

Was ist ein kirchliches Krankenhaus? Theologische, ethische und systemtheoretische Anmerkungen

Elisabeth Jünemann
Norbert Schuster

In: RENOVATIO Juni 2004

Was ist ein kirchliches Krankenhaus?

Was ist ein kirchliches Krankenhaus? Die Patientin, die Himmel und Erde in Bewegung gesetzt hat, um für die dringend anstehende Nierenoperation einen Platz im katholischen Krankenhaus zu bekommen, erhofft sich dort vor allem eines: einen Ort, an dem sie sich aufgehoben fühlt; jetzt, da sie in ihren elementaren Lebensvollzügen, an Körper, Geist und Seele, beeinträchtigt ist. Sie will Mensch bleiben und nicht zur „Niere auf Zimmer 12“ degradiert werden. Auch Schwester Engelhardis, die seit 24 Jahren auf der Neugeborenenstation des St. Elisabeth-Krankenhauses arbeitet, sieht das so: „Uns muss es um das Ganze des Lebens gehen, gerade an seinen Nahtstellen, da, wo es besonders verletzlich ist. An seinen Rändern. Da, wo es zu Ende geht und da, wo es beginnt.“ Der Manager nimmt kirchliche Krankenhäuser aus einer anderen Perspektive in den Blick: Sie stehen für ein gespanntes Verhältnis zur Ökonomie, behauptet er. Und für komplizierte Arbeitsverhältnisse auch, denkt der Jurist. Beides kann der Chefarzt der Inneren im Grunde seines Herzens bestätigen.

Kirchliche Krankenhäuser sind, sagt die Soziologie, hochkomplexe Organisationen: Sie dienen primär der Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheit. Medizin und Pflege werden landläufig als ihr Kerngeschäft bezeichnet. Sie müssen wirtschaftlich arbeiten. Es muss in ihnen rechtens zugehen und moralisch. Menschen werden in ihnen, je nach Bedarf, zudem sozialdienstlich versorgt und religiös betreut. Und es wird in ihnen ausgebildet. Einer ganzen Reihe von Krankenhäusern sind Pflegeschulen angegliedert. In Krankenhäusern wird also auf engem Raum das gekoppelt, was die moderne Gesellschaft in Funktionssysteme ausdifferenziert hat: Die Subsysteme des Gesundheitssystems: (1) Medizin und (2) Pflege, (3) das Wirtschaftssystem und (4) das Rechtssystem. Dazu kommen unter Umständen (5) das System Soziale Arbeit, (6) das Bildungssystem, (7) das Religions- und (8) das Moralsystem. Wo es 1-4 nicht gibt, sprechen wir nicht von einem Krankenhaus. Ob 5-8 notwendig dazugekoppelt werden müssen, das wird je nach Perspektive unterschiedlich bewertet. Trotzdem werden 7 und 8 dazukommen müssen, wenn man von einem kirchlichen Krankenhaus sprechen will.

In einem kirchlichen Krankenhaus geht es also mindestens um Medizin und Pflege, um Religion und Moral. Sonst ist es kein Krankenhaus oder nicht kirchlich. Nur, was ist das eigentlich Medizin, Pflege, Religion und Moral? Was wird insbesondere von den Systemen Religion und Moral im Kontext Krankenhaus erwartet? Und: wie verhalten sich dann diese unterschiedlichen Systeme zueinander?

1. Was ist ein kirchliches Krankenhaus Versuch einer Beschreibung seiner Systeme

Was ist Medizin und Pflege, was Religion und Moral? Eine Frage, die aus der Perspektive der Systemtheorie angegangen werden soll, denn die Beschreibung von Systemen ist deren Geschäft.

1.1 Systeme – ihre „Leitdifferenz“ und ihr „Programm“.

Systeme wie Medizin und Pflege, Religion und Moral systemtheoretisch zu beschreiben, heißt, sie jeweils auf wenigstens zwei Fragen hin zu untersuchen: Erstens: Was ist ihre Leitdifferenz? Zweitens: Was ist ihr Programm?

Stichwort „Leitdifferenz“: Luhmanns Ausgangsthese lautet: Systeme kontinuierieren sich nicht über einen Einheitswert (Gerechtigkeit, Gemeinwohl, Solidarität usw.) sondern über eine Unterscheidung (z. B. Recht/Unrecht). Diese Unterscheidung wird in die Form eines binären Codes¹ „gegossen“, in eine Leitdifferenz: zwei Seiten samt der Unterscheidung zwischen beiden (dem Schrägstrich). Sie bezeichnen gegensätzliche „Werte“, der Code formuliert also immer antithetisch. Alle Operationen, die sich an einem solchen Code entlangsteuern, orientieren sich an einer Ja/Nein-Differenz. Dabei wird ein positiver, operativ anschlussfähiger (z. B. Recht, Wahrheit)² und ein negativer, nicht-anchlussfähiger Wert (z. B. Unrecht, Unwahrheit) gesetzt. Positiv und negativ stehen allerdings für nichts anderes als: anschlussfähig oder nicht anschlussfähig. Über die Leitdifferenz vollzieht sich die Kommunikation innerhalb des sozialen Systems. Sie bildet dessen „Orientierungsrahmen.“ Dieser strukturiert die Kommunikation im System total. Durch seine Totalität konstituiert er das System. Hat es sich einmal auf einen Code festgelegt, kann dieser nicht mehr gewechselt werden. Über seine Leitdifferenz kommuniziert ein System auch mit seiner Umwelt. „Die binäre Struktur von Codes tranchiert die Welt.“³ Alles an Welt, was in sein Blickfeld tritt, gerät in den Fokus dieses Codes. Stichwort „Programm“: „Binäre Codierungen geben, konsequent durchgeführt, keine Direktiven für richtiges Verhalten. Auch wenn man die beiden Positionen, die vorgesehen sind, in Anlehnung an den Sprachgebrauch der Logik als ‚Werte‘ bezeichnet, steckt darin keine auf der Ebene des Codes für alle Fälle festgelegte Präferenz für den positiven und gegen den negativen Wert.“⁴ Es braucht also neben der Leitdifferenz Programme. D.h. Struktur- und Kulturelemente wie Programmatiken, Ziele, Vorgehensweisen, Regeln, Verhaltensprogramme usw. Diese legen fest, was jeweils passend, was unpassend ist. Was getan und kommuniziert werden kann und was nicht. Darin besteht ihre über den Code hinausgehende zusätzliche Orientierungsleistung: Sie bieten Kriterien, nach denen zu entscheiden ist, ob die eine oder die andere Seite des Codes bezeichnet wird. Erst auf der Ebene der Programme stellt sich die Frage von „richtig“ oder „falsch“. Programme sind – wenngleich die normative und kognitive Strukturierung der systemspezifischen Kommunikation – keine Formalismen und invariant, sondern können vielmehr dynamischen Prozessen unterliegen. Deswegen sind Programme nicht nur nach innen sondern auch nach außen bezüglich des Kontaktes eines Systems zur Umwelt von großer Bedeutung. Sie verfügen über eine weit größere Umweltoffenheit als die Codes. Über sie kommt Anpassung, Änderung, Veränderung innerhalb eines Systems zustande bzw. werden bestimmte Elemente eines Teilsystems an andere Teilsysteme herangetragen. So spricht man z.B. von einer Verrechtlichung des politischen Systems.

