



ULRIKE KOSTKA · BERLIN

DIE SORGE FÜR DIE KRANKEN

*Kirchliches Engagement zwischen göttlichem Heilungsmonopol
und institutionalisierter Caritas*

Kirchliche Krankenhäuser erfreuen sich genauso wie kirchliche Pflegeheime und -dienste sehr großer Beliebtheit. Gleichzeitig stehen sie ebenso wie andere kirchlich-soziale Einrichtungen unter demselben wirtschaftlichen Druck wie nichtkirchliche Häuser. Aufgrund ihrer Tradition und ihres normativen Selbstanspruches erwarten Patienten, Angestellte und die Bevölkerung, dass in den kirchlichen Krankenhäusern ein besonderer, christlicher Geist herrscht, der die Krankenhäuser unterscheidbar machen soll von anderen. In den folgenden Ausführungen soll die Geschichte der christlichen Krankenfürsorge bis hin zum modernen Krankenhaus nachgezeichnet werden. Es wird die Frage diskutiert, wie und ob kirchliche Krankenhäuser ein christliches Plus leben. Ebenso wird postuliert, dass die Krankenhäuser einen anwaltschaftlichen, sozialpolitischen Auftrag haben. Dies wird verdeutlicht an der medizinischen Versorgung von nicht versicherten Patienten.

1. Krankheit und Heilung des Patienten «Mensch» im biblischen Verständnis

Die Sorge um Kranke ist eine urchristliche Tugend. Sie ist ein Ausdruck der *Diakonia*, einer Wesensfunktion der Kirche. Sie begründet sich insbesondere im jesuanischen Handeln und den Krankenheilungen, die den biblischen Textkanon durchgängig prägen. Ausgangspunkt des biblischen Krankheits- und Heilungsverständnisses ist die theologische Vorstellung, dass allein Gott Krankheiten geben und heilen kann. Das göttliche Heilungsmonopol wird im Neuen Testament zum leitenden Handlungs- und Deutungsmuster Jesu.

Jesus heilt Aussätziges, Blinde, Lahme und taube Menschen.¹ An diesen Menschen, die sich durch ihre Krankheit nach biblischem Verständnis in einer Lebenskrise befunden haben, wird gezeigt, was das Reich Gottes be-

ULRIKE KOSTKA, geb. 1971, Diözesancaritasdirektorin des Erzbistums Berlin und außerordentliche Professorin für Moraltheologie an der Universität Münster.



deutet: Das Aufgerichtetwerden des «Patienten» Menschen, seine Befreiung und Erlösung. Der geheilte Mensch ist wieder fähig zu einem vollen Leben im Sinne der Schöpfung. Er kann seine Beziehung zu Gott leben, ist sozial integriert und fähig zu einem verantwortlichen Handeln. Entsprechend beauftragt Jesus die Jüngerinnen und Jünger: «Heilt die Kranken, die dort sind und sagt den Leuten: Das Reich Gottes ist nahe» (Lk 10, 9).

2. Beispiele des kirchlichen Umgangs mit Krankheit und Heilung von Krankheit und Gesundheit im Frühchristentum und im Mittelalter

Das biblische Paradigma Krankheit und Heilung wurde in der Theologie- und Kirchengeschichte stark rezipiert.² Dabei hat der Vergeltungsgedanke (Krankheit als Strafe Gottes für Sünden) als vorrangiges Interpretationsmuster eine Dominanz bekommen, die durch die Texte des Alten und Neuen Testaments nicht begründet ist. Die Folgen dieser Entwicklung waren oftmals für die Betroffenen tragisch. Die Deutung von Krankheit verlief in der Theologie- und Kirchengeschichte nicht linear: «Die Geschichte [...] bleibt vielmehr durch das Nebeneinander unterschiedlicher Deutungsrichtungen und den Versuch bestimmt, an sich unvereinbare Antworten zu harmonisieren.»³ Dies zeigt auch das folgende wichtige Zeugnis einer frühchristlichen Interpretation von Krankheit und Gesundheit.⁴

Basilios von Cäsarea (330–379)

