

Klaus Baumann

Kirchliche Einrichtungen und persönliches Gewissen. Systemische und ethische Überlegungen am Beispiel kirchlicher Krankenhäuser

1 Ein konkreter Fall und empirische Befunde

Im Herbst vorletzten Jahres war die Aktualität meines Beitrages für heute nicht absehbar.¹ Diese bekam sie auf ungeahnte Weise Mitte Januar 2013, als die Pressemeldung Gesellschaft und Kirche in unserem Land erschütterte, dass einen Monat vorher zwei Katholische Krankenhäuser in Köln in der Person diensthabender Ärzte nicht bereit waren, ein vermutliches Vergewaltigungsopfer von der Notärztin zu übernehmen und weiter zu versorgen. Die zuständigen Ärztinnen glaubten, nicht über die sogenannte „Pille danach“ informieren zu dürfen, und wollten nicht ihre Stelle im Katholischen Krankenhaus riskieren. Die Reaktionen waren heftig: Politiker fragten, ob katholische Krankenhäuser weiterhin am Versorgungsauftrag beteiligt bleiben dürften, wenn sie so offenkundig oder scheinbar unangemessen und „lieblos“ ticken, dass einem Vergewaltigungsopfer nicht geholfen werden dürfe. Die Frage war also, ob im deutschen Gesundheitssystem solche Einstellungen und Verhaltensmuster überhaupt akzeptabel sind. Und im „System Kirche“ schämte und entschuldigte sich Kardinal Meisner von Köln für dieses Vorkommen und sah sich gedrängt darzulegen, dass dies für die Kirche nicht das erwartete und zu erwartende Denken und Verhalten sei, im Gegenteil. In einem Alleingang ohne Abstimmung in der Bischofskonferenz erklärte er, in solchen Fällen sei die sogenannte „Pille danach“ erlaubt, wenn sie kontrazeptiv und nicht abtreibend wirke. Die überraschten Reaktionen zeigten, dass auch *seine* Äußerungen nicht wirklich erwartbar waren.² Sie waren hervorgerufen durch die

¹ Zentrale Überlegungen hierzu legte ich erstmals und mit etwas anderem Fokus auf der Internationalen Tagung zum XXI. Welttag der Kranken an der Katholischen Universität Eichstätt am 08.02.2013 vor; sie werden entsprechend in deren Tagungsband publiziert.

² Die FAZ brachte als Leitartikel auf der Titelseite: D. Deckers, *Die Revolution des Kardinals*, in: FAZ vom 06.02.2013, Nr. 31, 1. Tags zuvor zum Gewissen – dem Thema dieses Bandes: D. Deckers, *Die Gretchenfrage der katholischen Sexualmoral. Und er dreht sich doch: Kardinal Meisner misst dem Gewissen der Betroffenen höheren Stellenwert bei als bisher*, in: FAZ vom 05.02.2013, Nr. 30, 3.

massive Intervention von außen in das System hinein, welche die Unbarmherzigkeit kirchlicher Einrichtungen gegenüber einer vergewaltigten Frau in ihrer Not anprangerte und damit massiv das Selbstverständnis und gesellschaftliche Ansehen der katholischen Krankenhäuser und der Kirche angriff.

Es scheint, dass es mit der überraschenden Intervention von Kardinal Meisner zur „Pille danach“ gelang, die unterschiedlichen Konfliktlinien in diesem Fall zu überspielen und für die Öffentlichkeit nicht weiter interessant sein zu lassen. Ich brauche hier nicht weiter die Frage zu verfolgen,

- weshalb die ausschlaggebende Pressemeldung erst einen Monat danach lanciert wurde;
- ebensowenig die Frage, weshalb sie so verkürzt verbreitet werden konnte, dass es schien, dass das Opfer nicht bereits versorgt war; ebenso wurde in dieser und folgenden Meldungen der Anschein erweckt, Katholische Krankenhäuser und nicht etwa primär die Uni-Klinik seien für die kriminologische Spurensicherung zuständig. Dies weiß jede Notärztin; dies zu beachten gehört zur Seriosität professioneller journalistischer Recherche.³
- Ebenso wenig ist hier der Ort, die gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Fragen in Nordrhein-Westfalen mit seiner relativ großen Zahl Katholischer Krankenhäuser zu eruieren oder die Spannungen innerhalb der Deutschen Bischofskonferenz auszuleuchten.