1.2. Religion, Moral, Medizin, Pflege – Leitdifferenzen und Programme

¹ Vgl. U. Schimank, Binäre Codes und funktionale Differenzierung in der modernen Gesellschaft. Opladen 1996.

² Mit Ausnahmen: Das Gesundheitssystem ist eigentlich ein *Krankheitssystem*, denn es schließt auf der Krankheitsseite des Codes Gesundheit/ Krankheit an. Krankheit löst im Gesundheitssystem Geschehen aus und nicht Gesundheit

³ P. Fuchs, Von der Beobachtung des Unbeobachtbaren: Ist Mystik ein Fall von Inkommunikabilität? In: N. Luhmann/ Ders., Reden und Schweigen. 1989, 70-100, 71.

⁴ N. Luhmann, Soziologische Aufklärung 4. Beiträge zur funktionalen Differenzierung der Gesellschaft. Opladen 1987,

Medizin. Als Code des gesamten Gesundheitssystems fungiert der Unterschied von *gesund* und *krank*.⁵ Dieser traditionelle Code muss aber für das Medizinsystem, als eines der Subsysteme von Gesundheit noch einmal konkretisiert werden: Der Code der Akutmedizin unterscheidet sich von dem der restlichen Medizin. Es ist ein Unterschied, ob in einem Bereich der Medizin die Reparatur von erkrankten, d.h. zu Teilen nicht mehr funktionsfähigen Körpern im Mittelpunkt steht, oder ob es um das große Terrain der Gesundheitsvorsorge oder der Krankheitsprävention geht.

Im ersten Fall ist die Leitdifferenz der Unterschied zwischen Funktion und Nicht-Funktion. Als harte Grenze zwischen gesund und krank fungiert der Ausfall einer Funktion. Im Blick auf Nicht-Funktion startet dieses Medizinsystem seine Aktivitäten. Das Thema des „ersten“ Medizinsystems ist also Körperdiagnose, Körperbehandlung, Körpertherapie. Das System versucht im technischen Sinne den Körper wieder zum Funktionieren zu bringen.

Im zweiten Fall ist die Leitdifferenz die Unterscheidung zwischen gesundheitsförderlich und gesundheitshinderlich bzw. zwischen lebensförderlich und lebenshinderlich. Dieses Medizinsystem tritt in Funktion, wenn Hinderung auszumachen ist. Das Thema dieses „zweiten“ Medizinsystems ist breit angelegt. Es reicht von Präventionsmaßnahmen bis zur Gesundheitspolitik. In einer fast schon prekären Aufgabensumme umfasst es alles, was dem gesundheitlichen Wohlbefinden dienlich ist.

Das *Programm* des Medizinsystems. Das Sozialsystem Gesundheitswesen verfügt nicht wie andere Sozialsysteme über eine ausgeprägte Reflexionstheorie. Natürlich gibt es Selbstbeschreibungen dieses Systems; diese bewegen sich aber lediglich auf dem Niveau einer professionellen Ethik oder Standesethik und auf der Ebene normativer Beschreibungen von Gesundheit. Das wirkt sich aus in einer entsprechend „dünnen“ Programmlage. Wir finden somit innerhalb des Systems der Krankenbehandlung kaum mehr als Konzeptionsfragmente, die die Handlungsweise der Akteure im System legitimieren (Eid des Hippokrates, Standesethik) und Überhöhungen der Zuständigkeitsbeschreibungen des Systems, aber keine systematische Reflexion der Funktion des Systems. Im Medizinsystem tritt so allzu oft an die Stelle des Programms nahezu zwangsläufig die Person

Pflege. Ein weiteres zentrales Subsystem des Gesundheitssystems ist die Pflege. Auch das Pflegesystem differenziert den Code gesund/ krank, aber es definiert den Begriff „gesund“ im Sinne der Fähigkeit, den Alltag zu kontrollieren und zwar im Blick auf den Menschen als Ganzen, auf alle seine Lebensäußerungen, nicht allein auf Körperlichkeit. Aufgabe des Systems der Pflege ist es, den Menschen als Ganzen im System zur Geltung zu bringen.

Leitdifferenz der Pflege ist der Unterschied zwischen *autonom* und *angewiesen* – nicht ohne sich in diesem Code die Frage einzuhandeln, wo denn dann genau die Grenzlinie zwischen autonom und nichtautonom zu ziehen sei. Erst, wenn diese Linie jeweils festgelegt ist, beginnt Pflege mit ihren Aktivitäten, deren Ziel die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der Fähigkeit zur Alltagskontrolle ist. An der Grenze zwischen autonom und angewiesen kondensiert ein Amalgam aus dem Willen, selbstbestimmt agieren zu können und der Scham, wenn dies nicht mehr möglich ist. Dass auch mit dieser Not professionell umgegangen werden muss, scheint weniger deutlich gesellschaftlicher Konsens zu sein als etwa die Notwendigkeit der Arbeit an dem, was an der Grenze des „ersten“ Medizinsystems kondensiert, dem Schmerz. Trotzdem ist gerade diese Not Thema der Pflege.

⁵ Vgl. J. Bauch, Selbst- und Fremdbeschreibung des Gesundheitswesens. Anmerkungen zu einem absonderlichen Sozialsystem, in: H. de Berg/ J. Schmidt (Hg.), *Rezeption und Reflexion. Zur Resonanz der Systemtheorie*, Frankfurt 200, 387-410.

Programm des Systems Pflege sind u.a. die gesetzlichen Vorgaben⁶, die den Pflegeprozess grundlegend festlegen. Hier wird die Pflege zunehmend deutlich mit den Begriffen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge umschrieben. Schon die gesetzlichen Vorgaben, aber auch die Standardlehrbücher der Pflege⁷ zeigen ein Programm von Pflege, dass den ganzen Menschen in den Blick zu nehmen hat.

Religion. Religion verdankt sich archaischen Differenzerfahrungen, z.B. von innen (=behaust) und außen (=fremd): von diesseits des Grenzzaunes, der Sicherheit dörflicher Gemeinschaft und jenseits, der Bedrohung durch unkalkulierbare fremde Menschen und wilde Tiere; von heute und morgen: von dem, was heute ist und morgen schon vielleicht nicht mehr, was man heute noch besorgen kann und morgen vielleicht schon nicht mehr; von Erde und Himmel: von der Machbarkeit, im Blick auf menschliches Schaffen und der Ohnmacht gegenüber den Gewalten der Natur, die von oben herabstürzen; letztlich immer von beobachtbar und nichtbeobachtbar. – Immer steht da auf der einen Seite das Sichtbare, die Immanenz („Innebleiben“), das Nicht-Übersteigen-Können ... Dürfen/Müssen einer Grenze. Und auf der anderen Seite das Unsichtbare, Transzendenz: das, wo man hingelangen würde, könnte oder müsste man die Grenze übersteigen.