In seinen Mönchsregeln setzt sich Basilius mit der Heilkunde auseinander und betrachtet sie als eine Gabe des göttlichen Schöpfers. Die Heilkunde sei nützlich, doch die Gläubigen sollen darauf achten, dass «sie Gesundheit und Krankheit nicht ganz und gar abhängig von ihr machen, sondern ihre Hilfe zur Ehre Gottes und als Hinweis auf die Sorge für die Seele beanspruchen.»⁵ Ziel des Menschen müsse sein, durch Buße, Umkehr und gute Taten das Heil seiner Seele zu finden. In seinen weiteren Ausführungen nimmt Basilius verschiedene Motive aus den alttestamentlichen Krankheitsinterpretationen auf, die von dem Motiv der Erprobung, Erziehung durch Gott mit Hilfe der Krankheit bis zur Bestrafung für Sünden reichen. Basilius hebt dabei stets hervor, dass die Krankheit eine pädagogische Maßnahme Gottes zur Besserung des Sünders darstellt. Schockenhoff resümiert im Blick auf die Rezeption der alttestamentlichen Motive: «Trotz der theologischen Sachkritik, die im Neuen Testament durch die Gleichnisse und Streitgespräche Jesu an einzelnen dieser Deutungsmotive, insbesondere jedoch an dem Strafgedanken, vorgetragen wurde, konnten diese im frühchristlichen Glaubensbewusstsein breiten Einfluss gewinnen.»⁶

Gleichzeitig wird die Sorge für die Kranken in der frühchristlichen Theologie und kirchlichen Praxis zu einem eigenen ethischen Gebot. Basilus gründet 368 in seiner Bischofsstadt Cäsarea das erste christliche Hospital. Die kirchliche Sorge für die Kranken und Sterbenden stellte einen qualitativen Sprung zum römisch-hellenistischen Umfeld dar. «Antike Ärzte hatten die Behandlung offensichtlich Todgeweihter abgelehnt, an denen sich doch keine eigentlich heilende Kunst mehr bewähren konnte. Sie waren in hippokratischer Tradition Diener der ärztlichen Kunst.»⁷

Antonio Autiero zieht folgendes Fazit: «Das Frühchristentum kennt auf der einen Seite das sorgende Engagement für den kranken Menschen als Konkretisierung der karitativen Hingabe, der Nächstenliebe. Diese findet ihre letzte Quelle in der Haltung Jesu, der die Kranken heilt. Das Motiv des *Christus Medicus* prägt die Spiritualität und die pastorale Tätigkeit der Kirche seit ihren Anfängen und fördert die Entstehung und Entwicklung einer *Historia Caritatis*, die durch die Jahrhunderte hindurch ihre Früchte bringt. Auf der anderen Seite aber ist das Verhältnis von Theologie und Kirche gegenüber der Wissenschaft und speziell der Medizin nicht ohne Unbehagen.»⁸

Das kirchliche Hospital

Durch das Konzil von Aachen im Jahr 816 wurden die Vorsteher von Kirchengemeinden und Domstiften verpflichtet, Hospitäler bzw. Herbergen für Bedürftige einzurichten. Diese Herbergen dienten vorwiegend der Versorgung der Kranken und Siechen.⁹ Eine weitere Welle von Hospitalgründungen und christlichem Engagement für die Kranken entstand im 12. Jahrhundert durch die Ordensgründung der Spitalbrüder vom heiligen Geist. Der Heilig-Geist-Orden verbreitete sich in kurzer Zeit über ganz Europa und widmete sich der Krankenpflege. Eine Alternative zu den kirchlichen Hospitälern entwickelte sich durch die Gründung von Bürgerhospitälern.¹⁰ In den Hospitälern konnten die Kranken und Siechen nicht medizinisch behandelt werden, da nur ein geringes medizinisches und pflegerisches Wissen zur Verfügung stand. «Ein medizinisch hoch stehendes Spitalwesen, in dem der Arzt nicht nur beratende Nebenfigur, sondern verantwortlicher Leiter war, entwickelte sich in der arabischen Medizin, ohne jedoch auf Europa zu wirken.»¹¹ Holtel beschreibt: «Die kirchlich-liturgische Betreuung war das einzige ‹heilende› Mittel, das man zumindestens der unsterblichen Seele des Schwerkranken zukommen lassen konnte. [...] Die Kranken wurden meist in einen großen Saal wie in eine Kirche gelegt. Oft fand sich auch ein Altar, an dem bei Tag und Nacht Messen gelesen wurden, die jeder der Kranken verfolgen konnte. Die Sakramente der Krankensalbung, Beichte und Kommunion wurden eifrig gespendet.»¹² Klessmann stellt fest: «Dieses System