Uns interessiert hier mehr die Frage des Verhältnisses von kirchlich-ethischem Selbstverständnis katholischer Krankenhäuser und persönlichen Einstellungen des ärztlichen Personals zumal in ethischen Konfliktfragen. Allerdings: Dabei handelt es sich nicht nur um Fragen von individueller Moralität und ethischem Reflexionsvermögen, sondern auch um systemische Aspekte. Die Ärztinnen der Katholischen Krankenhäuser in Köln schienen – das war zumindest der erweckte Anschein – nicht nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt zu haben, sondern systemkonform in Angst um ihren Arbeitsplatz. Daraufhin standen das System „Katholische Krankenhäuser in der Gesundheitsversorgung“ und sein Funktionieren in Frage bzw. in der Kritik. Ich halte es darum für nützlich, einige Be-

3 Die Patientin sollte telefonisch zur „Anonymen Spurensuche nach Sexualdelikten (ASS)“ vermittelt werden. Zu dieser sind in Köln nach meinen Informationen fünf Kliniken autorisiert, zu denen die beiden fraglichen Krankenhäuser der Cellitinnen nicht gehören. Sie mussten dafür auf zuständige Kliniken weiterverweisen. Die Kölner Staatsanwaltschaft bestätigte, dass seitens der beiden Kliniken weder eine „Abweisung“ der Frau noch ein sonstiges „Verschulden“ vorliegt. Die Frage nach der ideologischen, gesundheitspolitischen und -ökonomischen Motivation zu dieser Diffamierung der katholischen Krankenhäuser stellt somit einen eigenen, diskursiv weitgehend ignorierten Fragenkomplex dar.

merkungen zur systemischen Betrachtungsweise zu machen. Die kurz zuvor quasi ausgeklammerten Fragen wären im Grunde ähnlich systemisch zu betrachten.

Im deutschen Gesundheitssystem waren 2010 rund ein Drittel aller Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft, ca. 250 in evangelischer, 435 in katholischer. Auch ihr Anteil an der Patientenversorgung betrug ca. ein Drittel der rund 18 Millionen „Krankheitsfälle“ 2010.⁴ Wie oft es in diesen Situationen zwischen den offiziellen medizinischen Vorgaben des kirchlichen Trägers und den medizinischen Auffassungen der Ärztinnen und Ärzte zu Konflikten kam und kommt, ist meines Wissens noch nicht empirisch erhoben worden. Zwei hochrangig publizierte Studien von 2010 und 2012 liegen hingegen aus den USA aus dem Team von F. A. Curlin vom Department of Medicine der University of Chicago vor:

In der ersten Studie⁵ mit einer repräsentativen Stichprobe für die USA hatte fast die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (Innere Medizin, Allgemeinärzte) bereits für religiöse Krankenhausträger gearbeitet. Fast jeder fünfte gab an, Konflikte mit deren medizinischen Vorgaben für die Praxis gehabt zu haben. Die meisten der Ärzte sind der Auffassung, dass ein Arzt im Konflikt zwischen seiner Beurteilung und der offiziellen Linie des religiösen Krankenhauses die Patienten an ein anderes Krankenhaus überweisen sollte.

Die zweite Studie⁶ – ebenfalls repräsentativ, nun aber für Gynäkologinnen und Gynäkologen in den USA – erbrachte erwartungsgemäß für dieses ethisch umstrittene Medizinfeld höhere Werte: 37 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die in religiös getragenen Krankenhäusern arbeiteten, berichten, Konflikte mit den religiös begründeten medizinischen Leitlinien gehabt zu haben. Von diesen waren jene die größte Gruppe, nämlich 52 Prozent, die in katholischen Krankenhäusern arbeiteten. Zugleich seien Verbote und Restriktionen auch in katholischen Häusern selten (wie in anderen). Es scheint, die Ärztinnen und Ärzte behielten in besonderen Konfliktsituationen (etwa früh erkannten Eileiterschwangerschaften) Entscheidungs- und Handlungsspielräume.

Die Studien geben – das gehört zu ihren Grenzen und zu den Aufgaben weiterer Forschung – jedoch keine Auskunft über etwa vergleichbare Konflikte

⁴ Vgl. K. Baumann/J. Eurich, *Konfessionelle Krankenhäuser: Strategien – Profile – Potenziale. Einleitende Überlegungen*, in: K. Baumann/J. Eurich/K. Wolkenhauer (Hg.), *Konfessionelle Krankenhäuser*, Stuttgart 2013, 9–23.