Der binäre *Code* der Religion ist die Unterscheidung von *Immanenz* und *Transzendenz*. Und dazwischen „steht“ eine Grenze, die an sich hochprekär ist. Ist doch der Schrägstrich zwischen Immanenz und Transzendenz die Kontingenz menschlichen Lebens, dessen Ende bzw. dessen Anfang und dessen „kleine“ Tode und Geburten inmitten alltäglichen Daseins. An diesen Grenzen, Nahtstellen, erscheint alles, was den Menschen übersteigt, was größer ist als er. Das macht sie so essentiell und existenziell. An ihr wird Reflexionsbedarf evident. Und zwar von der Transzendenz her auf die Immanenz. Die Immanenz gewinnt ihre eigentliche Bedeutsamkeit erst im Licht der Transzendenz. Sie erscheint dann beängstigend oder „erlöst“, je nachdem, wie Religion, die Transzendenz „ausmalt“. – Religion hat nun die Aufgabe, ihren binären Code quasi in sich selbst hineinzudoppeln, d.h. sie muss „ein re-entry der Unterscheidung beobachtbar/unbeobachtbar ins Beobachtbare“⁸ inszenieren. „Insofern dürfte es die primäre Leistung der Religion gewesen sein, Realität zu konstruieren, indem sie etwas für Beobachtung bereitstellt, was *nicht* unter diese Kategorie fällt.“⁹ D.h. sie konstruiert innerhalb der Immanenz Grenzen und „dahinter“ Räume sichtbarer Transzendenz. An diesen Grenzen positioniert sie „heilige“ Dinge als Symbole, die offen sind für die Ergänzung von der anderen Seite her und „heilige“ Personen, die pontifices, Brückenbauer genannt werden, über die der Steg vom Jenseits ins Diesseits verläuft. Mitten im Diesseits macht Religion also die Unterscheidung einer diesseitigen und einer jenseitigen Welt handhabbar. Sie befriedigt den Bedarf „für Vermittlungen – sei es durch Objekte, sei es durch Handlungen.“¹⁰ Sie schafft an der Grenze des Profanen Räume, wo das Sakrale gewissermaßen „kondensiert.“¹¹ Das Thema der Religion ist „das Irdische und das, was am konkreten Menschen diese Welt übersteigt ...“¹² und von daher „die ungelösten Rätsel des menschlichen Daseins: Was ist der Mensch? Was ist Sinn und Ziel unseres Lebens? [...] Woher kommt das Leid, und welchen Sinn hat es? Was ist der Weg zum wahren Glück? Was ist der Tod [...]“¹³

Das *Programm* der Religion, insbesondere der christlichen Religion, stellt zunächst und basal Schrift und Tradition dar. Die archaischen Texte etwa des NT: die Seligpreisungen, das Vaterunser.

⁶ Vgl. das Krankenpflegegesetz in seiner Fassung aus dem Jahre 1993, besonders §4.

⁷ Vgl. z.B. E. Gnam u.a., Praxisanleitung für Pflegeberufe, Stuttgart 2002.

⁸ N. Luhmann, Die Religion der Gesellschaft. Frankfurt a. M. 2000, 32.

⁹ Ebenda 46.

¹⁰ Ebenda 82.

¹¹ Ebenda 82.

¹² GS 76.

¹³ NA 1

Die daraus in der Tradition erwachsenen Texte, z.B. die sog. Werke der Barmherzigkeit oder die Pfingstsequenz.

Moral.¹⁴ Zur Bezeichnung der beiden Seiten des moralspezifischen *Codes* eignet sich am ehesten die Unterscheidung von *gut* und *böse*, von *gerecht* und *ungerecht*.¹⁵ Gut oder böse wird unterschieden, wenn es um das individuell Zurechenbare geht, um die Orientierung bzw. Normierung von Handlung und Haltung individueller Personen. Die zentrale Frage der Moral heißt dann: „Welche Handlung oder Haltung ist gut?“ oder „Ist diese Haltung oder Handlung gut?“ Gerecht oder ungerecht wird unterschieden, wenn es um soziale Gebilde geht, um die Orientierung bzw. Normierung von sozialen Gebilden hinsichtlich der Gerechtigkeit ihrer Strukturen, Ordnungen, Regeln. Dann heißt die zentrale Frage der Moral: „Welche Strukturen, Regel etc. sind gerecht?“ oder „Sind die gegebenen Strukturen, Regeln gerecht?“¹⁶

Das *Programm* der Moral enthält zeitgemäße Antworten auf die Frage nach den Bedingungen eines guten, gelingenden Lebens, für sich und gemeinsam mit anderen, in gerechten Institutionen bzw. Organisationen. Es beantwortet die Frage danach, welche Werte und Ziele angesichts einer immer größer werdenden Vielfalt von Handlungsoptionen, eines immer größeren und entsprechend immer riskanteren Freiheitsspielraums anzustreben wären, um jedem einzelnen und allen zusammen zum Glück zu verhelfen. Es beantwortet die Frage nach dem Weg, auf dem diese Ziele zu erreichen wären und hält entsprechende Normen- und Tugendenkataloge vor. Das Programm von Moral enthält entsprechend Antwort auf die drei Fragen: 1. „Welche Werte sind anzuzielen? Für welche Werte entscheide ich mich? Auf welche Werte einigen wir uns? Was ist es mir oder uns wert, angestrebt, gelebt zu werden?“ 2. „Welche Normen, Regeln, Strukturen etc. haben sich im Laufe der Geschichte als geeignet herausgestellt, diese Ziele zu erreichen, welche sind heute geeignet?“ 3. Welche Haltung, welche Handlung hat sich im Laufe der Geschichte als geeignet herausgestellt, diese Ziele zu erreichen, welche sind heute geeignet?“

2. Was soll ein kirchliches Krankenhaus sein?

Konkrete Erwartungen an Religion und Moral im Krankenhaus

Ein kirchliches Krankenhaus ist also eine höchst komplexe Organisation. Neben Medizin und Pflege bestimmen auch die Systeme Religion und Moral seine Kultur und seine Struktur. Und lösen Erwartungen aus. Bei Patienten, Mitarbeitern und Trägern. Erwartungen, die etwas von der Hoffnung zeigen auf das Mehr und das Andere eines kirchlichen Hauses.