der Krankenhauseelsorge, das an den strengen, quasi richterlichen Vollzug der Beichte und damit an die Autorität des Priesters (Schlüsselgewalt) gebunden ist, bleibt bis ins 16. Jahrhundert relativ unverändert bestehen.»¹³

Krankheit und Gesundheit wurden in dieser Zeit im Rahmen des christlichen bzw. kirchlichen Ordnungs- und Menschenbildes interpretiert. Die Kirche war die entscheidende heilungs- und heilsvermittelnde Instanz. In den folgenden Jahrhunderten verlor sie diese Kompetenz – unter anderem durch den Einzug der naturwissenschaftlichen Methodik in die Medizin im 19. Jahrhundert. Die spezifische Kompetenz und Eigenständigkeit der Medizin wurde im Verlauf des 19. und 20. Jahrhunderts durch die Kirche und die Theologie anerkannt. Insbesondere im 19. Jahrhundert wurden viele Pflegeorden und –kongregationen gegründet und kirchliche Krankenhäuser sowie Pflegeeinrichtungen eingerichtet. Jedes dritte Allgemeinkrankenhaus in Deutschland ist heute ein kirchliches Krankenhaus (in evangelischer oder katholischer Trägerschaft). Die katholischen Häuser sind im Deutschen Caritasverband (DCV) und seinem Fachverband Katholischer Krankenhausesverband Deutschlands (KKVD) organisiert.

3. Die Entwicklung einer institutionalisierten Caritas im 19. und 20. Jahrhundert

«Not sehen und handeln» lautet das Motto der verbandlichen Caritas in Deutschland. Im Jahr 1897 gründete der Priester Lorenz Werthmann den Deutschen Caritasverband. Sein Ziel war, die katholischen caritativen Initiativen und Verbände zu bündeln und der Caritas der Kirche eine gemeinsame sozialpolitische Stimme zu geben. Das caritative Engagement der Kirche erfolgte schon damals in vielfältiger Form: durch die Bistümer, Gemeinden, Verbände, Initiativen von einzelnen Katholiken, Gruppen und viele Ordensgemeinschaften. Der Deutsche Caritasverband wurde durch die Deutsche Bischofskonferenz schließlich als die institutionelle Zusammenfassung der kirchlichen Caritas anerkannt und bestätigt.

Im 20. Jahrhundert hat die Caritas der Kirche ihr Hilfeangebot stets erweitert und professionalisiert. Im Deutschen Caritasverband (DCV) sind über die Caritasverbände auf Diözesan-, Landes- und Ortsebene sowie über die Fachverbände mehr als 26.000 Dienste und Einrichtungen der kirchlichen Caritas organisiert. Die Dienste und Einrichtungen im Gesundheitswesen sind die größte Gruppe von Einrichtungen. Unter dem Dach der Caritas arbeiten über 500.000 beruflich und mehrere hunderttausend ehrenamtlich/freiwillig tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Mit seinem Hilfswerk Caritas international ist der DCV weltweit tätig. Bei allen Aktivitäten ist der DCV kein Sozialkonzern. Er ist ein dezentraler Verband. Denn

die einzelnen Gliederungen, Dienste und Einrichtungen sind selbstständige Rechtsträger und damit eigenverantwortlich.