⁵ D. B. Stulberg/R. E. Lawrence/J. Shattuck/F. A. Curlin, *Religious hospitals and primary care physicians: Conflict over policies for patient care*, in: *J Gen Intern Med* 25 (2010), 725–730.

⁶ D. B. Stulberg/A. M. Dude/I. Dahlquist/F. A. Curlin, *Obstetrician-gynecologists, religious institutions, and conflicts regarding patient-care policies*, in: *Am J Obstet Gynecol* 207 (2012), 73.e1–5.

zwischen Ärzt/innen und öffentlichen oder privaten Krankenhäusern und auch nicht über qualitative Aspekte solcher Konflikte bzw. Konfliktregulierungen. Angesichts der empirischen Befunde in den USA steht der Kölner Fall also allgemeiner für die Frage, wie die möglichen und erwartbaren Spannungen zwischen offizieller Linie der Kirche bzw. des kirchlichen Trägers und persönlichen Einschätzungen der Ärzte reguliert werden können und reguliert werden.

2 Systemisch betrachten

Eine systemische Betrachtungsweise⁷ erscheint mir dafür nützlich.

Im systemischen Denken kommt eine Reihe von wissenschaftlichen und philosophischen Perspektiven zusammen, die sich für mich mit wichtigen Aspekten aus der Psychotherapie für zwischenmenschliche Systeme, insbesondere Paar-, Familien- und Gruppentherapie verbinden. Aus der Soziologie und anderen Wissenschaften denke ich besonders an die Systemtheorie N. Luhmanns⁸, an Spieltheorien, an Kybernetik und an Konstruktivismus. In der systemischen Therapie verweise ich gerne auf Pioniere wie H. E. Richter⁹ und H. Stierlin (s.u.), die im deutschsprachigen Raum wesentlich zu diesem sehr bewährten und sich weiterentwickelnden Blick auf menschliche Systeme beigetragen haben.

1. Zunächst ist zu unterscheiden das System von seiner Umwelt, die nicht das System selbst ist und aus weiteren, anderen Systemen besteht, die das System ihrerseits beeinflussen können. Ein katholisches Krankenhaus als System wird beeinflusst von der Umwelt aus anderen Krankenhäusern, dem Gesundheitssystem mit seinen Kostenträgern (respektive Versicherungssystemen) wie auch möglicherweise von der Umwelt namens Kirche, Kirchengemeinde oder Diözese – beide ganz unterschiedlichen Umwelten sind selbst Systeme, gehören aber zu der Umwelt des Krankenhauses.

⁷ Eine systemische Betrachtungsweise anzustellen, bedeutet – in der Terminologie von N. Luhmann –, eine Beobachtung zweiter Ordnung durchzuführen, d.h. eine Beobachtung des Beobachtens, analog zur Meta-Kommunikation also eine Meta-Beobachtung, welche die Beobachtungen und Prozesse erster Ordnung im Rahmen ihrer selbst begrenzten Möglichkeiten transzendiert, reflektiert, bewusst macht, usw.; die Beobachtung zweiter Ordnung kann wiederum Gegenstand weiterer abstrahierender Beobachtungen und Reflexionen sein. Dieser Beitrag ist somit seinerseits eine solche Beobachtung zweiter Ordnung mit ihren eigenen Grenzen.

⁸ Vgl. N. Luhmann, *Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie*, Frankfurt a.M. 1987.

⁹ Vgl. H. E. Richter, *Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie*, Gießen (Neuausgabe) 2007, und meine Rezension dazu in *De Processibus Matrimonialibus* 17/18 (2010/2011), 776–779.

2. Hinzu kommt die Unterscheidung von Systemebenen wie System, Suprasystem und Subsystem. Diese Ebenen können zum Teil für sich, zum Teil nur miteinander betrachtet werden. Das Krankenhaus als System hat als Subsysteme zum Beispiel die Pflege und den ärztlichen Dienst, sein Suprasystem hingegen kann eine Trägervereinigung katholischer Krankenhäuser sein; oder die Krankenhauslandschaft in ihrer Wettbewerbssituation; oder auch das Suprasystem Kirche bzw. ein Fachverband der Caritas.