2.1 Erwartungen an Religion im Krankenhaus

Was erwarten Menschen von Religion? Wie einschlägige Untersuchungen belegen, zielen die Erwartungen von Menschen an die Funktion von Religion in erster Linie auf das Mystische, weniger auf das Konkrete. Religion soll das Höhere, das den Menschen Übersteigende, erlebbar machen. Religion soll ein Fenster in die ansonsten geschlossene abgedunkelte Welt des Hier und

¹⁴ Es geht zunächst um Moral, nicht um Ethik. Ethik wird verstanden als die wissenschaftliche Reflexion der in Ort und Zeit vorzufindenden Moral. Die Ethik versucht die Geltungsansprüche der Moral und ihres Programms zu rekonstruieren – insofern ist sie Theorie der Moral. Sie versucht, diese Geltungsansprüche zu prüfen – insofern ist sie kritische Theorie der Moral.

¹⁵ Vgl. zum Verhältnis von Systemtheorie und Ethik: M. Schramm, Systemtheorie und Sozialethik. Methodologische Überlegungen zum Ruf nach Verantwortung, in: K.-W. Merks (Hg.), Verantwortung – Ende oder Wandlungen einer Vorstellung? Orte und Funktionen der Ethik in unserer Gesellschaft (Studien der Moraltheologie, Bd. 14), Münster/Hamburg/London 2001, 105-132.

¹⁶ Vgl. zum Unterschied von Individual- und Sozialethik: A. Anzenbacher, Christliche Sozialethik, Paderborn 1998, 15-19.

Jetzt brechen, das sich Richtung „jenseits“, „darüber“, „höher“ öffnen lässt. Religion soll eine Ahnung *davon* geben, vom „Prangen Gottes“ über unserer Welt. Dabei soll sie Transzendenz und Immanenz so vermitteln, dass dieses Prangen hinein scheint gerade in die existenziellen Situationen menschlichen Daseins, wo menschliches Leben eine Wende macht. Dabei wird weniger das bloße Thematisieren erwartet, sondern das Erleben. Weniger das Wort allein, vielmehr das Symbol, die Symbolhandlung.

Was Menschen grundsätzlich von Religion erwarten, das erwarten sie auch als Patienten, als Mitarbeiter oder als Träger von Krankenhäusern, jedenfalls wenn es sich dabei um kirchliche handelt. Ein nicht geringer Teil der Patienten sucht ein christliches Haus auf, weil er hofft, dass dort Religion auf irgendeine Weise präsent ist. Mitarbeiter kirchlicher Häuser reklamieren nicht selten das für sich, was sie für Religion halten mit dem Argument, sie würden schließlich bei einem konfessionellen Träger arbeiten. Und der Träger selbst formuliert immer wieder Religion als den signifikanten Unterschied im Vergleich zu seinen nicht-kirchlich getragenen Mitbewerbern auf dem Gesundheitsmarkt.

Patienten entscheiden sich an den Rändern des Lebens, insbesondere im Blick auf das Geborenwerden und Sterben, bewusst für kirchliche Einrichtungen. Sie erwarten von christlichen Häusern, dass das Leben in seiner Gänze gesehen und zudem, weil es immer gleichzeitig auch aus der Perspektive der Transzendenz wahrzunehmen ist, in seiner Fragmentarität beleuchtet wird. Das Leben ist eine „Kunst der Fuge“. Es ist in der Immanenz niemals ganz und abgeschlossen. Dabei wird die Bitte an Gott „Vollende Du selbst das Gute, das Du in uns begonnen hast.“ nicht bloß Liturgie bleiben. Sie muss in den organisationalen Alltag kirchlicher Einrichtungen und in das Kompetenzprofil ihrer Mitarbeiter übersetzt werden. Schon im Hier und Jetzt ist der Mensch Spiegel göttlicher Transzendenz, gerade weil er in seiner Vollendung sich endgültig als das erweist, was der Psalm 8 bekennt: „Erschaffen, nur wenig geringer als Gott“. Der Mensch ist mehr als Objekt und Material. Er hat Würde. Und noch mehr: er ist heilig. Das Bild des ersten Ultraschall, die ersten spürbaren Kindesbewegungen können nicht in ihrer Gänze gesehen werden ohne die Perspektive des von Gott „im Mutterschoß Gewobenseins“, wie es der Psalm 139 ausdrückt. Das schmerzverzerrte Gesicht des Sterbenden, dem keine Hochglanzästhetik der Postmoderne standhält, bewahrt seine Göttlichkeit nur im Schein des Antlitzes des am Kreuz sterbenden Gottessohnes.

Wer sich einem kirchlichen Haus als Mitarbeiter zur Verfügung stellt, darf nicht nur erwarten, dass ihm die von den AVR eingeräumten Exerzitienzeiten zugestanden werden oder dass ihm die Möglichkeit gegeben wird, Gottesdienste mitzufeiern. Er hat – gerade im Blick auf seine Arbeit an den Grenzen des Lebens – einen Anspruch darauf, dass in seine mystagogischen Kompetenzen investiert wird. - Wo Kirche Einrichtungen des Gesundheitswesens trägt, wird sie ein Interesse daran haben, dass sich Religion darin manifestiert, dass in den Standards dieser Einrichtungen, von den Geburtsvorbereitungskursen bis zur Sterbebegleitung operationalisiert, dokumentiert und so auch evaluierbar, Platz bleibt für die (wörtlich gemeinte) Re-flexion der Transzendenzperspektive: Eingeräumte Zeiten der Stille, Zur-Verfügung-Stellen von Betrachtungsobjekten (Kunst), alles, was geeignet scheint, die mystische Seite am Menschen auf das Geheimnis Gott hin zum Schwingen zu bringen.

Patienten entscheiden sich an den Nahtstellen des Lebens für kirchliche Häuser, weil sie intuitiv davon ausgehen, dass dort eventuell auftretende spirituelle Krisen bearbeitet werden. Sie rechnen damit, dass hier religiöse oder spirituelle Probleme Aufmerksamkeit finden. Belastende Erfahrungen etwa, die den Verlust oder das Infragestellen von Glaubensvorstellungen nach sich ziehen oder Probleme im Zusammenhang mit der Notwendigkeit, sich in Lebenskrisen neuen „Transzendenzvorstellungen“ zuzuwenden zu müssen, sollen hier Raum haben.