Die Notlagen in Deutschland haben sich seit der Gründung des Deutschen Caritasverbandes natürlich stark geändert. Soziale Herausforderungen in Deutschland sind zur Zeit insbesondere die hohe Kinderarmut, die Situation von langzeitarbeitslosen Menschen, die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund, Flüchtlinge und der demographische Wandel. Die Caritas ist mit ihren Diensten und Einrichtungen und ihrem sozialpolitischen Engagement Kirche mitten unter den Menschen und in der Gesellschaft. Viele Ordensgemeinschaften, die sich caritativ engagieren und soziale Einrichtungen und Dienste gegründet haben, leiden unter Nachwuchsmangel. Sie suchen nach Wegen gemeinsam mit den Caritasverbänden, wie ihre Spiritualität durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und andere weiterleben kann.

Gesellschaftlich sind in Deutschland die Folgen der demographischen Entwicklung sowie eine fortschreitende Differenzierung und Individualisierung festzustellen. Parallel dazu befindet sich die Kirche in einem massiven Veränderungsprozess. Er ist geprägt durch die Entfremdung ganzer Schichten von Kirchenmitgliedern und der damit einhergehenden Situation der Pfarrgemeinden. Der Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Caritas steigt, die keine klassische Sozialisation im kirchlichen Umfeld erfahren haben. So ist die Mitarbeiterschaft der Caritas wesentlich heterogener als in früheren Zeiten. Damit ergeben sich neue Fragen für das Selbstverständnis und die Identität der verbandlichen Caritas.

Viele Einrichtungen haben durch Leitbildprozesse versucht, sich die Grundorientierungen ihres Handelns und ihres Auftrages bewusst zu machen, diese zu beschreiben und sich von dort her neu zu inspirieren. Durch die Enzyklika «Deus Caritas est» von Papst Benedikt XVI. und das Wirken von Papst Franziskus für eine «arme Kirche der Armen» wurde dieser Prozess sehr gestärkt.

4. Katholische Krankenhäuser in der Spannung von Markt, Gesundheitspolitik und Identität

Die kirchlichen Krankenhäuser passen sich genau wie Krankenhäuser anderer Träger schon seit vielen Jahren an den zunehmenden Wettbewerb auf dem Gesundheitsmarkt an.¹⁴ Betriebswirtschaftliche Instrumente sind Alltag in den Krankenhäusern, genauso wie Qualitätsmanagement und Rationalisierungsmaßnahmen. Viele Krankenhäuser reagieren auf die Marktsituation mit Spezialisierung und der Gründung von Krankenhausverbänden durch Fusionen sowie ambulanten Opzentren, Pflegediensten und Kurzzeitpfle-

ge. Manche, insbesondere kleinere Krankenhäuser mussten bereits schließen. Von einem weiteren Bettenabbau ist in Deutschland auszugehen. Die Verkürzung der Verweildauer führt zu einer entsprechend hohen Belastung der Angestellten. Viele Patienten höheren Alters sind stark pflegebedürftig. Durch die Refinanzierungsbedingungen können Knappheitssituationen in der Patientenversorgung entstehen. Viele Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren Zertifizierungen unterzogen, Leitbilder wurden entwickelt und klinische Ethikkomitees eingerichtet.

Teilweise wurden in Krankenhäusern Personal abgebaut oder Leistungen «outsourct». Insgesamt haben die kirchlichen Krankenhäuser eine heterogene Mitarbeiterschaft, die ganz unterschiedlich religiös und sozial sozialisiert ist. Das gleiche gilt für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen – in den neuen Bundesländern eine schon lange selbstverständliche Tatsache. Das kirchliche Krankenhaus ist natürlich auch durch Entwicklungen in der Kirche beeinflusst – z.B. Veränderungen der pastoralen Strukturen zu Seelsorgeräumen, Priestermangel, Imageverlust und gleichzeitig sehr heterogene religiöse Bedürfnisse der Menschen und Säkularisierung.

