiden nicht bedeutungsgleich, aber eng miteinander verbunden. Auch für Krankheit gilt, dass stets der Mensch krank ist und nicht der Magen. Krankheit ist primär eine anthropologische Kategorie.
- 5 Günter Virt, *Leben bis zum Ende. Zur Ethik des Sterbens und des Todes*, Innsbruck 1998, 19.