Das Verwirrende kann nun sein, dass die Perspektive entscheidet, wo wir mit der Ebenenbetrachtung ansetzen. Das hängt davon ab, worum es geht, welche Wechselwirkungen relevant sind oder Einfluss auf die Sachlage und damit auch auf eine (mögliche Problem-) Lösung haben. Die richtige Wahl der Ebenen ist eine eigene „Kunst“ oder „Kompetenz“: werden relevante Ebenen nicht einbezogen, können alle gutgemeinten Lösungsversuche erfolglos bzw. unnachhaltig bleiben.

Das Ärzteteam kann als System betrachtet werden, dessen Subsystem kann ein Arzt und seine Innenwelt sein, das Suprasystem die Krankenhausleitung. Wie im Kölner Fall haben diese Systemebenen aufeinander gewirkt – das Suprasystem Krankenhaus bewirkte im Subsystem der zuständigen Ärztinnen Angst um die eigene Stelle und bewirkte Fehlverhalten des Ärzteteams bzw. der leitenden Ärzte. Wir können auch die katholischen Krankenhäuser in Köln als System betrachten; deren Suprasystem wäre die Erzdiözese Köln, welches, wie bekannt wurde, im November 2012 von verdeckten Ermittlungen unter Druck gesetzt wurde, ob es denn wirklich die katholischen Krankenhäuser richtig beaufsichtigt, dass diese nichts tun, was gegen die katholische Morallehre verstößt. Der Druck des Bistums auf die Kliniken wurde an das Subsystem des ärztlichen Dienstes durchgereicht.¹⁰

Zum systemischen Instrumentarium gehört die Unterscheidung verschiedener Systemebenen (System, Sub- und Suprasystem) wie auch die Differenzierung von Mikro-, Meso- und Makroebene.

Die Mikro-Ebene ist die Ebene der Beziehung zwischen Einzelpersonen oder kleinen Gruppen, wo alle sich kennen und es zu direkten (*face-to-face*) Begegnungen kommt. Die Meso-Ebene baut sich aus mikro-sozialen Einheiten auf, zwischen denen oft keine direkten zwischenmenschlichen Begegnungen außer

10 Ein in systemischer Perspektive anderes, im Klinikalltag auf Dauer weit gewichtigeres Beispiel liegt darin, dass Ärzte sich zwar den Patienten eingehender widmen wollen, der Druck der Zeitbudgets und DRGs im Kostenerstattungssystem es ihnen jedoch nicht erlaubt, dies so zu tun, wie sie es ärztlichem Ethos entsprechend für angebracht hielten. Inwiefern spielt hier das ärztliche Gewissen (überhaupt) eine Rolle? Vgl. den Beitrag von G. Maio, *Helfen nach Betriebsvorschriften und Algorithmen? Von der Abwertung ärztlicher Ermessensspielräume in einer ökonomisierten Medizin*, in diesem Band, 51–63.

durch Mittelspersonen stattfinden. „Zu der Komplexität der Beziehungen in Kleingruppen [scil. Mikro-Ebene, KB] tritt nunmehr auch die der weniger persönlichen Zwischengruppenbeziehung als weitere Komplexitätsebene.“¹¹ Als Meso-Ebene kann etwa die Ebene einer Organisation mit ihren Zielen, Aufgaben und Strukturen betrachtet werden. Die Makro-Ebene übersteigt die der („meso-sozialen“) Organisation und umfasst sowohl die Organisation als System als auch ihre Umwelt(en); sie ist eine Sphäre entgrenzter Öffentlichkeit, wodurch die Komplexität und Verflechtung von Wechselwirkungen nochmals wesentlich erhöht und unübersichtlicher wird.¹²

Auf jeder Ebene haben wir systemische Strukturen, mit mehr oder weniger starken Interaktionen zwischen den Systemmitgliedern und mit den anderen Systemebenen.