Das christliche Profil eines Krankenhauses ist nicht leicht festzumachen. Es gibt viele Erwartungen darin, von innen und außen, von der verfassten Kirche, genauso aber auch von den Patienten. Um den Auftrag und die Erwartung an die katholischen Krankenhäuser aus Sicht der Kirche zu präzisieren, wurde die Enzyklika «Deus Caritas est» von Papst Benedikt XVI. ausgewählt.¹⁵

Die Enzyklika «Deus Caritas est»

Die erste Enzyklika von Papst Benedikt XVI. beschäftigt sich mit der göttlichen Liebe und dem Caritasdienst der Kirche. Sie sieht in der Caritas eine der drei Grundfunktionen der Kirche. Als Teil des Caritasdienstes betrachtet sie auch die Sorge für die Kranken. Liebe werde durch Gott geschenkt – so die Enzyklika – und verwirkliche sich in der geschenkten Liebe zwischen Menschen. Diese Anerkennung und Wertschätzung ist demnach auch ein entscheidender Grundsatz im Umgang mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in karitativen Einrichtungen der Kirche. Nur wenn sie persönliche Wertschätzung durch Kolleginnen und Kollegen, durch ihre Vorgesetzten, aber auch durch die Organisation und die Kirche als Ganzes erhalten, können sie langfristig ihren Dienst tun. An dieser Stelle ergeben sich für Krankenhäuser interessante Reflexionsmöglichkeiten, ob und wie der Mitarbeiterschaft Wertschätzung und Anerkennung vermittelt wird.¹⁶ Gleichzeitig akzentuiert hier die Enzyklika, dass jeder, der im Caritasdienst steht, auch ein privates Umfeld braucht, das ihm Zuwendung und Anerkennung bietet. Die Arbeitsbedingungen sollten deshalb also so gestaltet sein, dass sie dem

einzelnen auch ein Privatleben ermöglichen, was im Krankenhaus bei Personalmangel sehr schwierig ist.

Papst Benedikt schreibt: «Die Kirche kann den Liebesdienst so wenig ausfallen lassen wie Sakrament und Wort». (Nr. 22) Mit dieser Aussage setzt Papst Benedikt ein nachdrückliches Zeichen. Die Kirche realisiert sich nur dann, wenn sie alle drei Wesensformen zum Ausdruck bringt und lebt. Übertragen bedeutet das, dass jedes katholische Krankenhaus, jede katholische Pflegeeinrichtung oder Sozialstation einen kirchlichen Dienst vollzieht, Teil der kirchlichen Sendung und der Kirche ist. An dieser Stelle ergeben sich für die Krankenhäuser sowie für die Pfarrgemeinden und die ganze Pastoral Impulse für eine stärkere Zusammenarbeit. Die Krankenhäuser und die Pfarrgemeinden können sich gegenseitig befruchten – sei es durch Besuchsdienste bzw. durch gemeinsame Begegnungen und Aktivitäten.

Eine ganz außergewöhnliche Aussage wird in Nr. 31 in der Enzyklika getroffen: «Der Christ weiß, wann es Zeit ist, von Gott zu sprechen, und wann es recht ist, von ihm zu schweigen und nur einfach die Liebe reden zu lassen». Weiter heißt es «Wer im Namen der Kirche karitativ wirkt, wird niemals dem anderen den Glauben der Kirche aufzudrängen versuchen». Das Krankenhaus ist somit missionarisch tätig, wenn sich Menschen dort aufgehoben und geborgen fühlen und spüren, wie ein christliches Menschenbild die Patientenversorgung prägt. Sicherlich zählt dazu auch, dass der Patient nicht nur medizinisch betreut wird, sondern ihm auch seelsorgliche Angebote zur Verfügung stehen, ohne dass ihm diese aufgedrängt werden, was gute Praxis in vielen Krankenhäusern ist. Für viele Krankenhäuser und ihre Angestellten werden an dieser Stelle viele Fragen und Spannungen aufgrund der finanziellen und personellen Rahmenbedingungen entstehen, die ein solches Handeln erschweren bzw. in Einzelfällen verhindern.