Mitarbeiter entscheiden sich für die Arbeit in einem kirchlichen Haus auch deswegen, weil sie hoffen, dass dort anders mit ihnen umgegangen wird, kommen sie selbst durch schwierige Lebensumstände in eine religiöse oder spirituelle Krise. –Wollen kirchliche Träger für die Bearbeitung spiritueller Krisen von Patienten Platz schaffen, werden sie von den Direktorien ihrer Häuser zu Recht erwarten können, dass diese erstens „Redundanzschleifen“ in die zweckrationalen Routinen der Organisation einbauen. Nur so kann sich Religion überhaupt ereignen. Und dass sie zweitens dafür geeignetes Personal vorhalten. Hier scheinen die Erfahrungen der Patienten mit Seelsorgepersonal nicht unbedingt nur positiv zu sein.¹⁷ Aber nicht nur im Blick auf die Seelsorger, auch im Blick auf die Pflege kann ein Träger erwarten, dass seine Organisation diesbezüglich investiert.¹⁸

2.2 Erwartungen an Moral im Krankenhaus

Erwartungen von Menschen an die Funktion von Moral gehen in mindestens drei Richtungen. In die eine geht das Suchen nach der Bewertung von Handlungen: „Ist diese Handlung gut und gerecht?“ Die Antwort der Moral ist dann legitimierend oder kritisierend. Und nicht selten schmerzhaft. Die Erwartung an eine Moral, die auch die eigene Handlung legitimiert oder eben kritisiert, ist nicht zu trennen von der Angst vor Schuld und Versagen, Angst vor der „gerechten Strafe“, wenigstens aber die begründete Befürchtung, dass die begangenen Fehler im sozialen Umfeld negativ sanktioniert werden, gehört dazu. In eine andere Richtung geht die Suche nach Handlungsorientierung: „Was soll ich tun?“ Die Moral deckt Orientierungsprobleme auf und versucht sie zu bewältigen. Die Erwartungen an diese orientierende Moral bzw. an die Ethik als kritische Theorie der Moral nehmen zu. Mit zunehmender Handlungsmöglichkeit und -freiheit wird das Risiko, ohne das die Freiheit bekanntlich nicht zu haben ist¹⁹, immer größer. Die Frage „Was soll ich tun, bei all´ dem, was ich tun kann?“ wird immer dringender. Aber auch: „Was wird der andere tun?“ Wird er mir Gutes tun? Wird er mir gerecht werden? In eine dritte Richtung geht dann die Frage nach dem, was ich vom anderen erwarten kann und was nicht. Die Moral und die Ethik, die gegen die Beliebigkeit von Handlungen und Haltungen gültige Wertentscheidungen und entsprechende Normen- und Tugendkataloge setzen, mindern das Risiko der eigenen Freiheit und der der anderen auf ein erträgliches Maß.

Was Menschen da von der Moral erwarten, das erwarten sie auch als Patienten, als Mitarbeiter oder als Träger von Krankenhäusern, jedenfalls wenn es sich dabei um kirchliche handelt. Patienten suchen bewusst ein christliches Haus auf, weil sie mit gutem Grund hoffen, dass dort moralische Entscheidungen getroffen werden. Weil sie dort mit Entscheidungen rechnen, die in jedem Fall und unter allen Umständen das in den Mittelpunkt stellen, was dem Menschen gut tut und ihm gerecht wird. Gerade da, wo das Lebensrisiko am größten ist, das Leben am verletzlichsten ist, an seinen Rändern, wo es anfängt und aufhört, an den Nahtstellen, an denen es leicht bricht, setzen sie auf die Moral.

Sie setzen dort auf Moral, wo das Leben anfängt. Wo fängt es an? „Ab wann ist der Mensch ein Mensch?“ „Und ab wann ist er als Mensch zu schützen?“ Für die Schwangere ist das keine theoretische Frage. Ihr Zustand der guten Hoffnung ist längst in einen überwachungspflichtigen Prozess mutiert. Sie macht das Standard-Programm der pränatalen Diagnostik durch. Und endet im „positiven“ Fall in der dramatischen Schere zwischen Diagnostizierbarem und Therapierbarem. Die

¹⁷ Vgl. die ersten Ergebnisse aus dem Projekt RESCUE. Veröffentlicht in: *Transpersonale Psychologie und Psychotherapie*. 1, 1999, 78-94.

¹⁸ Vgl. N. Schuster, Professionalität in der Sterbebegleitung. In: *Pflegemagazin* 6/2003, 34-42 und die Diskussion, die diesem Beitrag gefolgt ist.

¹⁹ Vgl. U. Beck/ E. Beck-Gernsheim, *Risikante Freiheiten*, Frankfurt 1994; U. Beck, *Risikogesellschaft*, Frankfurt 1986.

Pränataldiagnostik ist ein Test auf Leben und Tod, solange „Anormalitäten“ erkennbar, aber nicht heilbar sind. Für die Schwangere steht das kirchliche Krankenhaus gegen jede Verfügbarkeit des Lebens.²⁰ Für das Versprechen des Trägers, das ihm jedes Leben heilig ist. Und das Vertrauen, dass die Sorge der Ärzte und der Pflegenden jedem, gerade dem kranken Neugeborenen, gilt.

Sie setzen dort auf Moral, wo das Leben zu Ende geht. „Austherapiert!“ „Wir können nichts mehr tun!“ „Was nun?“ Die Euthanasie-Gesetzgebung im Nachbarland Holland wird auch in Diskussionen hierzulande von den einen als Freiheitsgewinn gefeiert, die anderen lehrt es das Fürchten. Das kirchliche Krankenhaus steht für die Ehrfurcht vor jedem Leben zu jeder Zeit. Für das Leben und das Arbeiten mit dem Tod als Teil des Lebens.

Sie setzen auf Moral an den Nahtstellen des Lebens. Plötzlich wird das Leben abgetrennt von dem, was als ganz und als heil gilt. Plötzlich ist es beschädigt. Gescheitert am Leben einer Gesellschaft, die Lebensglück und Lebenslust mit Gesundheit und Fitness²¹ gleichsetzt und dies auch noch als „ganzheitlich“ tituliert. Angewiesen auf eine Gesellschaft, die die medizinische und pflegerische Sorge um den Kranken rationalisiert und rationiert²², die das Gesundheitssystem der marktwirtschaftlichen Logik opfert, die Gesundheitsversorgung zunehmend an die (ökonomische) Potenz der Patienten knüpft und sie bestimmten Personengruppen²³ schließlich ganz vorenthält. Dagegen steht das kirchliche Krankenhaus. Es steht für das Versprechen des Trägers, nicht Nutzen und Effizienz zum ersten Kriterium der Krankheitsfürsorge zu erheben, sondern das, was dem Menschen gut tut und ihm gerecht wird. Im Mittelpunkt steht der Mensch, sein körperliches, geistiges und seelisches Heilsein.

Was allgemein von der Moral erwartet wird, das erwarten auch der Krankenpfleger und die Chirurgin, die im christlichen Krankenhaus arbeiten. Vorausgesetzt, es ist nicht der schlechten Personalpolitik des Krankenhauses zuzurechnen, dass sie dort arbeiten. Sie tragen den moralischen Anspruch mit. Und haben ein Recht auf moralische Entlastung. Sie handeln moralisch. Und sie haben ein Recht darauf, so handeln zu können und so behandelt zu werden. Ein Anspruch, der sich an den Träger kirchlicher Krankenhäuser richtet: Er hat die strukturellen und personellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass sich das, was die Leitbilder aller Krankenhäuser ihren Mitarbeitern wie den Patienten in exquisitem Layout oft und gerne verkünden, erfüllt: Hier handelt es sich um eine Organisation, in der medizinisch zertifiziert, pflegerisch qualifiziert und auch ethisch sensibilisiert gearbeitet wird.