3 Systemisch intervenieren

Die systemischen Therapieformen nutzen die systemischen Strukturen für die Verbesserung oder Lösung eines dysfunktionalen oder pathologischen Miteinanders. Die systemische Betrachtung geht davon aus, dass eine Wirklichkeit, an der mehrere oder viele Menschen miteinander durch Kommunikation und Interaktion beteiligt sind, ein soziales System konstituiert.¹³ So werden Familie, Kollegenkreis, Leitungshierarchien als menschliche soziale Systeme konstruiert. Die systemische Betrachtung geht für solche Wirklichkeitskonstruktionen davon aus, dass Menschen darin ihre persönlichen Vorannahmen oder Ideen ausdrücken, zum Beispiel wie man sich verhalten soll, wozu man sich berechtigt fühlt oder nicht, was für zukünftige Entwicklungen man sich vorstellt oder wofür man selbst verantwortlich ist und wofür andere. Diese Vorannahmen bilden so etwas wie ihre inneren Landkarten, die mit bestimmten Verhaltensmustern in sozialen Beziehungen einhergehen und – von außen betrachtet – nach Regeln ablaufen. Diese regelhaften Verhaltensmuster wirken wieder auf die innere Landkarte zurück, verstärken diese mit ihren Vorannahmen und diese wiederum verstärkt die Ver-

11 Vgl. zu den drei Ebenen F. Glasl, *Konfliktmanagement*, Bern ⁸2004, 67–70, hier: 69.

12 Vgl. F. Glasl, *Konfliktmanagement*, 70, zu Konflikten, die auf die Makroebene entgrenzt sind: „Die Komplexitätsniveaus sind ineinander verschachtelt und erschweren eine gute Analyse und Interventionsstrategie.“

13 Vgl. A. von Schlippe, *Grundlagen systemischer Beratung*, in: B. Zander/M. Knorr (Hg.), *Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung*, Göttingen 2003, 31f. Vgl. A. von Schlippe/J. Schweitzer, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*, Göttingen, ¹⁰2007.

haltensmuster. Es ist sozusagen ein selbstreferenzieller Kreis(lauf), der sich selbst immer mehr verstärkt und bestätigt.

In diesem Prozess, so H. Stierlin, „lassen sich im einzelnen unterscheiden (wenn auch in der Beobachter-Praxis oft nur schwer voneinander trennen): 1. Die Realitätskonstruktionen bzw. Landkarten der einzelnen [System-] Mitglieder. Sie begründen jeweils eine bestimmte individuelle Motivationsdynamik. 2. Die Realitätskonstruktionen bzw. Landkarten, die von den Mitgliedern eines Systems geteilt werden. Wir sprechen auch von der Landkarte, Ideologie, dem Paradigma oder Codex [eines Systems]. 3. Die Verhaltensmuster einzelner Mitglieder, die sich als Ausdruck und Folge ihrer individuellen Motivationsdynamik beschreiben lassen. 4. Die Muster der Interaktion innerhalb des Systems. Hier sprechen wir auch von der interpersonellen oder interaktionellen Dynamik. Allerdings: es hängt weitgehend vom Beobachter ab, welche dieser Perspektiven er hervorhebt oder als relevant betrachtet.“¹⁴

Vereinfacht in schematischer Darstellung:

(Innere) Landkarte	Verhaltensmuster
1. Landkarte jedes Mitglieds: individ. Motivationsdynamik	3. Verhaltensmuster jedes Mitglieds
2. Landkarte des Systems (Ideologie, Codex)	4. Interaktionsmuster im System

Das Interaktionsmuster im System ist geprägt von den vielfältigen (subjektiven) Erwartungs-Erwartungen der Systemmitglieder (Luhmann): d. h. davon, was ich denke, was andere von mir erwarten – und ebenso von den Erwartungs-Erwartungen jedes anderen Mitglieds des Systems. Diese prägen das Verhalten im sozialen Kontext.

4 Ansatzpunkte für Verbesserungen: Herausforderungen für kirchliche Einrichtungen und ihre Mitarbeiter/innen

Das Sozialstaatsmodell der Wohlfahrtspflege samt Gesundheitssystem in Deutschland bejaht das Engagement unterschiedlicher weltanschaulicher Gruppen der Gesellschaft, die Dienste den professionellen Standards und ihrer Welt-

¹⁴ Vgl. H. Stierlin, *Individuation und Familie*, Frankfurt a.M. 1989, 140.