Verantwortung für die Herzensbildung

Hervorgehoben wird in der Enzyklika die Notwendigkeit professioneller Kompetenz für den Caritasdienst, was gerade auch für den hochprofessionalisierten Bereich der medizinischen Versorgung und Pflege von Bedeutung ist. Gleichzeitig weist die Enzyklika darauf hin, dass die Organisationen der Caritas auch für die Herzensbildung der Mitarbeiterschaft zu sorgen haben. Besonders wichtig ist hier der dahinter stehende Gedanke, dass Fragen der Leitbild- und Identitätsvermittlung eine Aufgabe und Pflicht der Organisation und damit der Führung ist. Sie liegt eben nicht allein in der Verantwortung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sondern die Organisation muss den Instrumente, Formen und Fort- und Weiterbildung zur Verfügung stellen, damit Auseinandersetzung mit den Grundsätzen der Caritas stattfinden kann. Dazu zählt neben spirituellen Angeboten auch die Möglichkeit,

sich mit den ethischen Leitorientierungen der Caritas auseinanderzusetzen.

Die Ethikkomitees in vielen Krankenhäusern können dazu einen wichtigen Beitrag leisten, insbesondere wenn diese auch Angebote für alle Angestellten machen (z.B. Fortbildung zu Themen wie Sterbebegleitung oder Patientenkommunikation). Auffällig ist, dass die Enzyklika teilweise ein idealisiertes Bild der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeichnet. Sie berücksichtigt zu wenig, dass man in den Diensten und Einrichtungen genauso durch gesellschaftliche und kirchliche Prozesse geprägt ist wie andere Bürgerinnen und Bürger. Für die Herzensbildung einschließlich spiritueller Angebote wird es darauf ankommen, dass es sich um vielfältige und niederschwellige Angebote und Einladungen handelt, auf die sich die Angestellten freiwillig einlassen kann. Sicherlich kann die Mitarbeit in einem kirchlichen Krankenhaus auch für den Glauben öffnen und diesen erweitern. Dies sollte jedoch immer auf freiwilliger Basis erfolgen.

Wenn wir das Leitbild des Deutschen Caritasverbandes zu der Enzyklika dazulegen, ist für das Profil der Krankenhäuser auch noch das Kriterium der Anwaltschaftlichkeit zu ergänzen.

Konsequenzen für die kirchlichen Krankenhäuser

Für die kirchlichen Krankenhäuser ergibt sich aus der Botschaft der Enzyklika eindeutig, dass sie einen kirchlichen Sendungsauftrag haben. Dieser besteht in der konkreten Sorge für die Patienten. Die Christlichkeit liegt in der Gestaltung dieser Sorge. Die Zuwendung bedeutet im christlichen Sinn, dass er mehr erfährt als eine rein somatische Betreuung. Im Vordergrund hat die Begegnung zwischen dem Menschen zu stehen. Eine solche ganzheitliche Sorge lässt sich nicht auf eine Berufsgruppe, z.B. auf das pflegerische oder das ärztliche Personal festschreiben. Sie betrifft alle Angestellten des Krankenhauses. Sorge im ganzheitlichen Sinn meint neben der Leibsorge das persönliche Gespräch, die seelsorgliche Begleitung, auch die Sorge für die Beziehungen, in der der Patient steht. Dazu zählen insbesondere die Angehörigen. Die Sorge endet nicht mit dem Entlassungsschein. Sondern das Krankenhaus muss auch Sorge tragen, dass im Anschluss an die Entlassung jemand für den Patienten da ist, wenn die Person es braucht. Ich denke da an Kontaktaufnahme mit der Sozialstation, der Pfarrgemeinde oder dem Pflegeheim. Der Vorteil des Krankenhauses kann darin liegen, dass es das Caritasnetzwerk dazu nutzen kann bzw. die Kontakte zu anderen Einrichtungen und Diensten.

Die Krankenhäuser können ihren Dienst nur leisten, wenn sie über die notwendigen Rahmenbedingungen verfügen. Für die kirchlichen Krankenhäuser wird sich daher immer wieder die Frage stellen, ob die finanziellen und politischen Rahmenbedingungen einen solchen Dienst noch ermögli-

chen oder verhindern. Sicherlich überfordert es das einzelne Krankenhaus, sich für angemessene Rahmenbedingungen politisch einzusetzen. Im Sinne des Subsidiaritätsprinzips steht dann das einzelne Krankenhaus in der Verpflichtung, sich mit anderen Krankenhäusern zu solidarisieren und für faire Rahmenbedingungen einzutreten – z.B. über den KKVD und/oder den Caritasverband. Wettbewerbliche Rahmenbedingungen stehen nicht grundsätzlich im Widerspruch zum Profil der Krankenhäuser. Im Gegenteil – sie haben auch einiges zur Verbesserung der Patientenversorgung beigetragen – z.B. durch den Qualitätswettbewerb.