3. Was wird und was kann ein kirchliches Krankenhaus sein?

Konsequenzen für die Kopplung der Systeme Medizin und Pflege, Religion und Moral

In Krankenhäusern spielen neben Medizin und Pflege auch Religion und Moral (bzw. Ethik als ihrer wissenschaftlichen Reflexion) eine Rolle. Das braucht zumindest für kirchliche Häuser nicht plausibilisiert zu werden. Aber es ist zu fragen, wie es möglich ist, dass sie eine Rolle spielen

²⁰ Vgl. DBK/ EKD (Hg.) Gott ist ein Freund des Lebens. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Bonn/ Hannover 1989; dies., Jedes Kind ist liebenswert. Leben annehmen statt auswählen, Bonn/ Hannover 1997; dies. (Hg.), Wie viel Wissen tut uns gut? Chancen und Risiken der voraussagenden Medizin, Bonn/ Hannover 1997.

²¹ Vgl. die Beschreibung des Gesundheitswahns in M. Lütz, LebensLust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult, München 2002, bes. 62ff.

²² Vgl. J. Hoffritz, Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 33-34/2003, 4ff. W. Kersting, Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung, in: T. Gutmann/ V. Schmidt (Hg.), Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002; U. Wiesing (Hg.), Ethik in der Medizin, Stuttgart 2000.

²³ Großbritannien zeigt, wie man es macht: Zum Bsp.: Der „Oregon Health Plan“ Vgl. G. Marckmann/ U. Siebert, Prioritäten in der Gesundheitsversorgung: Was können wir aus dem „Oregon Health Plan“ lernen?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 127(2002) 1601-1604.

können. Wie geht das, dass verschiedenen Systeme „zusammenarbeiten? Wie kann es zu „strukturellen Kopplungen“ zwischen den Systemen kommen? Entscheidend für die Frage der strukturellen Kopplungsmöglichkeiten zwischen Systemen ist die Frage nach dem Ausgangssystem. Welches System war zuerst da, welches ist das „Muttersystem“ und damit in der Lage, die Kopplungspartner und Kopplungspunkte auszuwählen?

Sind z.B. die „kirchlichen“ Altenheime, die „kirchlichen“ Kindergärten, „kirchlichen“ Schulen, „kirchlichen“ Beratungsstellen, „kirchlichen“ Einrichtungen der Sozialhilfe und eben die „kirchlichen“ Krankenhäuser zuerst erst einmal Altenheime, Krankenhäuser, Schulen, Beratungseinrichtungen (also Organisationen des Systems Pflege, Medizin, Pädagogik, Soziale Arbeit) und dann auch noch kirchlich (also Organisationen in denen es auch noch um Religion und Moral geht)? Dann heißt die Frage: Wie kommen die Religion und die Moral in die Organisation, deren Kernqualität die Medizin und die Pflege, die Soziale Arbeit oder die Pädagogik ausmachen?

Oder steht die Sache umgekehrt? Sind die „kirchlichen“ Organisationen zuerst „kirchlich“ (also Organisationen des Systems Religion/Moral) und dann Altenheime, Krankenhäuser, Schulen, Beratungsstellen (also Organisationen, in denen auch Momente des Programms der Systeme Pflege, Medizin, Pädagogik, Soziale Arbeit koppelnd eingespielt werden)? Dann heißt die Frage: Welche Qualitäten sind der Kernqualität der kirchlichen Organisation, die sich von der Religion und der Moral her bestimmt, hinzuzufügen? Und wie?

3.1 Die Frage nach dem Ausgangssystem der Organisation

Ausgangssystem für Organisationen der Pflege, nicht für die Medizin, sind Religion und Moral. Das lässt sich aus der Geschichte belegen, denn eines ist sicher: Die Sorge um Kranke, das Waschen und Verbinden, das Sicherstellen von guter Verpflegung und angemessener Bekleidung war ursprünglich Sache der Religion und der Moral, der christlichen Religion und ihrer Moral.²⁴ In neutestamentlicher Zeit gehörte sie (vgl. z.B. Mt 25, 36²⁵) neben der Fürsorge für Arme und Fremde zum christlichen Glaubensvollzug. Kein Christentum ohne die Sorge um die Kranken. Umgekehrt waren die Verpflichtung zur Betreuung Kranker und eine entsprechende Pflegepraxis eine spezifische Angelegenheit der Christen.²⁶ Keine Sorge um die Kranken ohne das Christentum. Von Anfang an unterschied sich die christliche Pflegepraxis spezifisch von der der zeitgenössischen antiken Umwelt, dort war sie unbekannt und unverständlich.

Unbekannt waren Struktur und Kultur der christlichen Krankenfürsorge, die jedem, auch dem Fremden und gerade auch den schlecht versorgten Schichten der Bevölkerung, also den Sklaven, dem städtischen Proletariat, später den Leibeigenen und Verarmten, zugute kam²⁷. Unverständlich war die besondere Mühe der Christen um unheilbar Kranke.²⁸ Unbekannt und unverständlich war

²⁴ Vgl. K. Hilpert, Caritas und Sozialethik. Paderborn 1997, 236-241. N. Brox, Diakonie in der frühen Kirche: „Die Erde zum Himmel machen“, in: Concilium 24 (1988) 227-281.

²⁵ Mt 25, 36 „Ich war krank und ihr habt mich besucht“: „episképtesthai“ = „besuchen“ oder „sich jemandes annehmen“ ist eines der Werke der Nächstenliebe, die im endzeitlichen Gericht entscheidend sind. (vgl. R. Schnackenburg, Matthäusevangelium, Bd. 2, Würzburg 1987, 251.

²⁶ Vgl. E. Bons, Der Umgang mit Leiden, Sterben und Trauer. Zeugnisse aus der Bibel und ihrer Umwelt, in: ZME 43(1997) 301-314. Vgl. M. Oeming, „Mein Herz ist durchbohrt in meinem Innern“ (PS 109,22). Krankheit und Leid in alttestamentlicher Sicht, in: ders., Krankheit und Leid in der Sicht der Religionen. Osnabrück 1994, 5-28.

²⁷ „Wo das geschieht, da gibt es nicht mehr Griechen oder Juden, Beschnittene, Fremde, Skythen, Sklaven oder Freie, sondern alles und in allen ist Christus.“ (Kol 3,11); die wichtigsten sozialen Ausgrenzungen, die in der damaligen hellenistischen Gesellschaft üblich waren und die sich auch auf die Pflegepraxis dort auswirkten, sind aufgehoben.