anschauung entsprechend gestaltet anbieten und somit Vielfalt der Dienste und Wahlfreiheit für die Patienten garantieren. In der Krankenversorgung will die katholische Kirche aus eigenem Selbstverständnis heraus mitwirken. Sie ist systemisch betrachtet selbst eine soziale Wirklichkeitskonstruktion, ebenso ihre Krankenhausträgerorganisationen und Krankenhäuser. Um im sozialstaatlichen System mitzuwirken, brauchen sie die notwendige professionelle Kompetenz, die sie aus ihrem Selbstverständnis heraus systembildend *christlich* gestalten wollen. Diesen Doppelcharakter von Professionalität und Christlichkeit wollen sie realisieren „im System“: Die Umwelt des Systems wie die Systemteilnehmenden sind selbstverständlich davon überzeugt, dass soziale (personennahe) Dienste in katholischen Einrichtungen den professionellen Standards entsprechen müssen. Christlichkeit kann Defizite nicht kompensieren und darf Standards nicht unterlaufen.

Die Christlichkeit gilt es entsprechend für das ganze System „kirchliche Krankenhäuser“ zu realisieren, also auch für die unterschiedlichen Ebenen und die Interaktionsmuster in den Systemen, zwischen den System(eben)en und zur Umwelt hin. Wenn zwischen den kirchlichen Systemen und Systemebenen statt menschlicher Güte und Vertrauen Misstrauen und Verdacht gesät werden, ist dies ein performativer Selbstwiderspruch kirchlichen Handelns; solcher Selbstwiderspruch „verstärkt oftmals die Neigung einzelner, nach handlungsleitenden Theorien vorzugehen, die ein Gewinn-/Verlust-Verhalten und einseitigen Selbstschutz herausstellen.“¹⁵

Systemisch ansetzende Therapie leistet ihrem Selbstverständnis nach weder eine Behandlung der Ursachen noch der Symptome einer Störung, „sondern sie gibt lebenden Systemen Anstöße, die ihnen helfen, neue Muster miteinander zu entwickeln, eine neue Organisationsgestalt anzunehmen, die Wachstum ermöglicht.“¹⁶ Wir können aus systemischer Sicht also fragen: Wie können wir an den systembildenden Vorannahmen (Landkarten) und Verhaltensmustern (nach Stierlin) ansetzen?

1. Die inneren Landkarten der Systemmitglieder, die ihre persönlichen Motivationen beinhalten, werden sehr gerne – und richtig – gesehen als der Ort, an dem es gilt, die persönliche Motivation zu stärken und Gewissensbildung voranzutreiben. Diese individuelle (Mikro-)Ebene allein kann jedoch nicht die Lösung bringen, wenn auf der Meso-Ebene dysfunktionale Landkarten und Interaktionsmuster bestehen.

15 C. Argyris/D. A. Schön, *Die lernende Organisation. Grundlagen, Methode, Praxis*, Stuttgart 1999, 44.

16 A. von Schlippe/J. Schweitzer, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*, 93.

2. Die inneren Landkarten, die von den Mitgliedern eines Systems geteilt werden: Hier sind Leitbilder ein wichtiger Versuch, das System sozusagen innerlich gemeinsam zu formen. Mit Blick auf die Leitbild-Umsetzung bedarf es jedoch des Blickes auf die individuellen und systemischen *Verhaltensmuster*.
3. Hier stellt sich die schwierige Frage, ob die ethische Bildung eines Mitglieds zu Verhaltensmustern führen kann, wo Mängel des Systems dem entgegenwirken. Zum Teil ist das möglich: Der Arzt muss prinzipiell seinem Gewissen folgen können, ohne damit der Beliebbarkeit Tür und Tor zu öffnen. Schon aus Selbstachtung im ärztlichen wie im pflegerischen Beruf bedarf es einer stimmigen „Alltagspraxis“ als Ausdruck der eigenen Verhaltensmuster mit Bezug auf eigene Überzeugungen und situative Herausforderungen. In Köln lag der Systemfehler nicht beim Individuum. Der individuelle Fehler war vielmehr weitgehend systembedingt; die Einzelperson kann und sollte die Systemdefizite nicht kontinuierlich kompensieren. Insofern war der Skandal fast eine therapeutische Intervention, welche die Dysfunktionalität der Interaktionsmuster im System unübersehbar machte.
4. Im Blick auf die Muster der Interaktion innerhalb des Systems erhebt sich die Frage, die für Systemmitglieder oft zentral handlungsleitend wird: Was erwarten sie, dass von ihnen erwartet wird? Hier kann deutlich werden, wie sehr Systemebenen ineinandergreifen und Erwartungs-Erwartungen geprägt werden können. Selbstverständlich sind Erwartungs-Erwartungen höchst subjektiv geprägt. Was ich erwarte, dass es andere von mir erwarten, orientiert sich an dem, was ich von anderen *wahrnehme*. Um Fehlwahrnehmungen zu reduzieren, sind Teamkonferenzen und regelmäßige ethische Fallbesprechungen sehr nützliche Elemente – wenn diese kompetent geführt werden und innere Landkarten und Verhaltensmuster zu prägen vermögen.