Zu knappe finanzielle Ressourcen dürfen nicht einseitig auf den Schultern der Angestellten ausgetragen werden. Sicherlich ist dies stets ein Balanceakt. Der Erhalt von Arbeitsplätzen ist wichtig, aber nur wenn eine angemessene Vergütung möglich ist. Zunächst gilt es, alle Möglichkeiten einer wirtschaftlichen und nachhaltigen Betriebsführung auszuschöpfen. Nicht tolerabel in kirchlichen Krankenhäusern ist implizite Rationierung (versteckte Rationierung). Wenn solche Phänomene auftreten, müssen sie aufgedeckt werden. Hier steht das Krankenhaus in einer organisationalen Verpflichtung, sich auch gegebenenfalls politisch gegen die Ursachen mit anderen Trägern einzusetzen. Rationierungsentscheidungen (Vorenthaltung notwendiger medizinischer oder pflegerischer Leistungen) dürfen nicht Einzelnen aufgeladen werden. In der Organisation sollten Orte geschaffen werden, wo Probleme der Ressourcenknappheit besprochen werden können. Solche Prozesse kann ein Ethikkomitee begleiten.

Kirchliche Krankenhäuser haben einen anwaltschaftlichen, sozialpolitischen Auftrag, wenn sie Versorgungslücken feststellen. Dies betrifft z.B. nicht versicherte Patienten. Viele kirchliche Krankenhäuser betreuen nicht-versicherte Menschen kostenlos oder zu wesentlich günstigen Tarifen. Sie leisten Nothilfe im besten Sinne. Jedoch sind damit die einzelnen Häuser und Träger oftmals finanziell auf Dauer überfordert. Deswegen ist es eine wichtige advokatorische Aufgabe im Sinne der vorrangigen Option für Benachteiligte, dass sich Krankenhäuser gemeinsam mit anderen Akteuren der Caritas und des Gesundheitswesens politisch für einen besseren Zugang zu medizinischen Leistungen von nichtversicherten Menschen einsetzen.

Verantwortung des Trägers und der Leitung

Die Verantwortung für das christliche Profil liegt vorrangig beim Träger und bei der Leitung. Das Profil zeigt sich am Führungsstil, in der Transparenz von Entscheidungen und den Partizipationsmöglichkeiten für die Angestellten. Diese haben zu Recht eine besondere Erwartung an einen kirchlichen Träger und ihre Arbeitsbedingungen. Ein Schwerpunkt sollte deshalb auf der Befähigung der Führungspersonen liegen. Gute Ärzte

sind nicht per se gute Führungspersonen. Gute Verwaltungsleute können sehr gut betriebswirtschaftliche Instrumente implementieren, nicht per se gute Zielvereinbarungsgespräche führen. Gute Führung braucht Personalentwicklung und –schulung, gerade angesichts der Multiprofessionalität im Krankenhaus. Dazu gehört auch die theologische und ethische Reflexion des Führungshandelns. Begrüßenswert ist, dass es mittlerweile in der Caritas ein recht breites Angebot an Führungskräftebildungen gibt, die dies integrieren. In einem immer noch recht stark hierarchischen System wie dem Krankenhaus kommt es darauf an, dass organisationsethische Konflikte hierarchieübergreifend diskutiert werden und die Leitung zu solchen Diskursen einlädt. Es geht darum, eine ethisch reflektierte Entscheidungs- und Umgangskultur zu schaffen.

5. Kirchliche Krankenhäuser mit dem christlichen Plus

Ein Krankenhaus steht unter vielen Ansprüchen. Es kann seinen Auftrag nicht allein erfüllen. Es braucht politische, kirchliche, verbandliche und lokale Unterstützung. Ein wichtiger Bestandteil ist die Einbindung von ehrenamtlich/freiwillig Tätigen, Selbsthilfegruppen und anderen Organisationen. Genauso unterstützend kann das Netzwerk der Caritas, der Gemeinden und anderer kirchlicher Strukturen sein. Ich glaube, hier bestehen noch viele Ausbaumöglichkeiten. Die Sorge für Patienten sollte als gemeinsame Aufgabe gesehen werden, die nicht nur dem Krankenhaus allein überlassen werden kann.