²⁸ Vgl. E. Seidler, Geschichte der Pflege des kranken Menschen, Stuttgart 1980³; W. Wesiak, Arzt und Patient: Wandel ihrer Beziehung in der Geschichte der Medizin, in: H. Wendt/ N. Loacker (Hg.), Kindlers Enzyklopädie: Der Mensch. Bd. III, Zürich 1983, 691-716, 706.

die Pflegepraxis der Christen - aber anziehend. Die Praxis der Krankenpflege war einer der Faktoren, die das Christentum für die Menschen der ausgehenden Antike anziehend machten.

Die christliche Krankenfürsorge organisierte sich in großen Schritten: Mit dem Mailänder Edikt wurde es 313 möglich, Hilfebedürftige öffentlich, in für die Aufnahme von Kranken reservierten oder gebauten Häusern zu betreuen. Das Konzil von Nicäa machte 325 jedem Bischof einer Stadt die Errichtung eines solchen Hauses zur Pflicht. Die Pflege der Kranken wurde bald auch zum unverzichtbaren Teil mönchischer Spiritualität.²⁹ Das organisierte Mönchtum wurde zu einem sehr potenten Träger der Krankenfürsorge. Für Jahrhunderte blieb die Ausübung der Krankenpflege fast ausschließlich in der Hand der Klöster. Päpstliche und kaiserliche Erlasse bewirkten einerseits, dass nur Mönche und Nonnen die Xenodochien bzw. Hospitäler leiten durften; andererseits sorgten sie dafür, dass die Klöster auch stets über ein Hospital verfügten.

Bis weit über das erste Jahrtausend stand in der Krankenfürsorge die Pflege der Kranken im Vordergrund. Das Interesse an medizinischem Heil-Wissen war eher zweitrangig. Erst im Zuge der Begegnung mit der arabischen Medizin geriet medizinisches Wissen stärker in den Blick.³⁰ Über die Klosterschulen und über einige von den Arabern übernommene medizinische Schulen ging dieses Wissen im 12.-14. Jahrhundert in die neu gegründeten Universitäten ein. Gleichzeitig zur Ausbildung einer wissenschaftlichen Medizin setzte sich die mit den Klöstern verbundene Krankenpflege-Kultur fort. Eine Reihe von neuen geistlichen Gemeinschaften entstand, die den Schwerpunkt ihrer Tätigkeit nicht nur auf die Krankenpflege setzten, sondern auch zunehmend auf die Ausbildung für die Krankenpflege. Die konfessionelle Pflege wurde (auch) zur professionellen Pflege.

3.2 Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Kopplungen zwischen den Systemen

Grenzen und Notwendigkeit von Kopplungen. „Kopplung“, genauer „strukturelle Kopplung“ ist ein zentraler Begriff innerhalb der Systemtheorie. Gemeint ist damit eine „Beziehung“ zwischen Systemen, die die Autonomie der beteiligten Systeme nicht unterläuft. Darum bedeutet diese Beziehung kein auch nur begrenztes „Offensein füreinander“. Kein System hat eine „Schleuse“ oder einen „Zugang“ in bzw. für das andere System. Das heißt, Systeme können sich gegenseitig nicht determinieren, instruieren oder wirklich zielgerichtet beeinflussen. Kopplung meint vielmehr die Interaktion zwischen den Programmen verschiedener Systeme. Wobei das Ausgangssystem immer selbst und ganz allein entscheidet, wie viel Programm es vom anderen System „nimmt“ und was es aus diesen Programmmomenten in sich selbst dann macht. Ohne eine solchermaßen verstandene Kopplung wird es allerdings zur alleinigen Dominanz eines (des Ausgangs-) Systems in einer Organisation kommen. So gesehen brauchen kirchliche Krankenhäuser zunächst:

Kopplung von Moral und Religion.³¹ Wieso sollte man einem schwerstgeschädigten Kind auf die Welt verhelfen? Es am Leben halten? Es als Person akzeptieren und sogar lieben?³² Wieso sollte

²⁹ Benedikt verlangt unter Bezug auf Mt 25 von seinen Brüdern, um die Kranken „vor allem und über alles besorgt zu sein. Man diene ihnen so, wie wenn man wirklich Christus dienen würde.“ Vgl. Regel des Hl. Benedikt, cap 31, 36, 53.

³⁰ Vgl. H. Schipperges, Homo patiens. Zur Geschichte des kranken Menschen, München/ Zürich 1985.

³¹ Vgl. zum Profil einer theologischen Systemethik: M. Schramm, Kontingenzeröffnung und Kontingenzmanagement. Christliche Sozialethik als theologische Systemethik, in: W. Schmitz (Hg.), Johannes Messner - ein Pionier der Institutionen- und Systemethik (Sozialwissenschaftliche Schriften, Heft 37), Berlin 1999, 19-44.

³² Der australische Moralphilosoph Peter Singer hat hier eine genau entgegengesetzte moralische Entscheidung getroffen und begründet: Schwerstgeschädigte Neugeborene haben ein Recht auf Linderung ihrer Schmerzen, auf Wärme und auf Nahrung, aber, da sie nicht Person sind, kein Recht auf das Leben an sich. Vgl. H. Kuhse/ P. Singer, Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener, Erlangen 1993. Die Ansicht, es sei verboten, unheilbar kranke, leidende und sterbende Menschen zu töten, führen die Autoren ausschließlich auf den Grundsatz von der Heiligkeit des Lebens zurück (ebenda 158f), also auf die Kopplung von Moral mit Religion!

man dem Kranken neben optimaler medizinischer Versorgung auch noch Solidarität und Zuwendung zukommen lassen? Wieso sollte man sich um den Schwerstkranken, den Schwerstbehinderten bemühen? Warum sollte man noch etwas tun, wenn nichts mehr zu machen ist? Warum gilt das als gut und gerecht? Weil dem normativen Diskurs eine Entscheidung vorausliegt. Hinter der moralischen Entscheidung bzw. vor der ethischen Reflexion über das, was zu tun oder zu lassen ist, steht die Frage „Welche Menschen wollen wir sein?“ In welcher Welt wollen wir leben?“ Hinter der geltenden Moral bzw. vor der ethischen Reflexion steht ein bestimmtes Bild vom Menschen und der Welt. In kirchlichen Organisationen gelten Vor-Entscheidungen, die auf der Folie der aus der Offenbarung gewonnenen christlichen Vorstellung vom Menschen und der Welt getroffen worden sind. In kirchlichen Organisationen werden Entscheidungen, was in Dilemma-Situationen gut oder gerecht sei, in der Kopplung von Moral und Religion bzw. im Zusammen von Ethik und Theologie gefällt. In ihren Ethik-Komitees hat die Theologie ihren Ort und das Wort. Moralisch gültig ist auf Dauer nur, was plausibel ist. Plausibel ist nur, was den Hintergrund der moralischen und ethischen Entscheidung transparent macht. Das gilt sowohl für die Patienten als auch für die Mitarbeiter: Nur wenn Moral offensichtlich mit Religion verbunden wird, ist mit einer menschenfreundlichen Organisations-Struktur und einer menschenwürdigen Organisations-Kultur zu rechnen. Und nur wenn die Kopplung zwischen Moral und Religion nicht dem Einzelfall überlassen wird, sondern programmatisch ist, ist sie verlässlich. Ohne Risiko, dass morgen doch andere Werte gelten, andere Ziele als ein würdiges Leben für einen jeden und eine jede zu jeder Zeit und unter allen Umständen. Was macht ein Krankenhaus zu einem kirchlichen? Dass in ihm sowohl Träger als auch Management an der Kopplung der beiden Systeme Moral und Religion arbeiten. Dass dort mit einem Abgleich der Programme beider Systeme gerechnet werden kann. – Das ist die Voraussetzung für alle weiteren Kopplungen.