Eine Ausweitung auf das jeweilige Suprasystem mit seiner inneren Landkarte und seinen Erwartungs-Erwartungen kann notwendig sein, um wirklich an dysfunktionale Systemzwänge heranzukommen. Die systemische Perspektive hindert darum im Kölner Vorfall daran, das Problem auf die Frage der ethischen Legitimität der sogenannten „Pille danach“ aufgrund ihrer physiologischen Wirkweise zu reduzieren; sie enthüllt diese Reduktion sogar als Symptomfixierung. Denn die moraltheologische Frage ist zwar unabdingbar, doch darf sie nicht den Blick auf die soziale Interaktion zwischen den Systemebenen verstellen – gerade, wenn das Fühlen mit der Kirche sich den wachen Blick nicht von massenmedialen Effekten blenden lassen will.

5 Weitere Fragen zur Konkretisierung von Interventionen

Mit dem systemischen Blick auf die sozialen Interaktionen ist zu fragen: Welche Muster verhindern eine Lösung? Gibt es kontraproduktive Verhaltensmuster im System, welche das Verhalten (auch der Mitglieder selbst) negativ werden lassen? Gewiss ist ein Element die sogenannte Grundordnung in ihrer derzeitigen Ausgestaltung und Handhabung.¹⁷ Ebenso ist ein höchst dysfunktionales Element, wenn das Suprasystem Denunziantentum – gar anonym – ermutigt und ernstnimmt statt seinen eigenen Mitarbeitern das solide Gefühl zu geben, vor allem Vertrauensvorschlüsse zu genießen.

Wie lassen sich offene und latente Regeln (der Landkarten) erkennen und verändern? Wie lässt sich intervenieren, d. h. wie lassen sich Verhaltensmuster so stören, dass sie sich (positiv) verändern? Welche Anstöße oder Impulse können ins System gegeben werden, die ihm „helfen, neue Muster miteinander zu entwickeln, eine neue Organisationsgestalt anzunehmen, die Wachstum ermöglicht“¹⁸? Gerade wo täglich lebenswichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, sind Foren der Verständigung, ethische Falldiskussionen oder Ethikkonferenzen die kostbare Zeit wert, die sie brauchen – zumal sie Fehler und Konflikte vermeiden helfen, die auf die Dauer mehr Zeit und Kraft kosten.

Wie können Vertrauen, Eigeninitiative und Eigenverantwortung der Mitglieder aktiviert werden?

Und schließlich: Wie lässt sich eine christliche Kultur im katholischen Krankenhaus neu konkretisieren, damit sie „einen Unterschied macht“, der spürbar ist, ohne damit ein Alleinstellungsmerkmal zu beanspruchen? Vielmehr will der Unterschied spüren lassen, worum es der Kirche in ihrem Dienst gerade im Krankenhaus geht: um die von Gott „so sehr“ (vgl. Joh 3,16) geliebten Menschen und ihr Heil.

Die Fragen weisen Richtungen, in welche weitere Arbeit investiert werden sollte. Auch das kann eine Gewissensfrage sein – individuell und gleichsam für die involvierten Systeme/Systemebenen.

¹⁷ Vgl. G. Bier, *Von Chefärzten, Kirchenmusikern und dem Selbstbestimmungsrecht der Kirche. Neuere Entwicklungen im kirchlichen Arbeitsrecht*, in: E. Güthoff/S. Korta/A. Weiß (Hg.), *Clarissimo Professori Doctori Carolo Giraldo Fürst. In memoriam Carl Gerold Fürst*, Adnotationes in ius canonicum 50, Frankfurt a.M. 2013, 119–143. Es besteht darüber hinaus die begründete Annahme, dass Ausnahmeregelungen inzwischen routinemäßig und mehrheitlich angewandt werden.

¹⁸ A. von Schlippe/J. Schweitzer, *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung*, 93.