Die kirchlichen Krankenhäuser leisten einen unverzichtbaren Dienst. Sie leisten keinen Dienst am Rande der Kirche, sondern mitten dort, wo Menschen leben und leiden. Sie sind berufen zu diesem Dienst und brauchen Anerkennung und Wertschätzung. Sie sind für viele Menschen einmalige Erfahrungsorte der Kirche und sind damit missionarisch tätig. Sie können für sich nicht einfach das göttliche Heilungsmonopol beanspruchen, sie handeln jedoch im Sinne der biblischen Botschaft. Ihre Herausforderung besteht immer wieder darin, sich dieses Auftrags zu vergewissern und zu identifizieren, wie er heute und in Zukunft unter den Rahmenbedingungen umgesetzt werden kann.

ANMERKUNGEN

¹ Vgl. im Folgenden: Ulrike KOSTKA, *Der Mensch in Krankheit, Heilung und Gesundheit im Spiegel der modernen Medizin. Eine biblische und theologisch-ethische Reflexion*, Münster 2000.

² Vgl. für Kap. 2: Ulrike KOSTKA, *Krankheit und Heilung. Zum theologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit und zur therapeutischen Kompetenz der Theologie*, in: *Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften* 2006, Münster 2006, 51–76. Die Bezüge werden nicht einzeln kenntlich gemacht.

³ Eberhard SCHOCKENHOFF, *Krankheit – Heilung – Gesundheit. Wege zum Heil aus biblischer Sicht*, Regensburg 2001, 129.

⁴ Vgl. Basilius VON CÄSAREA, *Die Mönchsregeln* (hg. und übersetzt von K. S. FRANK), St. Ottilien 1981, 190.

⁵ SCHOCKENHOFF, *Krankheit* (s. Anm. 2), 133–134.

⁶ Ebd.

⁷ Markus HOLTEL, *Die Grafschaft Bentheim medizinisch durchleuchtet. Eine Medizinalgeschichte*, Bad Bentheim 1997, 16.

⁸ Antonio AUTIERO, *Der Beitrag der Theologie zu einer Ethik in der Medizin*, in: Oskar AUSSENER, *Medizin und Glaube*, Meran 1993, 156–157.

⁹ Vgl. HOLTEL, *Die Grafschaft Bentheim* (s. Anm. 7), 17.

¹⁰ Vgl. ebd., 17–18.

¹¹ Ebd.

¹² Ebd.

¹³ Michael KLESSMANN, *Art. «Krankenhausseelsorge»*, in: TRE (1993) Bd. 19, 671.

¹⁴ Vgl. Ulrike KOSTKA, *Das christliche Profil eines Krankenhauses im Spannungsfeld von Organisation und Spiritualität*, in: CARITASVERBAND FÜR DAS BISTUM MAGDEBURG E.V. (Hg.), *Krankenhäuser in kirchlicher Verantwortung. Auf der Suche nach dem Eigenen*, Dokumentation der Tagung auf Schloss Neuenburg am 31.05.2007 im Rahmen des Elisabethjahres, Magdeburg 2007. Die Bezüge werden nicht einzeln kenntlich gemacht.

¹⁵ Vgl. SEKRETARIAT DER DEUTSCHEN BISCHOFSKONFERENZ (Hg.), *Enzyklika Deus caritas est von Papst Benedikt XVI. an die Bischöfe, an die Priester und Diakone, an die gottgeweihten Personen und an alle Christgläubigen über die christliche Liebe*, Bonn 2006.

¹⁶ Vgl. im Folgenden: Ulrike KOSTKA, *Gottes Liebe leben. Die Enzyklika «Deus Caritas Est» als Inspirationsquelle für die katholischen Krankenhäuser*, in: *Krankendienst* 6 (2006) 171–176.