Kopplung von Religion und Moral mit Medizin³³. Die Kirchlichkeit kirchlicher Häuser entscheidet sich daran, ob es dem Management gelingt, Religion und Moral auf das Medizinsystem hin zu koppeln. Es kommt darauf an, welche Rolle die Moral- und Religionsprogramme sowohl in der Struktur der Organisation als auch bei der Handlung bzw. der Haltung der Mitarbeiter spielen. Inwieweit es gelingt, die Perspektive des Guten bzw. Gerechten und der Transzendenz „mitzuverrechnen“. Dabei wird man unterscheiden müssen zwischen dem, was solche Kopplung in der „harten“, in der Akutmedizin, bewirkt und dem, was sie in der „weichen“ Medizin bewegt. In der Akutmedizin, der man vermutlich das höchste Metatheoriedefizit im Gesundheitswesen bescheinigen kann, stellt sich an den Grenzen des Lebens, im medizinischen Handeln am akut lebensbedrohten Menschen, die Frage „Was soll ich tun?“ in radikalster Form. Die Reanimation des 91jährigen altersdementen Patienten, die Intensivbehandlung des in der 22. Woche geborenen Säuglings, der Verzicht auf die Operation des Patienten mit Bauchspeicheldrüsenkrebs, der Abbruch der Chemotherapie für die Brustkrebspatientin – Entscheidungen in dilemmatischen Situationen fordern die Kopplung von Medizin an die Moral/Religion heraus. In der programmatischen Kopplung sind sie eindeutiger zu fällen, besser zu verantworten und leichter zu tragen. In der „weichen“ Medizin, die von Präventionsmaßnahmen bis zur Gesundheitspolitik alles im Blick hat, was der Gesundheit dient, wird sich die Kirchlichkeit kirchlicher Träger ebenfalls an ihrem Versuch, Programme von Moral/Religion an das Gesundheitssystem „anzudocken“, festmachen lassen. Aber zur Interaktion der Programme kommt es dort in erster Linie in sozial relevanten Fragen: „Worauf einigen wir uns?“ „Was kommt dem Menschen, dessen Leben uns heilig ist, gerechterweise zu?“ „An Diagnostik?“ „An Therapie?“ „An künstlicher Unterstützung mangelnder Körperfunktion?“ „Für welche Standards entscheiden wir uns?“ „Was wird bezahlt?“.

³³ Vgl. zur Ethik in der Medizin bzw. in der Medizinerbildung: A. Bondolfi/ H. Müller (Hg.) Medizinische Ethik im ärztlichen Alltag 1999; S. Reither-Theil/ Chr. Hick, K(ein) Platz für Ethik im medizinischen Curriculum?, in: ZME 44(1998), 3-13.

Was kann als gerecht gelten – auf dem Hintergrund der evangelischen Option für die Schwächsten unter uns, der Option für das Leben besonders da, wo es beschädigt ist oder wo es Gefahr läuft, beschädigt zu werden? Weil in der Beantwortung solcher Fragen nach Gerechtigkeit immer auch dem eigenen Anspruch (von der Präventivmedizin über Reproduktionsmedizin, Gentherapie und Transplantationsmedizin bis hin zur ästhetischen Chirurgie) zugunsten des Gemeinwohls Grenzen gesetzt werden³⁴, werden die Konsequenzen sowohl von Mitarbeitern als auch von Patienten und nicht selten auch vom Träger hin und wieder eher einschränkend als entlastend erlebt.

Kopplung von Religion und Moral mit Pflege. Die Pflege hat sich binnen weniger Jahrzehnte aus ihrem Ursprungssystem Religion herausdifferenziert. Hier waren bis in die jüngste Zeit hinein noch, zumindest als Symbol für die Ursprungssysteme Religion und Moral, Ordensleute in erheblichem Umfang tätig. Ihre Zahl wird stetig kleiner. Hier gehörten bis in die jüngste Zeit selbstverständlich Religion und Moral zur Ausbildung in der Pflege. Diese Selbstverständlichkeit ist verschwunden; Religionsunterricht in die Curricula aufzunehmen, braucht eine Entscheidung und die wird zunehmend exklusiv von den kirchlich getragenen Anstalten getroffen. Mit dem notwendigen Zuwachs an Professionalität scheint der Verlust an Konfessionalität (bzw. „Profession“ im christlichen Sinn des Wortes) einherzugehen.³⁵ Hier ist, für kirchliche Häuser jedenfalls, aber nicht nur für kirchliche Häuser, eine erneute Kopplung des Systems Moral/Religion an die Pflege, die schließlich ihr ureigenes Geschäft ist, dringend angesagt. Und sie ist vergleichsweise unkompliziert umsetzbar.

Was ist ein kirchliches Krankenhaus?

Was also ist ein kirchliches Krankenhaus? Was macht es aus? Die programmatische Kopplung von Religion und Moral mit Medizin und Pflege, so beschreibt es die Systemtheorie. Die optimale medizinische Versorgung kranker Menschen, sagt der Internist. Eine Pflege, die den Menschen körperlich und seelisch umsorgt, sagt Schwester Engelhardis. Und dass es in beidem, in der Medizin und in der Pflege, vor allem um die Heiligkeit des Lebens geht, darum, ihm gut zu tun und gerecht zu werden, weiß der Träger. Es sei die Frage, ob sich das rechnet, zweifelt das Management. Aber wenn wir damit nicht rechnen können, brauchen wir es nicht, das kirchliche Krankenhaus, sagt die Patientin.

³⁴ Vgl. DBK (Hg.), Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, Bonn 2003.

³⁵ Es ist ein Zusammenhang anzunehmen zwischen der zunehmenden Entkopplung der Pflege von Religion und dem Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem: Von der Fürsorge zur Autonomie. Vgl. U. Eibach, Menschenwürde an den Grenzen des Lebens. Einführung in Fragen der Bioethik aus christlicher Sicht, Neukirchen 2000, 37-61.